

# Отчет о проверке на заимствования №1



Автор: Chikina Vladislava

Проверяющий: Chikina Vladislava

Отчет предоставлен сервисом «Антиплагиат» - <http://users.antiplagiat.ru>

## ИНФОРМАЦИЯ О ДОКУМЕНТЕ

№ документа: 7  
 Начало загрузки: 05.06.2023 10:38:20  
 Длительность загрузки: 00:00:41  
 Имя исходного файла: 04.06.23  
 VKP\_Менопауза (7).docx  
 Название документа: 04.06.23  
 VKP\_Менопауза (7)  
 Размер текста: 143 кБ  
 Символов в тексте: 146874  
 Слов в тексте: 16947  
 Число предложений: 1386

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЧЕТЕ

Начало проверки: 05.06.2023 10:39:02  
 Длительность проверки: 00:03:15  
 Комментарии: не указано  
 Поиск с учетом редактирования: да  
 Проверенные разделы: основная часть с. 1,3-70  
 Модули поиска: ИПС Адилет, Библиография, Сводная коллекция ЭБС, Интернет Плюс\*, Сводная коллекция РГБ, Цитирование, Переводные заимствования (RuEn), Переводные заимствования по eLIBRARY.RU (EnRu), Переводные заимствования по eLIBRARY.RU (KkRu), Переводные заимствования по eLIBRARY.RU (KyRu), Переводные заимствования по коллекции Гарант: аналитика, Переводные заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте, Переводные заимствования по Интернету (EnRu), Переводные заимствования по Интернету (KkRu), Переводные заимствования по Интернету (KyRu), Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте, Переводные заимствования (KkEn), Переводные заимствования (KyEn), Переводные заимствования издательства Wiley, eLIBRARY.RU, СПС ГАРАНТ: аналитика, СПС ГАРАНТ: нормативно-правовая документация, IEEE, Медицина, Диссертации НББ, Коллекция НБУ, Перефразирования по eLIBRARY.RU, Перефразирования по СПС ГАРАНТ: аналитика, Перефразирования по Интернету, Перефразирования по Интернету (EN), Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте, Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте, Перефразирования по коллекции издательства Wiley, Патенты СССР, РФ, СНГ, СМИ России и СНГ, Шаблонные фразы, Кольцо вузов, Издательство Wiley, Переводные заимствования



### СОВПАДЕНИЯ

36,16%

### САМОЦИТИРОВАНИЯ

0%

### ЦИТИРОВАНИЯ

1,06%

### ОРИГИНАЛЬНОСТЬ

62,78%

**Совпадения** — фрагменты проверяемого текста, полностью или частично сходные с найденными источниками, за исключением фрагментов, которые система отнесла к цитированию или самоцитированию. Показатель «Совпадения» — это доля фрагментов проверяемого текста, отнесенных к совпадениям, в общем объеме текста.

**Самоцитирования** — фрагменты проверяемого текста, совпадающие или почти совпадающие с фрагментом текста источника, автором или соавтором которого является автор проверяемого документа. Показатель «Самоцитирования» — это доля фрагментов текста, отнесенных к самоцитированию, в общем объеме текста.

**Цитирования** — фрагменты проверяемого текста, которые не являются авторскими, но которые система отнесла к корректно оформленным. К цитированиям относятся также шаблонные фразы; библиография; фрагменты текста, найденные модулем поиска «СПС Гарант: нормативно-правовая документация». Показатель «Цитирования» — это доля фрагментов проверяемого текста, отнесенных к цитированию, в общем объеме текста.

**Текстовое пересечение** — фрагмент текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника.

**Источник** — документ, проиндексированный в системе и содержащийся в модуле поиска, по которому проводится проверка.

**Оригинальный текст** — фрагменты проверяемого текста, не обнаруженные ни в одном источнике и не отмеченные ни одним из модулей поиска. Показатель «Оригинальность» — это доля фрагментов проверяемого текста, отнесенных к оригинальному тексту, в общем объеме текста.

«Совпадения», «Цитирования», «Самоцитирования», «Оригинальность» являются отдельными показателями, отображаются в процентах и в сумме дают 100%, что соответствует полному тексту проверяемого документа.

Обращаем Ваше внимание, что система находит текстовые совпадения проверяемого документа с проиндексированными в системе источниками. При этом система является вспомогательным инструментом, определение корректности и правомерности совпадений или цитирований, а также авторства текстовых фрагментов проверяемого документа остается в компетенции проверяющего.

№	Доля в тексте	Доля в отчете	Источник	Актуален на	Модуль поиска	Комментарии
[01]	7%	6,23%	РОЛЬ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАП... <a href="https://dissov.msmsu.ru">https://dissov.msmsu.ru</a>	13 Апр 2021	Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте	
[02]	5,93%	1,92%	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМ... <a href="http://cyberleninka.ru">http://cyberleninka.ru</a>	30 Янв 2017	Перефразирования по Интернету	
[03]	5,27%	4,01%	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМ... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	29 Янв 2013	Перефразирования по eLIBRARY.RU	
[04]	5,21%	0,85%	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМ... <a href="https://yandex.ru">https://yandex.ru</a>	01 Дек 2014	Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте	
[05]	3,28%	2,89%	Белогай, Ксения Николаевна Образ тела женщины : ... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	08 Ноя 2022	Сводная коллекция РГБ	
[06]	3,08%	0,81%	Дросова, Лариса Дживаншировна Роль менопауз... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	28 Дек 2021	Сводная коллекция РГБ	

[07]	2,64%	1,98%	Психофизиологические особенности женщин в кли... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	12 Мая 2011	eLIBRARY.RU	
[08]	2,57%	2,55%	Как орблегчить менопаузу <a href="http://zdorovieinfo.ru">http://zdorovieinfo.ru</a>	05 Июнь 2023	Интернет Плюс*	
[09]	2,49%	2,32%	<a href="http://elibrary.asu.ru/xmlui/bitstream/handle/asu/860...">http://elibrary.asu.ru/xmlui/bitstream/handle/asu/860...</a> <a href="http://elibrary.asu.ru">http://elibrary.asu.ru</a>	18 Дек 2022	Интернет Плюс*	
[10]	2,49%	0%	<a href="http://elibrary.asu.ru/xmlui/bitstream/handle/asu/860...">http://elibrary.asu.ru/xmlui/bitstream/handle/asu/860...</a> <a href="http://elibrary.asu.ru">http://elibrary.asu.ru</a>	18 Янв 2023	Интернет Плюс*	
[11]	2,4%	2,4%	ОБРАЗ ТЕЛА ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗАЛЬНО... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	15 Янв 2018	Перефразирования по eLIBRARY.RU	
[12]	2,29%	2,29%	Исследование феномена телесности в психологии. <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	23 Янв 2016	Перефразирования по eLIBRARY.RU	
[13]	2,29%	0%	Скачать Часть 14 (pdf) (5/9) <a href="http://moluch.ru">http://moluch.ru</a>	05 Янв 2017	Перефразирования по Интернету	
[14]	2,07%	0,32%	РОЛЬ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАП... <a href="https://dissov.msmsu.ru">https://dissov.msmsu.ru</a>	13 Апр 2021	Интернет Плюс*	
[15]	1,81%	0%	ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩ... <a href="https://yandex.ru">https://yandex.ru</a>	30 Сен 2019	Интернет Плюс*	
[16]	1,65%	0,6%	Пахомов, Александр Анатольевич диссертация ... ка... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	раньше 2011	Сводная коллекция РГБ	
[17]	1,62%	1,62%	Нарушения гендерной идентичности у женщин, за... <a href="https://core.ac.uk">https://core.ac.uk</a>	01 Янв 2018	Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте	
[18]	1,6%	0%	Исследование феномена телесности в психологии. <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	23 Янв 2016	eLIBRARY.RU	
[19]	1,59%	0,17%	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМ... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	29 Янв 2013	eLIBRARY.RU	
[20]	1,5%	0%	не указано <a href="http://bmsi.ru">http://bmsi.ru</a>	30 Янв 2017	Перефразирования по Интернету	
[21]	1,37%	0%	<a href="https://disser.herzen.spb.ru/Preview/Vlojenia/0000007...">https://disser.herzen.spb.ru/Preview/Vlojenia/0000007...</a> <a href="https://disser.herzen.spb.ru">https://disser.herzen.spb.ru</a>	23 Апр 2023	Интернет Плюс*	
[22]	1,37%	0%	<a href="https://disser.herzen.spb.ru/Preview/Vlojenia/0000007...">https://disser.herzen.spb.ru/Preview/Vlojenia/0000007...</a> <a href="https://disser.herzen.spb.ru">https://disser.herzen.spb.ru</a>	23 Мая 2022	Интернет Плюс*	
[23]	1,12%	0,05%	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМ... <a href="http://fundamental-research.ru">http://fundamental-research.ru</a>	23 Апр 2023	Интернет Плюс*	
[24]	1,07%	0,47%	Психофизиологические особенности женщин в кли... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	12 Мая 2011	Перефразирования по eLIBRARY.RU	
[25]	1,06%	1,06%	не указано	13 Янв 2022	Шаблонные фразы	
[26]	1,05%	0%	Show full text <a href="http://lesgaft-notes.spb.ru">http://lesgaft-notes.spb.ru</a>	08 Янв 2017	Перефразирования по Интернету	
[27]	0,98%	0,98%	<a href="http://elib.cspu.ru/xmlui/bitstream/handle/123456789/...">http://elib.cspu.ru/xmlui/bitstream/handle/123456789/...</a> <a href="http://elib.cspu.ru">http://elib.cspu.ru</a>	13 Янв 2022	Интернет Плюс*	
[28]	0,98%	0%	<a href="http://elib.cspu.ru/xmlui/bitstream/handle/123456789/...">http://elib.cspu.ru/xmlui/bitstream/handle/123456789/...</a> <a href="http://elib.cspu.ru">http://elib.cspu.ru</a>	03 Дек 2022	Интернет Плюс*	
[29]	0,89%	0,32%	Шкала реактивной и личностной тревожности   Это... <a href="http://nards-info.ru">http://nards-info.ru</a>	14 Мая 2019	Интернет Плюс*	
[30]	0,87%	0,87%	Лабораторная38 - Лабораторная работа 38 Вегетат... <a href="https://topuch.ru">https://topuch.ru</a>	04 Июнь 2023	Интернет Плюс*	
[31]	0,87%	0%	Лабораторная38 - Лабораторная работа 38 Вегетат... <a href="https://topuch.com">https://topuch.com</a>	23 Апр 2023	Интернет Плюс*	
[32]	0,86%	0,36%	ПСИХОЛОГИЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА. Учебни...	22 Фев 2017	Сводная коллекция ЭБС	
[33]	0,8%	0,4%	Богоявленская, Мария Евгеньевна Психологически... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	01 Янв 2008	Сводная коллекция РГБ	
[34]	0,77%	0%	Диагностики для выявления сформированности УУД <a href="https://infourok.ru">https://infourok.ru</a>	16 Дек 2020	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[35]	0,77%	0,57%	Опросник Спилбергера Исследование тревожности ... <a href="https://mon-ecole.ru">https://mon-ecole.ru</a>	23 Апр 2023	Интернет Плюс*	
[36]	0,63%	0%	1. Измерение самооценки по методике Дембо-Руби... <a href="http://cito-web.yspu.org">http://cito-web.yspu.org</a>	07 Июнь 2021	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[37]	0,6%	0%	Модификация методики самооценки дембо-рубин... <a href="https://psycholog-kopylova.ru">https://psycholog-kopylova.ru</a>	08 Июнь 2021	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[38]	0,56%	0,56%	Диагностические материалы исследования функци... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	16 Дек 2016	Перефразирования по eLIBRARY.RU	
[39]	0,55%	0,1%	<a href="https://elibrary.tucl.edu.np/bitstream/123456789/1186...">https://elibrary.tucl.edu.np/bitstream/123456789/1186...</a> <a href="https://elibrary.tucl.edu.np">https://elibrary.tucl.edu.np</a>	26 Мая 2023	Переводные заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте	
[40]	0,5%	0%	А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых Психология сиротств... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	22 Фев 2019	Сводная коллекция РГБ	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[41]	0,5%	0%	Диагностические материалы исследования функци... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	16 Дек 2016	eLIBRARY.RU	
[42]	0,43%	0,12%	СР.СПсД Береба Д.В.	14 Сен 2022	Кольцо вузов	
[43]	0,41%	0%	<a href="https://dissov.msmsu.ru/Records/%D0%94%D0%A0%...">https://dissov.msmsu.ru/Records/%D0%94%D0%A0%...</a> <a href="https://dissov.msmsu.ru">https://dissov.msmsu.ru</a>	23 Апр 2023	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[44]	0,4%	0,37%	Ханалиева, Дагмара Умарпашаевна Субъектные пр... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	14 Июнь 2019	Сводная коллекция РГБ	
[45]	0,4%	0%	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМ... <a href="https://fundamental-research.ru">https://fundamental-research.ru</a>	23 Апр 2023	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[46]	0,4%	0%	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМ... <a href="https://fundamental-research.ru">https://fundamental-research.ru</a>	11 Июнь 2022	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.

[47]	0,39%	0,02%	Дрепа, Мария Ивановна диссертация ... кандидата п... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	раньше 2011	Сводная коллекция РГБ	
[48]	0,37%	0%	Опросник образа собственного тела (ООСТ) <a href="http://psy-clinic.info">http://psy-clinic.info</a>	11 Янв 2020	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[49]	0,36%	0%	Анисимова	25 Ноя 2022	Кольцо вузов	
[50]	0,36%	0%	210217 <a href="http://biblioclub.ru">http://biblioclub.ru</a>	18 Апр 2016	Сводная коллекция ЭБС	
[51]	0,35%	0%	Дипломная работа Франгулян Елена	08 Мая 2023	Кольцо вузов	
[52]	0,34%	0%	Полный справочник психотерапевта <a href="http://emil.ru">http://emil.ru</a>	28 Апр 2017	Медицина	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[53]	0,32%	0%	Индивидуальный симптомокомплекс как инструме... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	10 Июн 2015	Перефразирования по eLIBRARY.RU	
[54]	0,29%	0%	Муковисцидоз у детей и подростков (клинико-функ... <a href="http://dep.nlb.by">http://dep.nlb.by</a>	11 Ноя 2016	Диссертации НББ	
[55]	0,29%	0%	Атлас осложнений хирургии грыж передней брюш... <a href="http://studentlibrary.ru">http://studentlibrary.ru</a>	26 Янв 2018	Медицина	
[56]	0,28%	0%	Боярская А.В. 4.docx	14 Апр 2023	Кольцо вузов	
[57]	0,28%	0%	Развитие+личности+в+подростковый+период.doc	29 Мар 2023	Кольцо вузов	
[58]	0,28%	0%	Общая врачебная практика: национальное руково... <a href="http://studentlibrary.ru">http://studentlibrary.ru</a>	20 Янв 2020	Медицина	
[59]	0,27%	0%	228056 <a href="http://biblioclub.ru">http://biblioclub.ru</a>	19 Апр 2016	Сводная коллекция ЭБС	
[60]	0,26%	0%	Модификация методики самооценки дембо-рубин... <a href="https://psycholog-kopylova.ru">https://psycholog-kopylova.ru</a>	18 Мая 2021	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[61]	0,26%	0%	Дембо рубинштейн прихожан: Методика диагности... <a href="https://xn--80ajpednr2d9a4a.xn--p1ai">https://xn--80ajpednr2d9a4a.xn--p1ai</a>	04 Июн 2022	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[62]	0,26%	0%	210567 <a href="http://biblioclub.ru">http://biblioclub.ru</a>	18 Апр 2016	Сводная коллекция ЭБС	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[63]	0,26%	0%	Объем матки как интегральный показатель в выбо... <a href="http://emil.ru">http://emil.ru</a>	20 Дек 2016	Медицина	
[64]	0,25%	0%	ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХ... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	07 Ноя 2015	eLIBRARY.RU	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[65]	0,23%	0%	210281 <a href="http://biblioclub.ru">http://biblioclub.ru</a>	18 Апр 2016	Сводная коллекция ЭБС	
[66]	0,22%	0%	ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХ... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	07 Ноя 2015	Перефразирования по eLIBRARY.RU	
[67]	0,21%	0%	Монахов, Сергей Владимирович диссертация ... кан... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	раньше 2011	Сводная коллекция РГБ	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[68]	0,21%	0%	Авдюкова Е. Диссерт, маг без литературы	29 Мая 2023	Кольцо вузов	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[69]	0,2%	0%	Нарушения гендерной идентичности у женщин, за... <a href="https://core.ac.uk">https://core.ac.uk</a>	01 Янв 2018	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[70]	0,2%	0%	СФОРМИРОВАННОСТЬ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕНН... <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	08 Июл 2020	eLIBRARY.RU	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[71]	0,2%	0%	Психологические задания на период педагогическо... <a href="http://studentlibrary.ru">http://studentlibrary.ru</a>	20 Дек 2016	Медицина	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[72]	0,2%	0%	272199 <a href="http://biblioclub.ru">http://biblioclub.ru</a>	20 Апр 2016	Сводная коллекция ЭБС	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[73]	0,19%	0%	Т. 16, № 19 <a href="http://emil.ru">http://emil.ru</a>	20 Дек 2016	Медицина	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[74]	0,18%	0%	Шмелёва, Светлана Васильевна диссертация ... докт... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	раньше 2011	Сводная коллекция РГБ	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[75]	0,18%	0%	XVI Съезд психиатров России <a href="http://emil.ru">http://emil.ru</a>	21 Дек 2016	Медицина	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[76]	0,18%	0%	Превентивне виховання: з досвіду роботи <a href="https://sistrobotipreventivhov.blogspot.com">https://sistrobotipreventivhov.blogspot.com</a>	02 Дек 2019	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[77]	0,18%	0%	ШКАЛА (ТЕСТ-ОПРОСНИК) ДЕПРЕССИИ БЕКА. <a href="http://studopedia.org">http://studopedia.org</a>	21 Ноя 2022	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[78]	0,18%	0%	ШКАЛА (ТЕСТ-ОПРОСНИК) ДЕПРЕССИИ БЕКА. <a href="http://studopedia.org">http://studopedia.org</a>	17 Мая 2022	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[79]	0,18%	0%	ШКАЛА (ТЕСТ-ОПРОСНИК) ДЕПРЕССИИ БЕКА. <a href="https://poisk.ru.ru">https://poisk.ru.ru</a>	02 Дек 2019	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[80]	0,18%	0%	<a href="http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/6259/%D...">http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/6259/%D...</a> <a href="http://rep.bsmu.by">http://rep.bsmu.by</a>	09 Янв 2023	Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[81]	0,17%	0%	Реферат: Features of evaluation and self-esteem of chil... <a href="http://refy.ru">http://refy.ru</a>	07 Янв 2018	Переводные заимствования (RuEn)	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[82]	0,17%	0%	Features of evaluation and self-esteem of children of pr... <a href="https://studsell.com">https://studsell.com</a>	07 Янв 2018	Переводные заимствования (RuEn)	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[83]	0,17%	0%	Features of evaluation and self-esteem of children of pr... <a href="http://knowledge.allbest.ru">http://knowledge.allbest.ru</a>	09 Янв 2018	Переводные заимствования (RuEn)	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[84]	0,17%	0%	Сексуальное здоровье женщин репродуктивного в... <a href="http://dep.nlb.by">http://dep.nlb.by</a>	11 Ноя 2016	Диссертации НББ	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[85]	0,17%	0%	ВКР(митронина исправленное).doc	04 Апр 2023	Кольцо вузов	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[86]	0,17%	0%	САМООЦЕНКА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ. <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	29 Авг 2014	Перефразирования по eLIBRARY.RU	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.

[87]	0,15%	0%	Березанцев А.Ю. Судебная психиатрия: учебник для... <a href="http://ivo.garant.ru">http://ivo.garant.ru</a>	12 Сен 2015	Перефразирования по СПС ГАРАНТ: аналитика	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[88]	0,14%	0%	Управление персоналом. Оптимизация командной ... <a href="http://studentlibrary.ru">http://studentlibrary.ru</a>	19 Дек 2016	Медицина	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[89]	0,12%	0%	Особенности психопатологических нарушений у ж... <a href="http://dep.nlb.by">http://dep.nlb.by</a>	16 Янв 2020	Диссертации НББ	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[90]	0,12%	0%	Дифференцированная оценка реабилитационного ... <a href="http://dep.nlb.by">http://dep.nlb.by</a>	11 Ноя 2016	Диссертации НББ	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[91]	0,12%	0%	Роль венозной церебральной дисциркуляции при о... <a href="http://diss.natlib.uz">http://diss.natlib.uz</a>	06 Окт 2021	Коллекция НБУ	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[92]	0,12%	0%	Экспериментальная психология в России: традиции... <a href="http://studentlibrary.ru">http://studentlibrary.ru</a>	19 Дек 2016	Медицина	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[93]	0,12%	0%	Гаврилова, Елена Игоревна Особенности нарушени... <a href="http://dlib.rsl.ru">http://dlib.rsl.ru</a>	01 Янв 2011	Сводная коллекция РГБ	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[94]	0,11%	0%	Клинические рекомендации "Менопауза и климатк... <a href="http://ivo.garant.ru">http://ivo.garant.ru</a>	02 Авг 2021	СПС ГАРАНТ: нормативно-правовая документация	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[95]	0,11%	0%	не указано	13 Янв 2022	Цитирование	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[96]	0,11%	0%	не указано <a href="http://ipk74.ru">http://ipk74.ru</a>	11 Июл 2017	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[97]	0,08%	0%	<a href="https://gpmu.org/userfiles/file/Akkreditaciya_2018/vkr/...">https://gpmu.org/userfiles/file/Akkreditaciya_2018/vkr/...</a> <a href="https://gpmu.org">https://gpmu.org</a>	13 Мая 2023	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[98]	0,05%	0%	<a href="http://elib.usma.ru/bitstream/usma/5613/1/USMU_202...">http://elib.usma.ru/bitstream/usma/5613/1/USMU_202...</a> <a href="http://elib.usma.ru">http://elib.usma.ru</a>	03 Фев 2023	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.
[99]	0,04%	0%	Диссертация: "Статистический анализ состояния и... <a href="https://vpu7.lg.ua">https://vpu7.lg.ua</a>	16 Фев 2021	Интернет Плюс*	Источник исключен. Причина: Маленький процент пересечения.

**Титульный лист**

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ТЕЛЕСНОГО  
ВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ**

## СОДЕРЖАНИЕ

<u>ВВЕДЕНИЕ</u> .....	3
<u>ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ТЕЛЕСНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ</u> .....	9
1.1 Психологические особенности женщин в период менопаузы.....	9
1.2. Специфика эмоциональных состояний женщин в период менопаузы..	18
1.3. Проблема телесного восприятия женщин в период менопаузы в психологической литературе.....	30
<u>Вывод по главе 1</u> .....	35
<u>ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ТЕЛЕСНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ</u> .....	37
2.1. Организация и методы исследования.....	37
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования.....	42
2.3. Программа психологической коррекции проблем эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы.....	61
<u>Вывод по главе 2</u> .....	66
<u>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</u> .....	68
<u>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</u> .....	70
<u>ПРИЛОЖЕНИЯ</u> .....	77

## ВВЕДЕНИЕ

25

44

Актуальность темы исследования определяется проблемой дискомфорта в период менопаузы, стереотипным отношением общества к старению и женщинам в частности, а также трудностями, с которыми сталкиваются женщины в состоянии менопаузы. Нежелание признавать эту проблему, и социальная дезадаптация заставляют многих женщин обращаться к врачам для облегчения симптомов и психологической поддержки.

Более серьезные психологические последствия могут быть связаны со старением, чем с утратой 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).

16

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 многие женщины страдают тревожностью и раздражительностью, которые считаются связанными с гипоэстрогенией. Однако ни в одном из проведенных исследований не было подтверждено, что тревожность связана с менопаузой и исчезает при заместительной гормональной терапии. (U. Halbreich, 1997; В.Н. Серов, 2002). В связи с этим возможно, что такие эмоциональные состояния являются следствием различных социальных факторов (Р. Kielholz, 1983; Н.П. Смирнова, 1999; В.Н. Серов, 2002).

16

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, Н. 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 (М. 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 Т. Ф. 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 <sup>12</sup> 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 (К. Holmqvist Gattario). <sup>25</sup>

<sup>5</sup> **Выборку** составили 90 человек в возрасте от 42 до 65 лет, <sup>25</sup> представленными тремя группами:

– первая экспериментальная <sup>16</sup> группа – женщины с <sup>7</sup> 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.

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. 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.

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

## 1.1 Психологические особенности женщин в период менопаузы

Физиологическое старение, свойственное менопаузе у женщин, сопровождается различными негативными проявлениями: нарушениями вегетативно-сосудистого и обменно-эндокринного контроля, изменениями в психоэмоциональной сфере и когнитивной функции. Также влияние на процесс оказывает прогрессирующее снижение функции яичников и инволютивная перестройка всего организма. Клинические проявления менопаузы могут быть отличительными, хоть механизмы развития одинаковы, и могут зависеть от различных факторов, включая условия жизни, состояние здоровья, социальное функционирование и личное отношение к старению. Оценить степень гормонального влияния на это явление может быть сложно.

Наиболее важным показателем общественного здоровья является длительность жизни. Рост количества пожилых людей в нашей популяции, что происходит за последние десятилетия, связан с совершенствованием условий жизни, повышением здоровья у населения и улучшением уровня здравоохранения. Ожидается увеличение количества людей старше 60 лет на 11-22% к 2050 году. Старение оказывает влияние на все аспекты жизни, в связи с чем особое внимание уделяется решению нужд и прописанию политики, улучшающей физическое, социальное и психическое состояние пожилых людей.

У Фрейда есть несколько ссылок на тему менопаузы, несмотря на то, что он не посвящал ей своих работ. Он рассматривал климакс как источник психического напряжения для женщин из-за перерыва в функционировании их половой сферы, и писал о «ужасе от старения, вызванного менопаузой», особенно ощущаемом с увеличением полового

влечения [7]. В 1917 году Фрейд связал тревожные расстройства с значительным увеличением выработки либидо в период менопаузы, что делает эту тему более актуальной.

Зигмунд Фрейд, описав женщин в период климактерия, называет их «властными, раздражительными и враждующими».

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].

Согласно точке зрения Т. Бенедика, менопауза - это «развивающаяся фаза», в которой происходит «прогрессивная психологическая адаптация» к тому, что является регрессивным биологическим процессом [16]. По мере снижения синтеза гормонов, эмоциональные потребности у женщин перестают быть сексуальными, что в свою очередь способствует ликвидации подсознательных влияний и факторов, а также способствует процессу интеграции и формированию личности.

Становление научного понимания менструации и климактерического периода у женщин было существенно затруднено до обнаружения в 1920-х годах активного женского гормона яичников - эстрогена. По мнению Т. Бенедика, полноценное понимание климактерического периода требует не только изучения физиологических процессов в организме женщины, но и обращения внимания на аспекты полового созревания, включая реакцию на первый менструальный цикл - менархе [8]. Недостаток научной информации до открытия эстрогена привел к необходимости более глубокого изучения данной темы в дальнейшем.

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. Развитие девушки на пути к женской зрелости определяется множеством факторов, включая личность матери, ее ориентацию на женские функции и социальную среду, в которой растет девушка. Важным этапом в этом процессе является идентификация девушкой себя как женщины, которая формирует ее отношение к менструации и болезненным ощущениям в женских половых функциях. Полученное в результате опыта сознание может оказать значительное влияние на реакцию девушки на данные физиологические проявления и, в целом, на ее жизненные ценности и поведение.

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. Окончание половой функции женщины в виде зачатия, беременности и родов придает новый импульс процессу ее развития. Интересное направление исследований представляет изучение предменструальной фазы цикла, включая эмоциональные переживания, связанные с физиологическим снижением выработки гормонов. Утверждается, что данный подход может стать ключом к пониманию физиологии и патологии климакса по мнению 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. Проявления менопаузы вызывают разную реакцию у женщин, в зависимости от их психического развития и социокультурных факторов. Устоявшиеся стереотипы могут стать одним из ключевых факторов, влияющих на формирование ролей и целей, которых женщина хочет достичь. Однако, исследования показывают, что женщины в климактерический период часто ощущают трудности при признании телесных изменений и аффективных реакций, возникающих в связи с наступлением менопаузы. 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. Каждый год около 500 миллионов женщин в возрасте от 45 до 55 лет сталкиваются с периодом менопаузы, и к 2030 году это число должно достичь 1,2 миллиарда людей в мировом масштабе (Smail L. et al.,

2017). Несмотря на то, что продолжительность жизни женщин по всему миру неуклонно увеличивается и составляет сейчас 78-80 лет, возраст наступления менопаузы остается практически неизменным с прошлого века и колеблется в районе 48-50 лет. По оценкам ВОЗ, к 2030 году число женщин на Земле в возрасте старше 50 лет превысит миллиардную отметку, что говорит о том, что каждая третья женщина на планете столкнется с периодом менопаузы, имеющим серьезное влияние на ее жизнь (Taebi M. et al., 2018; Wang X. et al., 2019).

Менопауза - это естественный период в жизни женщин, сопутствующий старению, который неизбежно наступает независимо от социально-демографических характеристик, цвета кожи и расовой принадлежности. Каждая женщина сталкивается с этим периодом однажды в своей жизни.

Недостаток половых гормонов вызывает гормональные изменения в организме, что приводит к снижению качества жизни и появлению характерных симптомов в период менопауз. По результатам научных исследований установлено, что эстрогены активируют большое количество рецепторов и сигнальных каскадов. В их рамках происходят протеомные и геномные реакции мишеневых клеток и тканей. Кроме того, они играют важную роль в регулировании межсистемных функциональных процессов, контролируют рост, пролиферацию и дифференцировку клеток, а также оказывают влияние на выполнение клеточных функций. Действие эстрогенов в организме осуществляется через два основных класса рецепторов - первый класс состоит из факторов ядерной транскрипции ER $\alpha$  и ER $\beta$ , генами для которых являются ESR1 и ESR2. Второй класс - это мембранные рецепторы, связанные с G-белками передачи внутриклеточного сигнала, такие как GPER, ER-X и Gq-mER. Распространенность рецепторов, связанных с эстрогенами, широко известна в ЦНС, особенно в областях мозга, ответственных за память и

интеллектуальную деятельность. В частности, изоформа ER $\beta$  обладает высокой выраженностью в коре головного мозга и гиппокампе, в то время как передача сигналов через ER $\alpha$  более сконцентрирована в холинергических нейронах базального переднего мозга. Такие данные позволяют оценить, как эстрогены влияют на различные участки мозга и регулируют функциональность ЦНС в период менопаузы, что делает их важнейшим вопросом для поддержания здоровья.

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.

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. Изменения,

происходящие в физиологии <sup>1</sup> 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 <sup>14</sup> качества жизни женщин старше 50 лет и решение всех важнейших задач, связанных с этим вопросом/

Характерные переживания, связанные с гормональными и репродуктивными изменениями в период перименопаузы, являются общеизвестными проявлениями и получили широкое изучение в научных кругах. Проявления этого периода, такие как приливы, потливость, изменения настроения, бессонница и снижение сексуального влечения, очень обременительны для женщин. Немало дам обращаются за профессиональной медицинской помощью, чтобы избежать лишения комфортного образа жизни и улучшения качества жизни в целом. К психоэмоциональным, вазомоторным, урогенитальным, соматическим и когнитивным расстройствам относятся все наиболее характеристические симптомы менопаузального перехода. Менопауза может создать длительное гипоэстрогенное состояние у женщин, что становится серьезным фактором, ведущим к различным изменениям в организме. Сердечно-сосудистые, метаболические, опорно-двигательные расстройства, включая вазомоторные нарушения, депрессию и нарушения сна, часто возникают в этот период и отмечены у 85% женщин. Поэтому женщины должны уделить особое внимание своему здоровью, принимая профилактические меры для снижения риска возникновения осложнений этого периода.

Сама по себе менопауза не связана с определенными психическими заболеваниями, но некоторые исследования указывают на больший риск развития депрессивных состояний у женщин в перименопаузе, даже если ранее они не имели аналогичных проблем. Возможно, это связано с колебаниями и понижением уровня эстрогенов. Женщины, склонные к изменению настроения в другие репродуктивные периоды (например, в предменструальную фазу менструального цикла или после родов), подвержены большему риску развития депрессивных состояний в период менопаузы. Однако, это влияние социально-экономических и психосоциальных факторов, таких как образование, этническая принадлежность, образ жизни и межличностные отношения, необходимо учитывать при диагностике и лечении депрессивных состояний в период менопаузы.

Приближение к менопаузе у женщин увеличивает риск нарушений сна, достигая пика в поздней перименопаузе и постменопаузе. Эта проблема встречается у 33-50% женщин в возрасте 40-64 лет и чаще всего проявляется трудностями засыпания, неровным сном и ранним пробуждением. Нарушения сна могут сохраняться на протяжении всего периода менопаузы, отрицательно влияя на качество жизни, дневную производительность и здоровье. Важно отметить, что нарушения сна и депрессивные симптомы взаимосвязаны, и действия направленные на улучшение сна могут помочь уменьшить депрессивные симптомы и наоборот. Некоторым женщинам нарушения сна могут сопутствовать в течение длительного времени, приводя к физическому и эмоциональному истощению и негативно влияя на их общее здоровье.

Более половины женщин жалуются на проблемы с концентрацией, умственной работоспособностью, повышенной утомляемостью и уменьшением производительности труд. Хотя известно, что эстрогены играют роль в защите и питании нервных клеток, информация об их

влиянии на когнитивные функции в период менопаузы является ограниченной и противоречивой. Новые данные показывают неоднородность и различные модели изменений когнитивной функции у женщин в период менопаузы 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, отвечающий за процессы репродукции, также играет важную роль в функционировании и развитии головного мозга, действуя как эффективные нейростероиды, хотя это не является очевидным. Влияние эстрогенов на когнитивную функцию осуществляется через различные сигнальные пути, включая геномный путь, активирующий рецепторы эстрогена ER- $\alpha$  и ER- $\beta$ , а также негеномный путь через мембраносвязанные ER- $\alpha$  и ER- $\beta$  и G-белок-сцепленные рецепторы 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. Снижение уровня эстрогенов у женщин наступающего периода климакса может привести к значительному ухудшению когнитивной эффективности. Это влияет на различные когнитивные функции, включая восприятие, память, исполнительные функции и речевые навыки, связанные с анализом, обработкой, хранением и передачей информации. Некоторые ученые отмечают, что возможные нарушения когнитивной функции могут быть связаны со снижением уровня интеллектуальных способностей, которые были доступны женщинам до того, как наступил период климакса.

Результаты исследования показали, насколько серьезными могут

быть проблемы у женщин в период климакса, связанные с симптомами и заболеваниями. Данные результаты подчеркивают значимость создания и использования профилактических и лечебных мероприятий, ориентированных на повышение уровня жизни, сохранение физического, психического и социального благополучия женщин в период менопаузы.

## **1.2. Специфика эмоциональных состояний женщин в период менопаузы**

По результатам проведенных исследований, стало очевидно, что одним из наиболее распространенных побочных эффектов переходного периода у женщин является климактерический синдром (КС). Это состояние связано со снижением активности женских гонад, вызванным сложными процессами, которые происходят в организме. Женщины, находящиеся в периоде климакса, сталкиваются с различными симптомами, связанными с КС, которые значительно усложняют их жизнь. В то же время, физиологический климакс проходит без явных проявлений, в то время как репродуктивная и менструальная функция у женщин существенно сокращаются. В климактерическом синдроме выделяют три основные группы симптомов: неврологические, эндокринные и психоэмоциональные проявления. Особое внимание следует обращать на последнюю группу, поскольку именно она часто приводит к возникновению различных психических и эмоциональных нарушений у большинства женщин перед наступлением менопаузы. Кроме того, необходимо отметить, что каждый тип симптомов характеризуется своими специфическими проявлениями, что позволяет более точно диагностировать данное заболевание [21,22].

Психические расстройства и психоэмоциональные проблемы являются частыми симптомами, с которыми сталкиваются женщины в период климакса. При этом важную роль играют не только внутренние процессы в организме, но и социальные факторы, такие как социальное

окружение, семейное положение, материальное положение, наличие работы, а также удовлетворенность жизнью и качество сексуальных отношений. Исследования показали, что женщины, находящиеся дома с детьми, испытывают меньше симптомов, связанных с климаксом, чем бездетные или разведенные женщины. Однако, проблемы в сексуальной сфере, такие как отсутствие партнера или затухший интерес к близости, могут ухудшить психическое состояние. Изучение влияния социальных факторов на развитие психических расстройств у женщин в период климакса имеет большое практическое значение для создания комплексной программы лечения и профилактики данного состояния.

Период менопаузы часто становится временем переосмысления для женщин, когда происходит переоценка прошлых психических травм. Некоторые из них могут потерять свою значимость, а другие, наоборот, могут оказаться еще более тяжелыми для переживания. Как правило, расставание с мужем в период менопаузы может спровоцировать у женщин особую боль и печаль, связанную с потерей последних надежд на будущее и приближением к старости и одиночеству. В таких случаях женщинам необходимо оказывать особую поддержку, чтобы помочь им пережить данный период жизни и оставаться оптимистичными и уверенными в своих силах. Важно понимать, что каждая женщина может переживать менопаузу по-разному, и такие эмоциональные испытания могут быть существенным фактором в их жизненном пути [18,28].

В период климакса женщины могут столкнуться со множеством психоэмоциональных расстройств, которые оказывают негативное влияние на их общее состояние и качество жизни. Некоторые из таких расстройств включают: эмоциональное и психическое расстройство; ухудшение памяти и внимания; снижение работоспособности; увеличение раздражительности; неустойчивость эмоционального состояния. В период климактерического синдрома могут проявляться различные формы

поведения, включая равнодушие, активную адаптацию, невротические проявления и другие. Среди пациенток, столкнувшихся с климактерическим синдромом, 13% проявляют невротические расстройства, что сопровождается приступами раздражительности, страха, тревоги и чувствительностью к звуковым и обонятельным раздражителям. Кроме того, 10% женщин, испытывающих климактерический синдром, страдают от депрессии - одного из наиболее серьезных и сложных симптомов, трудных для лечения.

Депрессивные расстройства чаще всего проявляют себя у женщин в период климактерического синдрома, в то время как истерический, фобический и астенический неврозы встречаются реже. Характерные симптомы невротической депрессии включают снижение настроения или его колебания, расстройства сна, тревогу, утрату интереса к жизни и различные соматические проявления, которые часто затрудняют диагностику и осложняют лечение данного расстройства [2,14,29–31].

Основываясь на вышеизложенном, следует отметить, что климактерий может привести к различным нарушениям психического здоровья, включая патопсихологические и психотические состояния, но в большинстве случаев главными проявлениями являются тревога и депрессия. Тем не менее, до настоящего момента неясно, какие именно расстройства связаны с менопаузой в прямой причинно-следственной связи, а какие вызываются ей, что усложняет выбор методов лечения.

Психоэмоциональные расстройства занимают значимое место в клинической картине менопаузы, по данным литературы<sup>23</sup> их распространенность составляет 50-70% [1, 3, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 24]. Одной из наиболее критических и невыясненных задач, связанных с психогенетической симптоматикой, проистекающей из климактерических расстройств, остаются задачи прогнозирования<sup>23</sup> диагностирования, профилактики и коррекции [4, 14, 16, 17, 18, 19, 25].

Именно в первой стадии постменопаузы проявляются ярко выраженные симптомы климактерического синдрома, вызванные полным прекращением работы яичников и резким дефицитом эстрогенов, которые в большинстве случаев приводят к негативным последствиям для женского организма [2, 5, 9, 11]. Женщины сталкиваются с неблагоприятными психосоциальными факторами, и это ухудшает их положение [13, 17]. Поддержание механизмов адаптации на изменения, происходящие во внутренней и внешней среде, остается ключевой задачей, так как непосредственно зависит от качества жизни женщины. Сбой в работе этих механизмов в случае нарушения взаимодействия может привести к нестабильности внутренней среды и неблагоприятно повлиять на работу организма [1, 15, 18, 20].

Согласно новейшей теории адаптации, вегетативная нервная система (ВНС) является ключевым элементом в адаптивном поведении организма [2, 4, 12, 17]. Однако при перестройке эндокринной системы и дефиците половых гормонов, структуры ВНС подвергаются значительному напряжению из-за их тесной связи с высшими вегетативными центрами, структурами эмоциональной реакции и центрами, отвечающими за регуляцию репродуктивной функции [5, 10, 11, 18, 22]. Неврологические и психологические симптомы менопаузы имеют множественный и неспецифический характер [3, 4, 6, 13, 14]. В литературе часто используются термины, включающие «климактерический невроз», «невроз тревоги», «психосоматический климактерический синдром» и «психоэндокринный климактерический синдром». Они описывают пограничные психические и психосоматические расстройства, связанные с климактерическим периодом.

Климактерический синдром может представляться в виде обширной палитры аффективных сдвигов, которые проявляются в форме неустойчивости эмоциональной сферы, колебаний психической активности

и работоспособности, изменения влечений и возникновения сенестопатических нарушений. Все эти признаки, безусловно, являются ключевыми психическими расстройствами, связанными с климактерическим синдромом [3, 4, 10]. Безудержное недовольство, придирчивость и капризность часто сочетаются с пониженным настроением, которое возникает даже без причины. При этом могут появляться такие состояния, как бессилие, ощущение пустоты, тревога и беспокойство. Иногда возникают эмоции повышенного настроения, которые выражаются элементами сентиментальности и экзальтированности [10, 25].

Критическое поведение и нестабильность настроения у пациентов, страдающих климактерическим синдромом, в некоторых случаях напоминают симптомы истерической психопатии [4, 21, 22].

Под термином «соматически обусловленные психозы» подразумеваются психические нарушения, которые обычно связаны с поражением отдельных внутренних органов или систем в результате соматических заболеваний.[3,4,10,12].

Психические нарушения, возникающие на фоне соматических заболеваний, проявляются на клинической картине диапазоном от легких астенических состояний до тяжелых психозов и слабоумия. Их многообразие создает огромные сложности в области диагностики и лечения. В современности встречаются следующие нарушения здоровья при соматических заболеваниях:

1. Астенические;
2. Неврозоподобные;
3. Аффективные;
4. Психопатоподобные;
5. Бредовые состояния;
6. Состояния помрачения сознания;

## 7. Органический психосиндром [3, 4, 22].

Наиболее распространенным симптомом среди пациенток, страдающих различными соматическими заболеваниями, включая климактерические расстройства, является астения - состояние общей слабости [23]. Это часто сопровождается так называемым «стержневым» или «сквозным» синдромом. Симптомы патологии соматогенных расстройств могут быть различными и, в редких случаях, астения может быть единственным признаком психических изменений [23]. Часто астенический симптом сопровождается другими проявлениями, такими как депрессия, тревога, навязчивые страхи и ипохондрические состояния. Глубина страданий, связанных с астеническими расстройствами, может различаться в зависимости от уровня тяжести основного заболевания в каждом отдельном случае [3, 4, 6, 13, 16].

У женщин, у которых развивается климактерический синдром, может возникнуть лабильность психической активности и работоспособности [23]. В нормальном состоянии они могут быть полными энергии, готовыми к выполнению как физических, так и умственных задач. Однако, внезапно, они могут испытывать усталость, сопровождаемую потерей концентрации и неспособностью продолжать повседневные дела. Потребности в пище или сексуальных влечениях также могут изменяться в зависимости от фазы климактерического синдрома. У большинства пациенток часто встречаются нарушения сна [4, 10, 11, 22].

При климактерическом синдроме возможны вегетативные расстройства, которые могут сопровождаться сенестопатиями, включая зуд, покалывания и туманные ощущения в разных частях тела [23]. Сенестопатии, такие как зуд, покалывания и неопределенные туманные ощущения в разных частях тела, могут вызывать ипохондрические мысли, связанные с опасностью заболеть раком, туберкулезом или другими серьезными заболеваниями [3, 22]. Лечение может быть сложным для

врача, если эти симптомы совпадают с другими проявлениями патологического климакса и соматических заболеваний. Оно может включать коррекцию вегетативных, психоэмоциональных и сердечно-сосудистых нарушений, а также других соматических состояний.

На основе дефицита яичниковых гормонов развиваются все климактерические расстройства. Они приводят к нарушениям в работе сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной системы, а также других соматических нарушений. При этом психогенные факторы могут оказывать дополнительное влияние на эти симптомы [7, 15, 18, 20].

В период климакса женщины могут столкнуться с психогенными реакциями, связанными с опасениями о старении и неблагоприятными последствиями в личной жизни. Зачастую эти реакции сопровождаются тревожно-депрессивными состояниями [23, 25]. Более того, стоит учитывать, что клинические проявления психозов, например, маниакально-депрессивного психоза и шизофрении, могут иметь схожие симптомы с психогенными реакциями при климактерическом синдроме [3, 24]. Поэтому, важно проводить более детальное диагностирование, чтобы точно выявить психические проявления, которые могут появиться во время климакса.

К. Schneider (1959) определил условия для возникновения соматически обусловленных психозов следующим образом:

1. Наличие клиники соматического заболевания.
2. Выявление связи между соматическими и психическими нарушениями во времени.
3. Параллелизм между психическими и соматическими расстройствами;
4. Возможное, но необязательное появление органической симптоматики. Важно подчеркнуть, что указанные сверху предметы связаны с физическими и психическими дефектами организма и поэтому,

когда имеют место аналогичные проявления, необходимо провести детальный анализ и выявить настоящую суть психического недуга.

Психотические проявления, обусловленные физическими нарушениями, обычно проявляются чередованием синдромов от слабости до потери контроля над своим сознанием, и направлены на прогрессирование нездорового состояния организма. Выздоровление из подобного психоза благоприятствует личности [4, 10, 14, 24]. Недавнее исследование разделило психические расстройства на острый и хронический период развития нарушения здоровья. Проявление соматогенных психозов может привести к психоорганическому расстройству [4], что следует учитывать при оценке состояния здоровья.

Триада Вальтер-Бюэля представляет собой комплекс изменений, которые создают психоорганический синдром. Основные проявления - это эмоциональная нестабильность и потеря контроля, нарушения в работе памяти и ослабление когнитивных функций. [3, 4, 10, 17].

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

Нарушения памяти, эмоциональной реакции, восприятия и мышления, истощение психических функций, ухудшение способности к критическому мышлению и наличие соматических расстройств являются главными и важными признаками психоорганического синдрома [3,17,22]. При проведении диагностики психоорганического синдрома, данные характеристики наиболее часто встречающиеся и считаются определяющими.

Повышенной утомляемостью, слабостью, повышенной эмоциональной чувствительностью и депрессивным настроением характеризуется астенический вариант психоорганического синдрома и связывается чаще всего с соматическими заболеваниями [3, 8, 10, 20, 24, 25]. Однако, он возникает не так часто и обычно развивается при хронических заболеваниях со сложным течением, в том числе,

осложненный климактерическим синдромом. При анализе климактерического синдрома, в том числе, ответ соматической системы и ЦНС на неблагоприятное состояние организма в целом, представляет собой сложную реакцию внутренних органов и структур головного мозга на критическое состояние [4, 17, 21].

Нередко климактерические расстройства сопровождаются нарушениями эмоционального состояния. Процесс эмоций базируется на субъективной оценке возможных или текущих ситуаций и имеет свою продолжительность. Следует уточнить, что эмоции имеют в отличие от других эмоциональных <sup>3</sup> процессов, таких как аффекты, чувства и настроения [4]. Эмоции превращают внешние стимулы в мотивы для действия и управляют реакциями движения и поведения с целью нормализации состояния организма. Регуляция эмоций происходит на основе обратной связи и при удовлетворении потребностей возникает позитивное эмоциональное состояние. Например, быстрое облегчение или избавление от острых болей может быть причиной эйфории [12, 14].

Эмоциональные ответы могут иметь приятное или неприятное <sup>4</sup> направление в зависимости от отношения человека к объекту или явлению. <sup>19</sup> [3, 4, 10, 18, 21, 25].

Различают несколько видов выражения эмоций, в том числе состояния, реакции и отношения. Эмоциональные состояния могут быть описаны при помощи разнообразных эпитетов, таких как лихорадочное, обескураженное, затрудненное, грустное, равнодушное, и также более оптимистические, как восторженное и счастливое [3, 4]. Мгновенно сменяющееся настроение без видимых причин может свидетельствовать об эмоциональной нестабильности [3, 4, 17].

Временное и сильное проявление эмоций в поступках и словах называется аффектом. Этот вид выражения эмоций может быть определен как «позитивный», «негативный», «энергичный», «неуместный» или

«печальный». Кроме того, аффект может проявиться в форме избыточной расслабленности или заторможенности [10, 17, 18, 24].

В настоящее время обнаружение психосоматических нарушений у женщин, переживающих климактерический период, является критической проблемой, которая мешает точной диагностике и лечению данной проблемы. Сегодня, данная проблема требует особенного внимания [3, 4, 17, 22].

Необходимость поиска новых и максимально безопасных методов профилактики и коррекции психосоматических нарушений при климактерических расстройствах в настоящее время набирает обороты. Такое положение обусловлено наличием большого количества противопоказаний для лечения заместительной гормональной терапии (ЗГТ),<sup>2</sup> возникновением климактерических расстройств еще до начала периода менопаузы и высокой частотой их раннего проявления [6, 23, 25].

Из анализа литературы становится ясным, что климактерический период характеризуется изменениями физического и психического здоровья в разных проявлениях и степенях. Эти изменения оказывают значительное воздействие на диагностику расстройств менопаузы и выбор лечения для пациенток, страдающих от этой патологии.

Каждая женщина переживает наступление менопаузы по-разному, для некоторых это нормальный переходной период без заметных симптомов, а для других возникают значительные психические и физические изменения. Снижение уровня эстрогенов оказывает значительное влияние на психическое здоровье в постменопаузальном периоде.

Основным признаком наступления менопаузы является высокий уровень гормона ФСГ (фолликулостимулирующего гормона), который свидетельствует о снижении функции яичников и окончании их работы.

Гормоны – посредники, контролирующие физические и химические процессы в организме, запуская, останавливая, ускоряя или замедляя их. Яичники отвечают за производство двух ключевых гормонов – эстрогена и прогестерона, контролирующих функцию репродуктивной системы, включая менструальный цикл и фертильность у женщин. Однако, постменопаузальный период может оказать значительное влияние на физическое и психическое здоровье женщины, вследствие снижения активности женских гормонов, особенно эстрогенов. Помимо утомляемости, потоотделений и истощения, некоторым женщинам приходится сталкиваться с серьезными психологическими проблемами и кровотечениями.

Снижение концентрации внимания, депрессивное и тревожное состояние, скачки настроения и раздражительность – все это часто свидетельствует о наличии психических проблем в постменопаузальный период. Негативные эмоции вызывает и сама менопауза, поскольку многие женщины чувствуют себя неполноценными и не востребованными, когда активность женских гормонов быстро снижается. Они часто испытывают снижение самооценки и сомнения в своих возможностях.

Уровень эстрогенов начинает снижаться в перименопаузе, и учитывая, что гормоны существенно влияют на поведение человека, особенно главным «виновником» различных изменений являются именно эстрогены. Кроме того, в постменопаузальный период падение уровня эстрогенов может привести к сочетанию гормональных и биохимических изменений, которые оказывают влияние на головной мозг и нервную систему, вызывая различные изменения.

У женщин снижение *уровня эстрогена* может проявляться физически и психически:

– физические симптомы могут включать хроническую усталость, повышенное потоотделение, бессонницу, проблемы с памятью и другие;

– психические симптомы могут включать перепады настроения, раздражительность, грусть, отсутствие мотивации, проблемы с концентрацией внимания, эмоциональную тревожность.

Кроме того, женщины могут испытывать обострение ранее выявленных психических проблем или изменение симптомов психического заболевания.

У женщин психические расстройства встречаются в четыре раза чаще в постменопаузе, чем в любой другой период жизни, показали недавние исследования. Многие женщины сталкивались с проблемами депрессии уже ранее, поэтому они более чувствительны к ухудшению состояния в этот период.

Несмотря на то, что тревогу и панические атаки часто возникают во время постменопаузы, научных исследований в этой области все еще недостаточно.

Ученые провели научные исследования, направленные на изучение связей между постменопаузой и психическими состояниями, такими как депрессия и биполярное расстройство. Исследования показали, что наступление постменопаузального периода является для женщин достаточно сложным этапом. Женщины, которые имели определенные психические проблемы до наступления менопаузы, становятся очень чувствительными к гормональным изменениям, которые происходят в их организме. Это может оказать серьезное влияние на их повседневную жизнь, особенно если они работают в эмоционально напряженной сфере, сталкиваются с синдромом пустого гнезда, выходят на пенсию, заботятся о стареющих родителях и приспосабливаются к другим жизненным изменениям. Несмотря на то, что соотношения между данными состояниями умеренны, настоящие исследования показали, что ранее существующее биполярное расстройство может усугубиться в постменопаузальный период.

Женская фертильность - сильнейший двигатель развития общества в эволюционном плане, т.к. женщины могут продлить жизнь человеческого рода. Если учесть этот факт, то становится понятно, почему менопауза у женщин может вызывать сомнения, связанные с их самооценкой и уверенностью в себе. К тому же, общество иногда придерживается стереотипов, требующих от женщин выполнения определенных требований. Поэтому постменопауза - это действительно сложный период, который может быть трудно принять.

Женское психическое здоровье, помимо биологических изменений, может значительно повлиять на различные социальные факторы, связанные с психологическими трудностями. Многие перемены сопровождают постменопаузальный период в жизни женщины, такие как завершение карьеры, уход детей из дома, забота о стареющих родителях и т.д.

В этот период жизни важно открыться новым начинаниям, поставить перед собой новые цели, пересмотреть жизненные приоритеты и оценить свои достижения. Многие женщины в это время становятся бабушками и наслаждаются новой ролью в жизни, проводя много времени со своими внуками. Также выход на пенсию может открыть массу возможностей, позволяя организовать свой свободный график и заняться своими любимыми хобби и интересами, на которые раньше не хватало времени из-за работы.

Жизнь в постменопаузе, другими словами, не заканчивается, а продолжается в новом формате, который может принести новые возможности, но только если вы готовы открыться им. Несмотря на то, что эта <sup>25</sup> жизненная стадия сопровождается множеством изменений, которые могут быть трудными, в ней есть место для новых возможностей и приятных находок, если у вас есть на это желание.

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

Восприятие собственного тела – большая и значимая тема. Искаженное восприятие своего тела в отношении веса и размера является распространенным нарушением, особенно у женщин. Внешние оценки и комментарии окружающих существенно влияют на формирование образа тела. Близкие люди, такие как партнеры и родители, играют особенно значимые роли в этом процессе. Следует выделить 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.

«Социальные» причины могут исказить восприятие своего тела. Одной из таких причин является убеждение, что успешный мужчина может иметь при себе только стройную молодую женщину. Эта установка обосновывается биологическими факторами: стройная фигура связывается с молодостью, а молодая партнерша подтверждает финансовую состоятельность мужчины. Кроме того, большинство мужчин ассоциируют стройных молодых женщин со свободой и активностью, а полных – со статусом матери. Поэтому мужчины подсознательно принимают полных женщин за «занятых» и более предпочтительными считают стройных.

Часто образ своего тела формируется под воздействием мнений окружающих, и, кроме того, сознание опережает тело. То есть, тело может меняться, тогда как образ, закрепленный в сознании, продолжает существовать привычным для человека на длительное время.

Однако в нашем обществе отношение к менопаузе порой формируется под влиянием культурных представлений о женщинах зрелого возраста, и часто переход в этот жизненный этап ассоциируется с эмоциональными и физическими трудностями. Но исследования антропологов указывают на то, что менопауза может стать положительным событием, особенно если связана с изменением социального статуса [2]. В этот период жизни у женщин появляется возможность вернуть себе свободу, уделить время саморазвитию, творчеству и удовольствиям, открывая новые возможности и перспективы.

Во время менопаузы у женщин происходят значительные изменения в образе тела, обусловленные гормональными изменениями. Анализ возрастной динамики образа тела у женщин показал противоречивые результаты [3]. Согласно исследованиям М. Tiggemann и А. McCourt, женщины стали более довольны своим образом тела по мере увеличения возраста. Большое исследование, проведенное S. Runfola и ее командой на выборке из 1789 женщин старше 50 лет, демонстрирует, что только 12,2% женщин в этой возрастной группе чувствуют удовлетворение своим телом. Женщины, которые считают свои тела привлекательными, обычно имеют более низкий индекс массы тела (ИМТ) и меньше проявляют признаки единых расстройств, а их уровень удовлетворенности внешностью и весом выше. Однако между женщинами, удовлетворенными и неудовлетворенными своим телом, не наблюдается существенной разницы в контроле веса [4]. В исследованиях в области образа тела женщин часто используется метод силуэтов, как и в описанном исследовании, который важен для зарубежных исследований.

Другие авторы исследований отмечали, что женщины в зрелом возрасте, которые чувствуют удовлетворение своим телом, имеют меньший вес, чем те, кто недоволен своим телом [5-7]. Большинство удовлетворенных своим телом женщин (88%) имеют нормальный индекс

массы тела, а 40% из них считают, что даже 5 фунтов (около 2,5 кг) веса могут серьезно повлиять на их настроение. Эти исследования подчеркивают, что для 77,1% женщин вес и форма тела играют важную роль в оценке себя [4].

Совместным исследованием с Л. Маклареном было выявлено, что уровень удовлетворенности своим телом у женщин старше 50 лет связан с их весом и ростом, как было показано после анализа данных 933 женщин в среднем возрасте. Данная связь была установлена на основе данных самооценок веса в возрасте 54 лет и данных о росте и весе на разных этапах жизни (в возрасте 7, 11, 15, 20, 26, 36, 43 и 54 лет).

В процессе исследования были собраны данные о репродуктивном здоровье женщин, и после их анализа была обнаружена значимая закономерность. С помощью метода иерархического линейного моделирования и множественного регрессионного анализа было выявлено, что женщины, которые в среднем возрасте выражают недовольство своим весом, имели более высокий вес еще в 7-летнем возрасте по сравнению со сверстницами, и показывали более высокий темп роста индекса массы тела со временем. Также было обнаружено, что более позднее начало менопаузы и прием гормональной заместительной терапии до наступления менопаузы связаны с меньшей степенью недовольства своим телом [6].

Иностранные исследователи считают, что изменения в образе тела у женщин зрелого возраста не могут быть обусловлены только гормональными перестройками в их организме. Также социокультурные факторы являются значимым причиной возникновения негативных явлений, связанных с образом тела. С течением времени традиционное женское тело начали интерпретировать по-разному: либо как нечистое, связанное с процессами, такими как месячные, роды, послеродовое кровотечение, либо как тело матери, несексуальное, считающееся святым и чистым. Такое полярное и конфликтное отношение к женскому телу

объясняют наличием христианских традиций в культуре [8].

В настоящее время, в современном обществе присутствует стереотип, согласно которому естественное тело является неэстетичным и нуждается в изменениях, что влечет за собой увеличение так называемого «нормативного недовольства своей внешностью». Для многих женщин регулярный контроль веса стал ритуалом и общепринятым стереотипом. Исследования показали, что <sup>25</sup> контроль этого показателя может варьироваться в зависимости от степени негативных ощущений и образа своего тела. На сегодняшний день этот проблемный вопрос является актуальным в нашей культуре [10].

Согласно Л.В. Харлановой, менопауза представляет собой также яркое и длительное событие в жизни женщины, как и наступление менархе у девушки.

Как правило, в популярно-научных материалах уделяется внимание негативным аспектам, связанным с наступлением менопаузы. Начиная с 1937 года заместительная гормональная терапия была рекомендована практически всем женщинам взрослого возраста.

На сегодняшний день понимание снижения уровня эстрогенов, обусловленного менопаузой, концептуализируется, как симптоматика недуга, который требует медикаментозного лечения [8]. Предлагается выполнение корректировки даже по вопросам психоэмоционального характера, связанных с периодом предменопаузы, используя гормональную терапию. Этот подход приводит к нарастанию давления на многих женщин, создавая ощущение стереотипов, что заставляет пациенток лечиться не на основании личных ощущений, а опираясь на общие мнения искренне заботливых людей рядом.

В современной культуре широко распространено представление о том, что женская жизненная роль ограничивается функцией протекания <sup>25</sup> беременности и рождения. Это приводит к тому, что женщины, достигшие

зрелого возраста, ощущают себя как лишенные женственности. Однако считается, что в зрелом возрасте также, как и в подростковом и юношеском, обратная связь, получаемая от партнера, может стать своего рода защитным фильтром от негативных стереотипов. В своей статье, N. L. Wood-Barcalow, T. L. Tylka и C. L. AugustusHorvath вводят понятие «защитного фильтра», который помогает женщинам сохранять свою самооценку и не позволяет негативной информации или негативным стереотипам повлиять на их образ тела [11]. Единство с партнером, который принимает и ценит свою половинку и ее физическую привлекательность, может помочь женщинам зрелого возраста сохранять свою женственность, несмотря на различные негативные влияния извне.

Для лучшего понимания того, как видится своё тело, требуется учесть различные факторы, определяющие отношение к нему, такие как наличие положительных или отрицательных эмоций, внутреннее соответствие или разногласия, соответствие действительности или нереализуемость, целостность или раздробленность, а также наличие или отсутствие защитных механизмов от воздействия окружающей обстановки.

Развитие образа тела у женщин может быть подвержено на влияние многих факторов и механизмов на протяжении жизни, что приводит к изменению характеристик отдельных компонентов и свойств. Некоторые женщины могут пройти положительное психосоматическое развитие и обрести позитивное восприятие своего тела, тогда как другие могут остановиться на определенных этапах, которые формируют отрицательный или противоречивый образ тела.

В заключение данного параграфа стоит отметить, что для созидания позитивного образа тела необходимо учитывать множество факторов, включая систему осознанной саморегуляции и рефлексии, поддержку от близких людей (семьи, партнера, друзей), важность телесных стратегий, основанных на уважении к своему телу, а также разнообразии стереотипов

красоты и привлекательности, которые представлены в медиа-ресурсах, будь то традиционные или цифровые (E. Stice).

### Вывод по главе 1

В завершение главы хочется сделать вывод о том, что менопауза - это естественный период в жизни женщин, сопутствующий старению, который неизбежно наступает независимо от социально-демографических характеристик, цвета кожи и расовой принадлежности. Каждая женщина сталкивается с этим периодом однажды в своей жизни.

Физиологические изменения, связанные с возрастом, становятся существенной проблемой для женщин, особенно на этапе менопаузы, который является критическим периодом, ведущим от фертильности к бесплодию. Каждый год около 500 миллионов женщин в возрасте от 45 до 55 лет сталкиваются с периодом менопаузы, и к 2030 году это число должно достичь 1,2 миллиарда людей в мировом масштабе. В ходе менопаузы у женщин происходит физиологическое старение, которое влечет за собой негативные проявления, такие как вегетативно-сосудистые и обменно-эндокринные нарушения, изменения психоэмоциональной сферы и когнитивной функции.

Прогрессирующее снижение функции яичников и инволютивная перестройка всего организма также оказывают свое влияние. Хотя механизмы развития являются одинаковыми, клинические проявления менопаузы весьма индивидуальны, чтобы установить степень влияния гормональных изменений. Однако ее выраженность может зависеть от внешних факторов, таких как условия жизни, состояние здоровья, социальное функционирование и субъективное восприятие старения.

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.

## 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.

Для этого исследования была выбрана группа из 90 человек, которые находились в возрастном диапазоне от 42 до 65 лет и были разделены на три группы по следующим критериям:

- первая экспериментальная группа состояла из женщин, находившихся в перименопаузальной фазе климактерия, в возрасте от 42 до 55 лет и имевших диагноз менопаузы и климактерического состояния;
- вторая группа включала женщин, находившихся в перименопаузальной фазе климактерия, в возрасте от 56 до 60 лет и также имевших диагноз менопаузы и климактерического состояния;
- третья группа состояла из женщин, находившихся в поздней постменопаузальной фазе климактерия, в возрасте от 61 до 65 лет и также имевших диагноз менопаузы и климактерического состояния.

#### 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 был проведен перед началом эксперимента. Подготовка включала следующие действия: постановку исследуемой проблемы, определение необходимого научного аппарата, разработку плана исследования, составление программы и определение методологических и методических принципов эксперимента, а также выбор методов исследования.

2. Экспериментальный этап состоял из диагностического этапа исследования и формирующего эксперимента.

3. Обобщающий этап был проведен после сбора данных. Он состоял из следующих этапов: обработка полученных результатов, проверка их соответствия целям и гипотезам исследования, анализ, обобщение и интерпретация результатов, выводы и рекомендации, а также реализация их в практической деятельности.

Для достижения поставленных целей использовались различные организационные методы, включая эмпирические методы, такие как тестирование, а также количественные и качественные методы обработки данных и интерпретации результатов. 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.

Для обеспечения достоверности и обоснованности результатов исследования были соблюдены следующие методологические принципы: теоретический анализ современных концепций становления образа тела в онтогенезе, соответствующий выбор методов и методик в соответствии с предметом, целями и задачами исследования, репрезентативность выборок испытуемых, использование адекватных методов количественного и качественного анализа, а также методов математико-статистической обработки полученных данных.

Следует представить обоснование методик исследования.

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

Данный способ исследования позволяет сделать значительные и первичные уточнения относительно качества интегральной самооценки личности, определить, есть ли нестабильность этого аспекта в ситуации или это постижимо как личностная особенность. Полученные результаты метода связаны не только с личностными психодинамическими особенностями, но и с широким вопросом о взаимосвязи активности, реактивности, характера и темперамента личности.

Данная методика используется для обследования как отдельных личностей, так и целых групп. Как указал Ю.Л. Ханин, тревожное состояние или ситуативная тревожность, обозначаемая «СТ», возникает «как человеческая реакция на различные социально-психологические стрессоры (ожидание негативной оценки или агрессивной реакции, восприятие неблагоприятного обращения, угрозы для его самооценки или престижа). С другой стороны, личностная тревожность («ЛТ») представляет собой черту характера, особенность или диспозицию, которая отражает индивидуальные различия в чувствительности к различным стрессорам. Таким образом, здесь говорится о сравнительно устойчивой склонности человека воспринимать угрозы для своего «Я» в самых разных ситуациях и реагировать на них, повышая свой уровень «СТ». Величина «ЛТ» указывает на прошлый опыт личности, то есть 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)

Задача второй шкалы заключается в выявлении характеристик индивида и определении его обычного эмоционального состояния, а именно тревожности в качестве одного из элементов личности. Каждая из секций этой шкалы имеет собственную инструкцию, а полное прохождение теста занимает около 5-8 минут.

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

В 1976 году В.В. Суворов предложил методику диагностики общей эмоциональности человека. Эмоциональность является одним из главных компонентов темперамента, который, как известно, не меняется на протяжении всей жизни, в отличие от характера. В ее состав входит впечатлительность, чувствительность, импульсивность и другие характеристики. Эмоции (от лат. «emovere» - волновать, возбуждать) - это психические состояния, связанные с инстинктами, потребностями, мотивами и выражающиеся в удовлетворении, радости, страхе и других переживаниях, в зависимости от ситуации. Эмоции принимают участие в регуляции внутренней и внешней деятельности организма и всех его систем.

**Депрессия**

3. Шкала депрессии Бека

Для определения уровня депрессии человека используется методика Шкала депрессии Бека. В 1961 году Аарон Т. Бек на основе клинических наблюдений разработал тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory), в котором перечислил наиболее часто встречаемые симптомы и жалобы. Используется шкала депрессии, которая была разработана после оценки симптомов депрессии и сравнения их с клиническими описаниями. Шкала насчитывает 21 вопрос-утверждение, в каждом из которых содержатся 4 или 5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям симптомов депрессии. Каждое утверждение оценивается по мере увеличения тяжести симптомов. В своей Когнитивной терапии Бек представил причины, симптомы и возможные способы преодоления депрессии.

Показатель: 1. Шкала депрессии Бека,

Показатель: 2. Когнитивно-аффективные проявления

Показатель: 3. Соматические проявления

4. Опросник самооценки Дембо-Рубинштейн

Оценка собственной ценности, проводимая методикой Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан, основывается на непосредственной шкалировке личных качеств женщин, таких как здоровье, способности и характер. Обследуемые должны поставить определенные знаки на вертикальных линиях, чтобы отметить уровень развития этих качеств и уровень притязаний. Это позволяет определить их самооценку и то, какие уровни развития этих качеств удовлетворили бы их. Каждый участник получает бланк методики с инструкциями и заданием.

Показатель: 1. Уровень самооценки

**Телесное восприятие**

5. Опросник образа собственного тела (ООСТ)

Для диагностики недовольства собственным телом у людей, которые страдают от расстройств пищевого поведения, используется Опросник

Образа Тела (ООСТ). Он состоит из 16 пунктов-утверждений и представляет собой эффективный психометрический инструмент, позволяющий оценить степень удовлетворенности внешностью, как часть образа тела. Благодаря своим психометрическим свойствам, ООСТ широко применяется как для скрининга в популяционных исследованиях, так и в качестве дополнительного теста при клинической диагностике.

Согласно когнитивной теории психики, недовольство своим телом имеет два основных компонента: перцептивный (основанный на восприятии) и оценочный (основанный на мышлении). Исследования показали, что первый компонент, основанный на оценках, является главным фактором в развитии расстройств пищевого поведения, в то время как физические изменения, связанные с качеством тела, имеют незначительную роль в этом процессе. Таким образом, неудовлетворенность своим телом не обязательно связана с реальными весовыми изменениями и подтверждается клиническими данными.

Оценочный компонент отношения к телу, согласно авторам методики, может включать в себя глобальную оценку тела (удовлетворенность или неудовлетворенность весом, формой тела, отдельными его частями), эмоции и чувства, связанные с внешностью, когнитивный аспект (убеждения относительно внешности, схема тела), а также некоторые специфические поведенческие проявления, например, избегание просмотра себя в зеркале, посещение тренажерного зала или взвешивание.

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. Анализ полученных данных показывает, что средний уровень ситуативной

тревожности может указывать на неадекватную эмоциональную адаптацию к различным социальным ситуациям.

Женщины, которые страдают от высокого уровня тревожности, испытывают определенные трудности в повседневной жизни. Они переживают падение и неудачи, а избегают потенциальных ошибок, используя чрезмерные меры предосторожности. Они склонны к сомнениям и проверке своих дел. Эти женщины более чувствительны к воздействию внешней среды и испытывают трудности справиться со стрессом. В период менопаузы состояние реактивной (ситуативной) тревоги у женщин с высоким уровнем тревожности может усилиться, вызывая субъективный дискомфорт, напряжение и беспокойство при стрессовых ситуациях. Они нуждаются в дополнительной поддержке и лечении, чтобы уменьшить проявления этого состояния и повысить качество своей жизни.

В данном исследовании было замечено, что средний уровень ситуативной тревожности у женщин в этом возрасте означает, что они, в целом, являются спокойными, коммуникабельными и активными. Однако в некоторых ситуациях беспокойство может появиться, особенно в стрессовых ситуациях, что может привести к повышению уровня ситуативной тревожности. Женщины с таким уровнем тревожности способны более эффективно мобилизовать свои силы в кризисных ситуациях, что способствует улучшению их личностного и социального развития. Вероятное объяснение этого явления заключается в том, что женщины уже прошли активный период менопаузы и перешли на следующий этап. Женщины, уровень ситуативной тревожности которых умеренный, могут испытывать беспокойство по социальным причинам, например, им может не хватать уверенности в себе или они боятся оценок окружающих.

Низкий уровень ситуативной тревожности диагностирован в возрастной группе женщин 42-55 лет. Женщины с низким уровнем

тревожности нуждаются во внешней мотивации для повышения своей активности и ответственности в деятельности. Некоторые люди не подвержены тревожному состоянию в принципе. У них отсутствует рациональная осторожность, даже в реально опасных ситуациях, и они не проявляют предусмотрительности и самоконтроля в своем поведении. Эти черты скорее свойственны людям с беспечным характером, низкой социальной зрелостью и недостаточным жизненным опытом, когнитивными и прогностическими способностями. Их характеристики отражаются в отношении к жизни, своим поступкам и деятельности. Они могут иметь поверхностный и неряшливый подход к жизни.

Следует рассмотреть результаты диагностики личностной тревожности в исследуемых группах. Так, во всех трех возрастных группах у женщин диагностирован средний уровень личностной тревожности. Исследование участниц показало, что личностная тревожность является стабильной индивидуальной характеристикой, которая склоняет женщин к возникновению тревожных состояний и восприятию широкого спектра ситуаций как потенциально угрожающих. Это может вызывать у них различные реакции и поведенческие паттерны. Личная тревожность срабатывает в ответ на определенные стимулы, которые человек воспринимает как угрожающие для своей самооценки и самоуважения. Как результат, женщины могут испытывать дискомфорт и неуверенность, а также проявлять поведение, направленное на избегание потенциально опасных ситуаций.

### **Далее представлены 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 ползания мурашек)	2	0,2	0,1

Следует сопоставить полученные в ходе диагностики данные по всем методикам. Исследование выявило, что основной причиной возникновения вегетативных расстройств является состояние длительного психоэмоционального напряжения, которое прямо связано с эмоциональной составляющей человека. Таким образом, уровень тревожности и настроения являются важными показателями состояния здоровья исследуемой женщины. Однофакторный дисперсионный анализ показал, что между независимой переменной «фаза климактерия» и зависимой переменной «тревожность» существует статистически значимая связь ( $F=4,69$ ,  $p=0,0338$ ), как указано в Таблице 3.

Таблица 3

Средние психофизиологические показатели участниц исследования

	Суммарное отклонение		Вегетативный коэффициент
	«Тревожность»	«Настроение»	
Женщин 24 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

Анализ по парам показал, что женщины в возрасте от 56 до 60 лет находятся в статистически значимых отличиях от женщин в возрасте от 42 до 55 лет ( $p = 0,029$ ), тогда как между ними и женщинами в возрасте от 61 до 65 лет не выявлено статистически значимых различий ( $p = 0,069$ ).

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, нет такой реакции, когда они бледнеют от страха или огорчения, плачут из-за обиды, несчастья или радости, или испытывают слезы от эстетического наслаждения при прослушивании музыки.

У 24 женщин (26,6%) наблюдалась средняя эмоциональность, что обозначает незначительное 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.

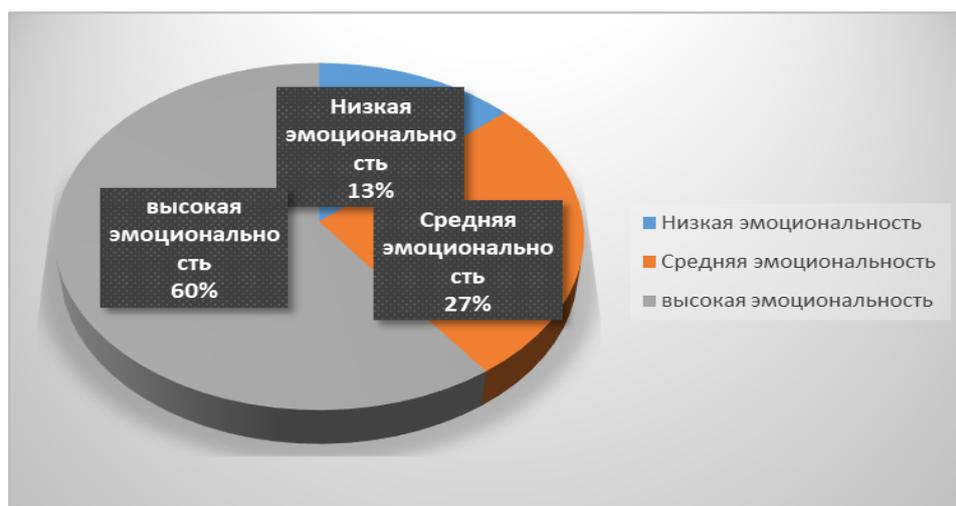


Рисунок 1. Результаты исследования эмоциональности по методике «Определение эмоциональности» В.В. Суворова <sup>27</sup>

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. <sup>27</sup>

Для оценки самооценки используется методика Дембо-Рубинштейн. Первая часть анализа включает измерение результатов на шкалах с 2 по 8.

Шкала «Здоровье» не учитывается при общей оценке и рассматривается как тренировочный компонент. Однако при необходимости можно анализировать данные этой шкалы 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). <sup>32</sup>

1. Вычисляется среднее значение самооценки у женщины, которое определяется медианной мерой каждого из показателей по всем анализируемым шкалам.

2. Вычисляется среднее значение самооценки у женщины. Для этого находится медианное значение каждого из показателей по всем анализируемым шкалам.

3. Для оценки степень дифференцированности самооценки женщины используется методика, в которой соединяются все крестики на бланке. Таким образом, получаются профили, которые отражают различия в оценке различных сторон личности и успешности деятельности женщины. Если требуется количественная оценка дифференцированности (например, при сравнении данных женщины с другими участниками), можно использовать значения между минимальным и максимальным показателями, однако это значение не является исчерпывающим. Важно учитывать, что чем выше степень дифференцированности, тем ниже среднее значение, поэтому это значение следует использовать как ориентировочное.

4. В особых случаях обращается внимание на ошибки в заполнении формы, такие как пропущенные шкалы, расстановка крестиков за границами шкалы (выше верхней или ниже нижней части), использование символов, не предусмотренных инструкцией, и другие подобные ошибки. При анализе второго этапа тестирования обращается внимание на следующие аспекты:

- уровень самопрезентации у женщины (количество использованных качеств);
- метод, используемый женщиной при выборе качеств (самостоятельный выбор или повторение выбранных качеств на первом этапе);
- преобладание конкретных категорий качеств (например, морально-этические, волевые, деловые, коммуникативные и так далее);
- выявление качеств, которые женщина оценивает наивысшим, средним или наименьшим образом.

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 более
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	более 16
Не принимают ЗГТ	0–9	10–19	Более 19

С учетом личностного развития, оптимальными результатами являются умеренные показатели среднего или высокого уровня дифференцированности. При этом данные из второй части тестирования комплементируют информацию, полученную в первой части, что позволяет получить более точную и качественную характеристику личности оцениваемой женщины.

При проведении качественного анализа материала необходимо обратить особое внимание на те редкие ответы, которые говорят о том, что уровень притязаний женщины значительно превышает ее самооценку. Эти ответы, известные как «Могу, но не хочу», отражают конфликтное отношение испытуемой к самой себе и указывают на проблемы в жизни, которые имеют особое значение для нее, но которые она не может решить, несмотря на свои притязания. Если женщина отвечает аналогичным

образом на большинство или все вопросы методики, это может свидетельствовать об серьезных нарушениях в ее отношениях с собой и в окружающей среде, которые, в конечном итоге, могут повлиять на формирование ее личности в целом.

Неполное заполнение отдельных шкал или их пропуски могут указывать на недостаточное внимание со стороны женщины или на предельно низкую самооценку при крайне высоких, часто скрытых, притязаниях. Отношение к такому состоянию сильно влияет на переживания испытуемой, которая может не хотеть раскрывать свои настоящие чувства.

Если человек часто исправляет и зачеркивает свои ответы, это может указывать на сложности в самооценке, связанные с неопределенностью или неустойчивостью. Некоторые женщины стремятся найти «правильный» ответ, хотя это не всегда возможно. Оставляя заметки со знаками вопроса, восклицаниями или непристойными рисунками на своих листах ответов, люди проявляют высокий уровень напряжения и тревоги, когда им необходимо оценить самих себя. В этом случае часто бывает сложно оценивать свои действия, потому что это связано с определенным уровнем страха перед неудачей. Желание понимать и оценивать себя сталкивается со страхом открыть свои слабости. В такой ситуации люди могут давать ответы, которые не соответствуют действительности. Большинство людей, которые сталкиваются с такой проблемой, являются женщинами в зрелом возрасте.

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

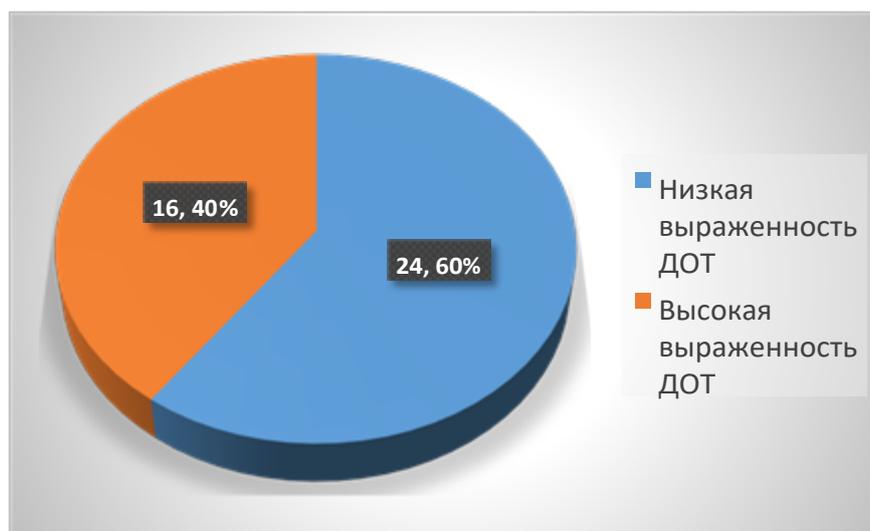


Рисунок 2. Количественные показатели выраженности дисфункционального образа тела

Путем проведения корреляционного анализа Пирсона удалось выявить интересные взаимосвязи между выраженностью дисфункционального образа тела и определенными семантическими характеристиками восприятия тела. Обнаружены значимые прямые корреляционные связи, которые выражаются через такие характеристики, как «тревожит», «смущает», «хочется скрыть» и «хочется изменить». Это говорит о том, что люди, участвующие в исследовании, очень преданны своему телу, чувствуют негативные эмоции и стараются избегать ситуаций, когда их тело может быть оценено со стороны других людей.

Проведенный корреляционный анализ Пирсона позволил обнаружить значительную взаимосвязь между дисфункциональным образом тела и негативными метакогнициями о руминациях самокритики. Это указывает на то, что испытуемые застряли в мыслях о дисфункции образа своего тела, и эти мысли самокритики могут оказываться опасными и мешать успешной адаптации в будущем.

Однако не было обнаружено связи между дисфункциональным образом тела и позитивными метакогнициями о руминациях самокритики, которые могут помочь не совершать ошибок в будущем.

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 p=,003	0,11 p=,484
Позитивный семантический образ тела (нравится, красивое)	-0,16 p=,317	0,01 p=,932

Проведенный корреляционный анализ Пирсона показал наличие статистически значимых связей между индивидуальными факторными весами и метакогнициями о руминациях самокритики. Конкретно, когда речь идет о негативном образе тела, который вызывает чувства неудовлетворенности, смущения, тревоги и желания его скрыть или изменить, у испытуемых наблюдались выраженные негативные метакогниции о руминациях самокритики.

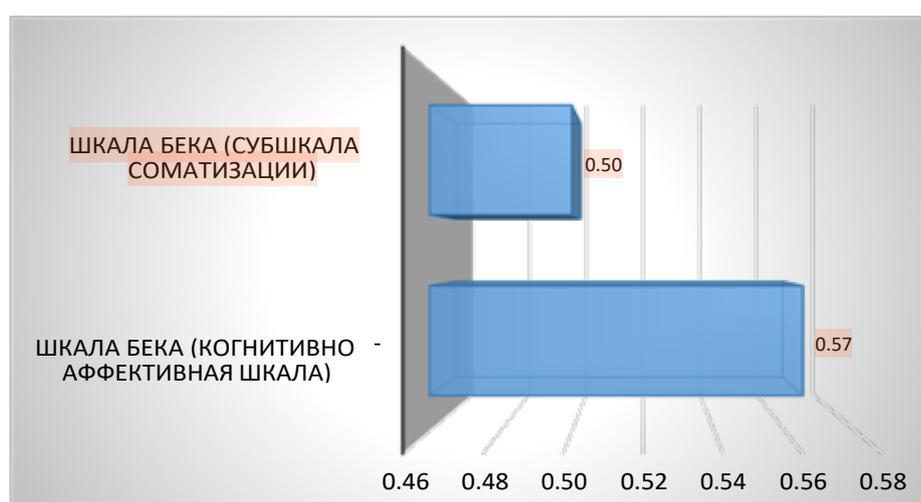


Рисунок 3. Корреляционный анализ параметров дисфункционального образа тела и депрессивной симптоматики

Вывод о том, что дисфункциональный образ тела связан не только с физическими проявлениями, но и с когнитивно-эмоциональными, может

быть сделан на основании пр проведенного исследования. Важно отметить, что когнитивно-эмоциональные проявления, возможно, имеют бóльшее значение, поскольку испытуемые уделяют больше внимания своим мыслям и чувствам, связанным с дисфункциональным образом тела, чем физическим симптомам.

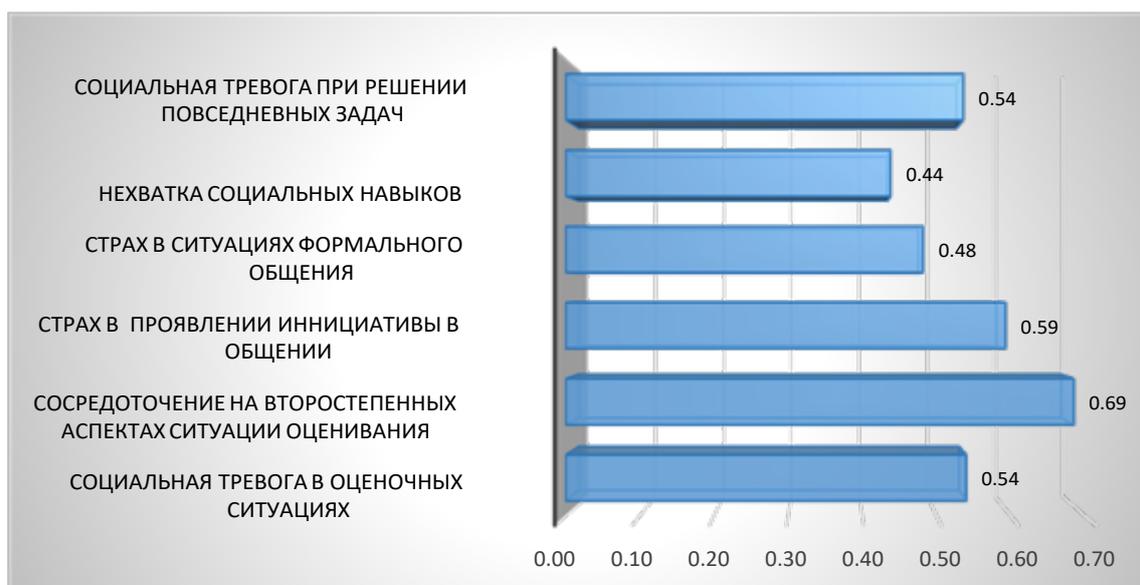


Рисунок 4. Корреляционный анализ параметров дисфункционального образа тела с социально-тревожными проявлениями

Корреляция между дисфункциональным образом тела и социальной тревожностью является значимой, что объясняется тем, что часто дисфункциональный образ тела формируется в контексте социального оценивания, вызывая в свою очередь тревожные мысли у людей.

Дисфункциональный образ тела и параметры жизнестойкости:  
корреляционный анализ.

		Жизнестойкость	Социально психологическая поддержка	Функциональная семья	Удов. жизнь
Дисфункциональный образ тела	Корреляция Пирсона	-,323*	-,323*	-,325*	-,364*
	Знач. (двухсторонняя)	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05

В результате проведенного исследования были обнаружены отрицательные значимые взаимосвязи между дисфункциональным образом тела и рядом параметров жизнестойкости, таких как социально-психологическая поддержка, функциональная семья и удовлетворенность жизнью. Люди с дисфункциональным образом тела испытывают снижение жизнестойкости и не считают окружающих людей важным источником психологической поддержки.

Анализ корреляции Пирсона показал, что некоторые параметры жизнестойкости, оцененные в опроснике «Антивитальность и жизнестойкость», имеют положительную связь с Ф1 и Ф2 факторами семантического образа тела. Исследование показало, что испытуемые, отмечающие своё тело как функциональное и соответствующее общественным идеалам красоты, имеют более высокие показатели жизнестойкости и оптимистические взгляды на будущее. Важно отметить, что эти результаты особенно сильны, если у испытуемых есть

функциональная семья, социальная и психологическая поддержка и общее гармоничное развитие.

Не было обнаружено значимой взаимосвязи между параметрами жизнестойкости и негативным семантическим образом тела, при котором его воспринимают как нечто, что нужно изменить или скрыть.

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 аллоцентрический тип (СТ)	Негативные метакогниции 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

Анализ корреляции показал, что высокая выраженность депрессивной симптоматики сильно связана с отрицательными метакогнитивами, которые касаются самокритических руминаций. Кроме того, эта связь указывает на вредность таких мыслительных процессов, поскольку люди считают, что такие мысли могут привести к негативным последствиям и следует избегать их. Это может оказывать деструктивное воздействие на психическое здоровье, поэтому необходима коррекция подобных мыслительных процессов.

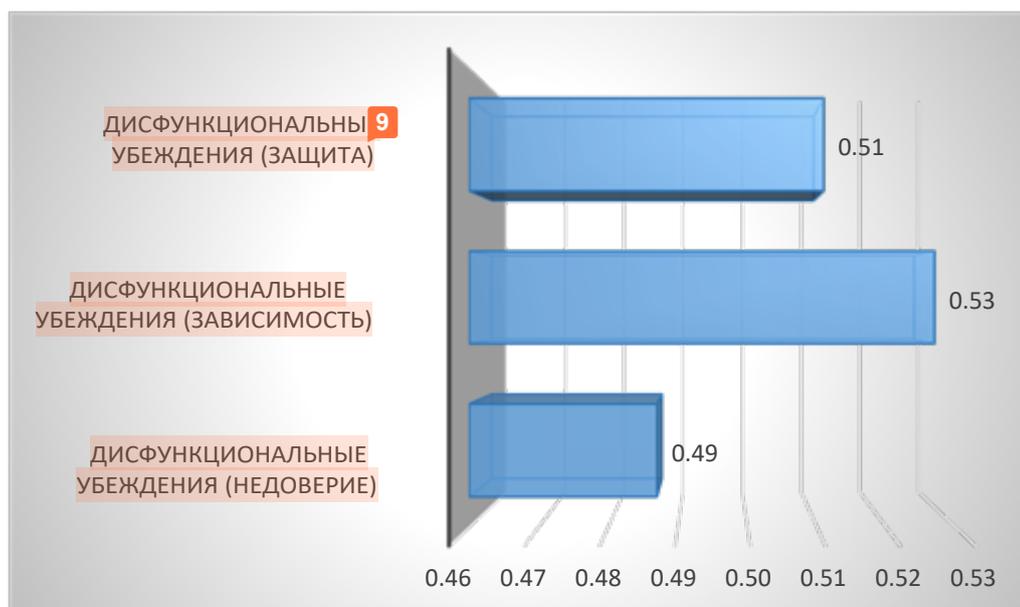


Рисунок 5. Корреляционный анализ параметров дисфункционального образа тела с дисфункциональными убеждениями.

Люди с дисфункциональным представлением о своем теле часто руководствуются дисфункциональными убеждениями, связанными с зависимостью. Это указывает на то, что они чувствуют себя неполноценными и слабыми, и требуют помощи и поддержки даже в ситуациях, которые не требуют такой помощи.

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 (стеня)	Корреляция Пирсона	,664**	,675**
	Знач. (двухсторонняя)	p<0,01	p<0,01

Люди с дисфункциональным представлением о своем теле чаще всего испытывают эгоцентрический тип социальной тревоги, вызванный страхом оценки окружающими. Они часто переживают уязвления, стыд и чувство вины.

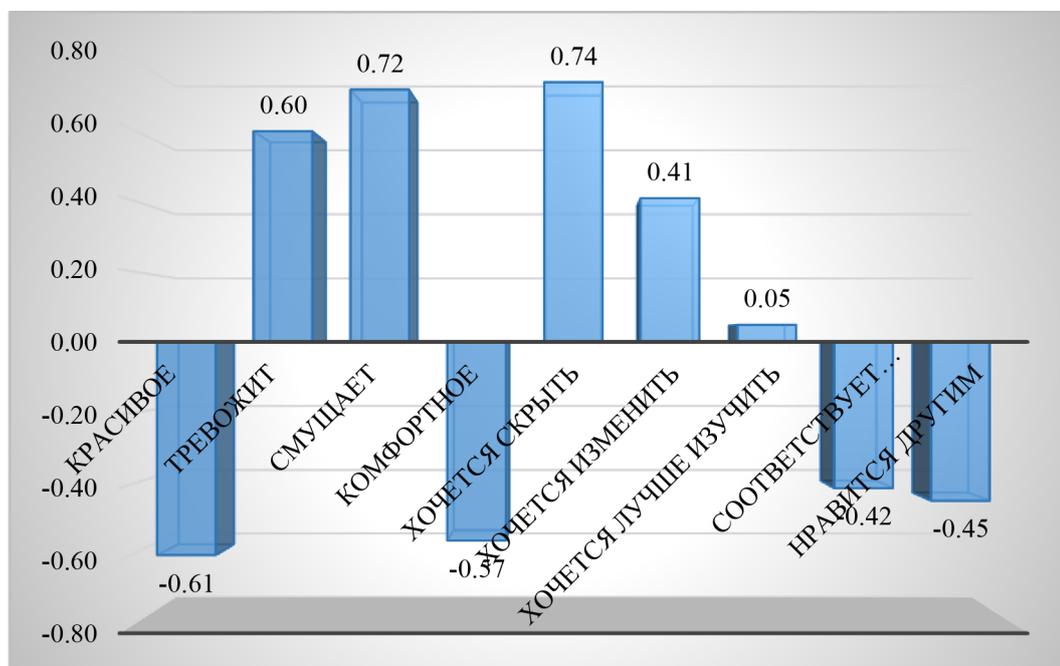


Рисунок 6. Корреляционный анализ параметров дисфункционального образа тела с семантическими характеристиками восприятия своего тела

Результаты исследования свидетельствуют о том, что дисфункциональное представление о своем теле связано с отрицательными семантическими характеристиками, включая отсутствие «красоты», «комфорта», «соответствия идеалу» и непонимание другими. Такой негативный образ тела мешает правильной оценке внешности и телосложения в целом, что указывает на необходимость изменения подхода в оценке собственного тела.

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 метакогниции 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

По результатам проведенного диагностического исследования было установлено, что у женщин в возрастной группе от 42 до 55 лет происходит усиление таких патологических проявлений, как нейровегетативные расстройства и психоэмоциональные проблемы, и это происходит в большей степени, чем у женщин в репродуктивном и постменопаузальном периодах. Это негативно сказывается на их повседневной и социальной активности, приводя к затруднениям в общении. Особенно важно отметить, что все участницы исследования подтвердили факт ухудшения качества жизни после переходного возраста, что требует принятия соответствующих мер для поддержки женщин в этом важном периоде их жизни.

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

В современном мире активный образ жизни стал для женщин нормой. Они умудряются достичь наивысшей точки своей карьеры, занимают важные служебные должности и наслаждаются уважением коллег. Женщины не готовы пожертвовать своим социальным статусом, особенно после 40 лет. Но возрастные изменения в организме могут вызвать неудобства и упадок самочувствия, что для них является большой бедой.

Большинство женщин переживают психологический стресс в этом периоде жизни, связанный с проблемами воспитания детей и заботой о стареющих родителях. Физиологически климакс - это естественный процесс в женском организме, который не должен вызывать серьезных проблем у здоровой женщины, как подтверждает теоретическая часть исследования. Однако у части женщин происходят вегетативно-сосудистые изменения, которые выражаются в болях в области сердца, мигрени, раздражительности, бессоннице, приливах и других симптомах.

Для смягчения проявлений климакса необходимо соблюдать режим, диету и повышать устойчивость к стрессовым воздействиям. Женщине необходимо получать полноценный сон, избегая раздражающих и возбуждающих веществ, а также алкогольных напитков. Кроме того, рекомендуется умеренная физическая нагрузка, прогулки на свежем воздухе и активное общение с окружающими. Если описанные меры недостаточны и женщина испытывает явные нарушения в своем здоровье, стоит обратиться к врачу. Назначение успокаивающих препаратов, лечебной гимнастики или теплых хвойных ванн перед сном часто оказывается достаточным для улучшения общего состояния.

Функциональные изменения, связанные с климаксом, могут продолжаться длительно и часто не остаются незамеченными. В некоторых случаях они настолько выражены, что напоминают патологические симптомы, что уже не говорит о климаксе, а о **климактерических расстройствах**. В таких случаях может потребоваться назначение гормональных препаратов и психотерапии. Приливы могут быть причиной нарушения сна, что в свою очередь приводит к усталости, апатии, раздражительности и даже депрессии. Нарушения ночного сна, потливость и приступы дрожи могут значительно ограничить повседневную жизнь 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:

1. Нельзя отождествлять менопаузу со старостью. В наше время возрастные рамки изменились. 40 лет, 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

25

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 психотерапевт.

8

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 Купцпермана;

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.

## **Вывод по главе 2**

В современном мире активный образ жизни стал для женщин нормой. Они умудряются достичь наивысшей точки своей карьеры, занимают важные служебные должности и наслаждаются уважением коллег. Женщины не готовы пожертвовать своим социальным статусом, особенно после 40 лет. Но возрастные изменения в организме могут вызвать неудобства и упадок самочувствия, что для них является большой бедой.

Большинство женщин переживают психологический стресс в этом периоде жизни, связанный с проблемами воспитания детей и заботой о стареющих родителях. Физиологически климакс - это естественный процесс в женском организме, который не должен вызывать серьезных проблем у здоровой женщины, как подтверждает теоретическая часть исследования. Однако у части женщин происходят вегетативно-сосудистые изменения, которые выражаются в болях в области сердца, мигрени, раздражительности, бессоннице, приливах и других симптомах.

Для методического обеспечения исследования были использованы 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).

По результатам проведенного диагностического исследования было установлено, что у женщин в возрастной группе от 42 до 55 лет происходит

усиление таких патологических проявлений, как нейровегетативные расстройства и психоэмоциональные проблемы, и это происходит в большей степени. Это негативно сказывается на их повседневной и социальной активности, приводя к затруднениям в общении. Особенно важно отметить, что все участницы исследования подтвердили факт ухудшения качества жизни после переходного возраста, что требует принятия соответствующих мер для поддержки женщин в этом важном периоде их жизни.

## 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 у женщин в возрастной группе от 42 до 55 лет происходит усиление таких патологических проявлений, как нейровегетативные расстройства и психоэмоциональные проблемы, и это происходит в большей степени, чем у женщин в репродуктивном и постменопаузальном периодах. Это негативно сказывается на их повседневной и социальной активности, приводя к затруднениям в общении. Особенно важно отметить, что все участницы исследования подтвердили факт ухудшения качества жизни после переходного возраста, что требует принятия соответствующих мер для поддержки женщин в этом важном периоде их жизни.

Предложенная программа психологической коррекции проблем эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы называется «Гармонизация эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы». Цель программы психологической коррекции: улучшение эмоциональной сферы и телесного восприятия женщин в период менопаузы. Задачами программы психологической коррекции является снизить степень проявления негативных психических состояний, способствовать формированию

адекватного телесного восприятия и способствовать улучшению социально-психологической адаптации.

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

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы // Практическое рук-во для врачей. – М.: Изд. «МЕДпресс-информ», 2006. – 491 с.
2. 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).
3. Балан В.Е. Эпидемиология климактерического синдрома/ В.Е. Балан // Акушерство и гинекология. – 1995. – № 3. – С. 5–9.
4. 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.
5. 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).
6. Березанская Н.Б., Нуркова В.В. Психология. – М.: Юрайт-Издат, 2003. – 576 с.
7. Биосоциальные особенности женщин // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2009. – № 12 (58). – С. 37-40.
8. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. / Под редакцией А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000.

9. Вихляева Е.М. Постменопаузальная терапия. – М.: Мед-пресс, 2008. – 447 с.
10. Воробьев П.А. Новые аспекты в проблеме качества жизни пожилого человека // Клиническая геронтология. – 1999. – № 2. – С. 3–8.
11. 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
12. 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.
13. 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.
14. Гудкова М.А. Современные принципы гормональной терапии больных с климактерическим синдромом // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 2. –С. 7–11.
15. Джебашвили, М.М. Значение личностных особенностей при климактерическом синдроме // Российский мед. журн. – 2001. – № 3. – С. 18-20.
16. 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.
17. Доброхотова Ю.Э. Менопаузальный синдром // Лечебное дело. – 2004. – № 1. – С. 3–8.
18. 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.

19. Жмакин К.Н. Гинекологическая эндокринология / К.Н. Жмакин, Е.М. Вихляева. – М.: Медицина, 1980.
20. Жмуров В.А. Психоорганический синдром // Психопатология. – М., 2002. – т. 2.
21. Зайдиева Я.З. Альтернативная терапия менопаузальных расстройств у женщин в климактерии. Русский медицинский журнал. 2017. – №12. – С. 873- 878.
22. Зайдиева Я.З. Гормонопрофилактика и коррекция системных нарушений у женщин в перименопаузе: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. – С. 14.
23. Зинина, А.И. Аффективные расстройства у женщин : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Зинина А.И. – Новосибирск, 1999. – 18 с.
24. Иллариошкин С.Н. Ранние (додементные) формы когнитивных расстройств // Consilium-medicum. – 2007. – Т.9, № 2. – С. 107–111.
25. Каменецкая Г.Я. Особенности депрессивных нарушений у женщин с индуцированной менопаузой / Г.Я. Каменецкая, С.В. Юренева // Климактерий. – 2003. – № 2. – С. 4–7.
26. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. – 2-е изд., исправл. и доп. – Томск: Сибирский издательский дом, 2001. – 130 с.
27. 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.
28. Кулаков В.И. Менопаузальный синдром / Т.Ж. Перегулова, Е.М. Вихляева. – М., 1996. – 64 с.
29. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл; 2009.
30. Менделевич В.Д. Психопатология климакса. – Казань, 1992. –

168 с.

31. Одарущенко О.И. Тест на эмоциональное благополучие 1.0. Хроники объединенного фонда электронных ресурсов Наука и образование. 2016. - № 3. – С. 5.

32. 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 С1, 18.03.20. Заявка №2019135325 от 05.11.19.

33. 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.

34. Одарущенко О.И., Шакула А.В. Оценка эмоционального благополучия в программах психологической реабилитации, практ. рук-во для психологов. М. 2019.

35. 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).

36. Перехов А.Я. Депрессия и сексуальные расстройства у женщин в естественной и хирургической менопаузе. Акушерство, Гинекология и Репродукция. 2009;4:6-10.

37. Плотников С.М. Нервно-психические расстройства климактерического генеза у женщин // Харьковский медицинский журнал. – 1997. – № 2. – С. 27–29.

38. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара : Летопись, 2010. –

458 с.

39. Савельева Г.М. Постменопауза. Физиология и патология / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко // Вестник Российской ассоциации акушерства и гинекологии. – 1998. – № 2. – С. 45–49.

40. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии : учеб. пособие / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.

41. 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).

42. Сметник В.П. Клиника и диагностика климактерических расстройств // Климактерий и постменопауза. – 1997. – № 1. – С. 5–8.

43. Сметник В.П. Руководство по климактерию / В.П. Сметник, В.И. Кулаков. – М.: МИА, 2001. – 685 с.

44. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. – М.: Берг, 2000. – 160 с.

45. Столярова У.В. Лечебная премедикация при операциях по поводу миомы матки в условиях климактерического синдрома: дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2008. – С. 68–80.

46. 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).

47. 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.

48. 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).

49. Beck A.T. Assessment of depression: the depression inventory / A.T. Beck, A. Beamesderfer // *Mod Probl Pharmacopsych.* – 1974. –Vol.7. – P. 151–169.

50. Bidzinska B., Mikulski E. et al. // *Gynecol. Endocrinol.* – 2000. – Vol.14, № 3. – P. 196–203.

51. C. Costanian, S. Zangiabadi, S. A. Bahous, R. Deonandan, and H. Tamim, “Reviewing the evidence on vasomotor symptoms: the role of traditional and non-traditional factors,” *Climacteric*, vol. 23, no. 3, pp. 213–223, May 2020, doi: 39 10.1080/13697137.2019.1711051.

52. 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.

53. 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.

54. E. W. Freeman, M. D. Sammel, and R. J. Sanders, “Risk of long-term hot flashes after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort,” *Menopause*, vol. 21, no. 9, pp. 924–932, Sep. 2019, doi: 10.1097/GME.000000000000196.

55. Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early

natural menopause / Gita D. Mishra, Nirmala Pandeya, Annette J. Dobson [et all.] // *Human Reproduction*. – 2022. – Vol. 32, is.3. – P. 679–686.

56. F. Palma, A. Volpe, P. Villa, and A. Cagnacci, “Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study,” *Maturitas*, vol. 83, pp. 40–44, Jan. 2020, doi: 10.1020/j.maturitas.2019.09.001.

57. G. A. Mel’Nichenko et al., “Russian federal clinical guidelines on the diagnostics, treatment, and prevention of osteoporosis,” *Probl. Endokrinol. (Mosk)*., vol. 63, no. 6, pp. 392–426, 2021, doi: 10.14341/probl2017636392-426.

58. Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for management / Stephanie S. Faubion, Carol L. Kuhle, Lynne T. Shuster and Walter A. Rocca // *Climacteric*. – 2021. – Vol. 18, is.4. – P. 483–491.

59. N. Santoro, C. N. Epperson, and S. B. Mathews, “Menopausal Symptoms and Their Management,” *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.*, vol. 44, no. 3, pp. 497–515, 2019, doi: 10.1016/j.ecl.2015.05.001.

60. R. J. Baber, N. Panay, and A. Fenton, “2020 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy,” *Climacteric*, vol. 19, no. 2, pp. 109–150, Mar. 2021, doi: 10.3109/13697137.2015.1129166.

61. The Influence of Climacteric Symptoms on Women’s Lives and Activities / Agnieszka Bien, Ewa Rzońca, Grażyna Iwanowicz-Palus and Małgorzata Pańczyk-Szeptuch // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2019. – Vol. 12, is. 4. – P. 3835–3846.

## 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 о взаимосвязи психического и соматического, а также о факторах, влияющих на развитие психосоматических заболеваний.	Представление знаний о различных механизмах возникновения заболеваний.	15 мин
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 кругу 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

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- услышите аромат вокруг, прислушайтесь к журчанию ручья</li> <li>- никого вокруг нет, только Вы</li> <li>- представьте, что времени не существует и Вам никуда не надо</li> <li>- вообразите, что к Вам подходит приятный человек и приглашает вас отправиться в путь</li> <li>- представьте его голос, внешность, одежду, которая на нем</li> <li>- постепенно представляйте, как садитесь с ним в лодку и уплываете</li> <li>- куда вы плывете?</li> <li>- вы когда-нибудь были в этом месте или это место из ваших воспоминаний?</li> <li>- вам никуда не надо и вас ничего не беспокоит, побудьте в это месте, а потом,</li> <li>- по мере готовности открывайте глаза.</li> </ul>		
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	Тайминг
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, способствующих социально - психологической адаптации.	30 мин

		нежелательных.		
4.	Упражнение «Известный человек»*	<p>Закройте глаза, почувствуйте собственное тело, прислушайтесь к собственным чувствам и эмоциям.</p> <p>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?</p> <p>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.</p>	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	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	Предоставление теоретической информации о мифах и фактах о менопаузе.	Информирование, 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*	<p>Закройте глаза, представьте, что вы сидите в пещере и вокруг Вас никого нет</p> <p>Горит огонь, освещающая рисунки на стене, сегодня Вам не нужно ни на охоту, ни на разведку.</p> <p>Снаружи доносятся звуки водопада и пение птиц.</p> <p>Все это смешивается с треском костра.</p> <p>Вы ложитесь на солому и абсолютно ни о чем не думаете.</p>	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 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.	Мышечное и психологическое расслабление.	15 мин
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

**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**

- 1 – Я не чувствую себя несчастным.
- 2 – Я чувствую себя несчастным.
- 3 – Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.
- 4 – Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.

**2**

- 1 – Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.
- 2 – Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.
- 3 – Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.
- 4 – Я чувствую, что будущее безнадежно и ничего не изменится к лучшему.

**3**

- 1 – Я не чувствую себя неудачником.
- 2 – Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.
- 3 – Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череды неудач.
- 4 – Я чувствую себя полным неудачником.

4

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

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

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

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

5

1 – Я не чувствую себя особенно виноватым.

2 – Довольно часто я чувствую себя виноватым.

3 – Почти всегда я чувствую себя виноватым.

4 – Я чувствую себя виноватым все время.

6

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

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

3 – Я ожидаю, что меня накажут.

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

7

1 – Я не испытываю разочарование в себе.

2 – Я разочарован в себе.

3 – Я внушаю себе отвращение.

4 – Я ненавижу себя. **8**

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

2 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.

3 – Я все время виню себя за свои ошибки.

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

9

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

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

3 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.

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

## 10

1 Я плачу не больше, чем обычно.

2 – Сейчас я плачу больше обычного.

3 – Я теперь все время плачу.

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

1 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно.

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

3 – Сейчас я все время раздражен.

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

## 12

1 – Я не потерял интереса к другим людям.

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

3 – Я почти утратил интерес к другим людям.

4 – Я потерял всякий интерес к другим людям.

## 13

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

2 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.

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

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

## 14

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

2 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным.

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

4 – Я уверен, что выгляжу безобразным.

## 15

1 – Я могу работать так же, как раньше.

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

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

4 – Я вообще не могу работать.

## 16

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

2 – Я сплю не так хорошо, как всегда.

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

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

1 – Я устаю не больше обычного.

2 – Я устаю легче обычного.

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

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

## 18

1 – Мой аппетит не хуже, чем обычно.

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

3 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже.

4 – Я вообще потерял аппетит.

## 19

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

2 – Я потерял в весе более 2 кг.

3 – Я потерял в весе более 4 кг.

4 – Я потерял в весе более 6 кг.

## 20

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

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

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

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

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

2 – Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.

3 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.

4 – 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	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

**Опросник образа собственного тела.**

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

Оцените каждое утверждение по четырехбалльной шкале:

- 1 – никогда
- 2 – иногда
- 3 – часто
- 4 – 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

### 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 (x) 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.