

УДК 159.937

Елена Ивановна Николаева¹,
доктор биологических наук, профессор,
Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена
(191186, Россия, г. Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, 48),
e-mail: klemtina@yandex.ru

Оксана Евгеньевна Ельникова,
кандидат психологических наук, зав. кафедрой психофизиологии
и педагогической психологии,
Елецкий государственный университет
(399770, Россия, г. Елец, ул. Коммунаров, 28),
e-mail: eln-oksana@yandex.ru

Специфика восприятия структуры сенсорного потока испытуемыми с различной группой здоровья

Целью исследования стало изучение эффективности анализа сенсорного потока, уровня интернальности и самооценки здоровья испытуемыми трёх групп здоровья: здоровых людей (первая группа, 15 чел.), людей, впервые переживших симптомы серьёзного заболевания (вторая группа, 23 чел.), и испытуемых, имеющих поставленный диагноз в отношении серьёзного хронического заболевания (третья группа, 30 чел.). Деление испытуемых на группы происходило на основании медицинских карт. Средний возраст испытуемых – $26,0 \pm 11,1$ лет. Были использованы методики: методика оценки качества жизни («SF-36 Health Status Survey»); опросник САН, симптоматический опросник SCL-90-R, опросник диагностики совладающего (копинг) поведения (Крюкова, 2001). Оценка параметров простой и сложной сенсомоторной реакции производилась с помощью оригинальной программы РеБОС. Особенностью программы является то, что в трёх сериях (тренировочной, простой и сложной сенсомоторных реакциях) потоки сигналов во второй половине задания повторяли потоки сигналов в первой. Испытуемым не сообщалось об этом, но в процессе выполнения задания они могли неосознанно, интуитивно отразить указанный принцип («обучаются»), что оказывало влияние на характер выполнения заданий во второй половине. Были проведены качественный, факторный и регрессионный анализ данных с помощью программы SPSS (21-я версия). Итогом исследования стало: здоровые испытуемые быстрее и качественнее «обучаются», лучше других выполняют простую и сложную сенсомоторную реакции. Однако они «догадываются» о том, что структура второй части сенсорного потока повторяет первую лишь в обучающей серии. Испытуемые, не имеющие диагноза, поставленного врачом, но уже пережившие те или иные симптомы хронического заболевания, имеют самый высокий уровень тревожности и самый низкий уровень настроения и самооценки здоровья, большая их часть не способна «предсказать» структуру потока сенсорного сигнала. Испытуемые с хроническим заболеванием имеют самые высокие значения общей интернальности и интернальности в сфере здоровья, самые высокие оценки настроения. Они делают больше ошибок и пропусков во всех типах сенсомоторных реакции. Но большинство этих испытуемых в сложной сенсомоторной реакции способны обнаружить повтор во второй части сенсорного потока первой части.

Ключевые слова: интернальность, самооценка здоровья, хроническое заболевание, оценка структуры сенсорного потока, простая и сложная сенсомоторные реакции

¹ Оба автора имеют равный вклад в работу. Данные были получены О. Е. Ельниковой, Е. И. Николаева участвовала в постановке задачи, обработке результатов и их обсуждении.

Elena I. Nikolaeva¹,
Doctor of Biology, Professor,
Herzen State Pedagogical University of Russia
(48 nab. reki Moiki, Saint Petersburg, 191186, Russia),
e-mail: klemtina@yandex.ru

Oksana E. El'nikova,
Candidate of Psychology, Head of the Department
of Psychophysiology and Educational Psychology,
Elets State University
(28 Kommunarov st., Elets, 399770, Russia),
e-mail: eln-oksana@yandex.ru

Specificity of Sensory Flow Structure Perception by the Subjects with Different Health Groups

The purpose of the research was to study the efficiency of sensory flow analysis, internality level and self-assessment of health by subjects of the third health groups: healthy people (first group, 15 people), the people who first experienced the symptoms of a serious illness (group 2, 23 subjects) and subjects with diagnosis regarding serious chronic diseases (group 3, 30 people). The division of subjects into groups was based on medical records. The average age of the subjects is of $26,0 \pm 11,1$ years. The following methods were used: methods of assessment of quality of life ("SF-36 Health Status Survey"); the questionnaire SAN, symptomatic questionnaire SCL-90-R, coping behaviour questionnaire (Kryukova, 2001). Estimation of parameters of simple and complex sensorimotor reaction was carried out using the original program Rebos. The specific feature of the program was that in three series (training, simple and complex sensorimotor reactions) the flows of signals during the second half of the tasks repeated streams of signals in the first. The subjects were not informed about it, but in the process of work they could unconsciously, intuitively reflect the principle ("study") that had an impact on the nature of the tasks in the second half. Quality, factor and regression analysis were conducted of the data using the program SPSS (21 version). The results of the research were: healthy subjects "are trained" faster and better perform other simple and complex sensorimotor reaction. However, they "guess" that the structure of the second part of the sensory stream only repeats the first in a training series. The subjects with no diagnosis made by a doctor, having survived these or other symptoms of chronic disease, have the highest level of anxiety and the lowest level of mood and self-rated health, most of them are not able "to predict" the structure of the flow sensor signal. The subjects with chronic diseases have the highest values of total internality and internality in the field of health, the highest scores of mood. They make more mistakes and omissions in all types of sensory-motor reactions. But most of these subjects in complex sensory-motor reaction were able to detect the repetition in the second part of the touch flow of the first part.

Keywords: internality, self-assessment of health, chronic disease, evaluation of the structure of the touch flow, simple and complex sensorimotor reaction

Введение. Большое число детей уже при рождении получают тот или иной диагноз, который позднее либо закрепляется, либо появляются новые [8]. Известно, что плохое здоровье является не только результатом генетических или физиологических особенностей организма, но и стиля жизни, отношения к здоровью [10; 18]. Именно во внутреннем отношении к здоровью или болезни, ментальной картине здоровья или болезни скрыт мощный потенциал изменений в сторону здорового образа жизни и поведения, способствующего выходу из болезни и улучшению качества жизни.

Ранее мы обнаружили, что у здоровых людей и у людей, страдающих хроническими заболеваниями, выявляется практически одинаковый набор типов отношения к болезни. И у тех, и у других преобладают анозогностический и эргопатический типы [3].

Анозогностический тип представляет собой активное нежелание думать о возможных болезненных последствиях своего поведения. Если же диагноз всё же ставится, то человек стремится рассматривать симптомы болезни как проявления несерьёзных временных изменений здоровья или случайных колебаний самочувствия. По-

¹ Both authors have equal contribution into the work. Data were obtained by O. E. El'nikova, E. I. Nikolaeva participated in the problem formulation, results processing and discussion.

следствием этого часто является отказ от лечения, что может привести к весьма негативным следствиям в будущем [4].

В связи с этим встаёт вопрос, насколько такое отношение является проявлением каких-то внешних условий (например, особенностей медицинского обслуживания в настоящее время) или каких-то личностных или физиологических особенностей, которые мешают человеку видеть, насколько он здоров или болен, и применять более адекватные модели поведения. От ответа на этот вопрос зависит как построение теоретической модели реакции человека на болезнь, так и действия консультирующего психолога.

Внутренняя картина болезни – ментальная модель, аккумулирующая весь комплекс знаний человека о своей болезни и отношения к ней [7], включающая сенсорный уровень, связанный с анализом сигналов, идущих от тела и направленных на тело, и интеллектуальный, обусловленный попыткой человека проанализировать своё состояние и принять то или иное решение [3].

Можно предположить, что отказ от серьёзного отношения к болезни, обусловленный внешними обстоятельствами, в частности трудностью получения квалифицированной медицинской помощи, может сопровождаться успешным анализом сенсорного потока и высокой способностью предсказывать его структуру. Тогда как подобный отказ, обусловленный изменением физиологических или личностных особенностей человека, может быть связан, напротив, с ухудшением анализа сенсорного потока и, возможно, даже этим и объясняться.

В зависимости от того, что явилось причиной отказа от рассмотрения болезни как угрозы жизни или потери социального статуса, будет отличаться и уровень ответственности человека как в общем за свою жизнь, так и за состояние своего здоровья.

Целью данного исследования стало изучение эффективности анализа сенсорного потока и уровня интернальности испытуемых трех групп здоровья: здоровых людей (первая группа здоровья), людей, впервые переживших симптомы серьёзного заболевания (вторая группа здоровья), и испытуемых, имеющих поставленный диагноз в отношении серьёзного хронического заболевания (третья группа здоровья).

Материалы и методы исследования. Предварительно, с согласия испытуемых, были изучены их медицинские карты, по результатам их анализа участники были разделены на три группы: первая группа – здоровые люди, у которых нет соответствующих записей в медицинских картах, а также, субъективных жалоб на здоровье, 15 чел.; вторая группа – испытуемые, впервые пережившие или ощутившие те или иные симптомы заболевания, которые оказались временными, и в медицинских картах отсутствует запись о наличии хронического заболевания, но есть те или иные жалобы, 23 чел.; третья группа – испытуемые с хроническими заболеваниями, наличие которых зафиксировано медицинскими работниками в медицинских картах, 30 чел. Средний возраст составил $26,0 \pm 11,1$ лет, значимых различий в возрасте между группами не было.

Мы понимаем, что данное деление испытуемых – относительно, т. к. существуют болезни, которые могут протекать некоторое время бессимптомно, а также есть факты спонтанного излечения от хронических заболеваний. Более того, мы понимаем, что весьма часто ежегодные медицинские осмотры проводятся весьма формально. Однако наличие статистической обработки, возможно, уменьшит ошибки, связанные с неточностью диагностики.

Были использованы следующие методики: методика оценки качества жизни («SF-36 Health Status Survey»). Опросник описывает общее благополучие и степень удовлетворённости аспектами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья. Он включает 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. В данной работе использовался только один показатель – общее состояние здоровья, т. е. самооценка состояния здоровья в настоящий момент [10].

Поскольку для описания отношения к здоровью принимаются опросники, где испытуемый сам оценивает своё состояние, было использовано несколько подобных опросников, чтобы, опираясь на согласованность ответов по разным методикам, в большей мере доверять полученным результатам.

В связи с этим был применён опросник САН [5]. Он предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (название составлено по первым буквам этих функциональных состояний). Испытуемых просят соотнести своё состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Шкала отражает подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение).

Симптоматический опросник SCL-90-R [1] включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал. В статье представлены результаты шкалы «Тревожность», по которой были выявлены отличия между группами.

Кроме того, были описаны копинг-стратегии в стрессовых ситуациях (С. Норман, Д. Эндлер, Д. Джеймс, М. Паркер, адаптированный Т. А. Крюковой [6]). Методика описывает доминирующие стратегии преодоления в стрессовых ситуациях. В данном варианте теста описываются: копинг, ориентированный на решение проблемной ситуации; копинг, ориентированный на эмоции; копинг, связанный со стратегией избегания.

Далее мы оценивали параметры как простой, так и сложной сенсомоторной реакции [2]. В рамках простой сенсомоторной реакции испытуемые максимально быстро должны были нажать на клавишу «пробел» при каждом появлении круга того или иного цвета. При выполнении сложной сенсомоторной реакции испытуемый должен был не нажимать на клавишу при предъявлении кругов определённого цвета, продолжая нажимать клавишу при предъявлении круга другого цвета (дифференцировочная реакция, оценивающая характер тормозных процессов в центральной нервной системе). Сигналы подавались во фрактальной последовательности.

Рефлексометрические измерения проводились и обрабатывались по методике РеБОС [2]. В тренировочной, простой и заключительной (сложной сенсомоторной реакции) сериях потоки сигналов во второй половине задания повторяли потоки сигналов первой серии. Испытуемым информации об этом не давалось, но они могли указанный принцип понять либо не «улавливали» его.

Результатом рефлексометрии является сравнение нелинейных показателей:

1) индекса Херста H_u по времени между появлениями стимулов на экране (на разных компьютерах с Windows различных версий появление стимулов на экране происходит с точностью ± 15 мс от заданного, поэтому измерение времени фактического появления стимулов входит в процедуры простой и сложной сенсомоторной реакции);

2) индекса Херста H_x по отметкам времени нажатия испытуемым на клавишу «пробел». Анализ полученных в ходе регистрации сенсомоторной реакции испытуемых данных производился по следующим параметрам:

– пропуски стимула (при предъявлении круга испытуемый не нажимает на клавишу «пробел»);

– ошибки (испытуемый нарушает инструкцию в сложной сенсомоторной реакции, нажимая на запрещённый стимул).

В каждой половине серии оценивался параметр Δ как результат вычитания H_x от H_u , взятый по модулю. Этот параметр показывает, насколько действия испытуемого по времени отклоняются от реального времени подачи стимулов.

Поскольку каждая серия состояла из двух повторяющихся потоков сигналов, возникла возможность оценить способность человека неосознанно заметить эту закономерность и предвидеть появление следующего стимула, что обнаруживалось по снижению числа пропусков сигналов и ошибок во второй части задания. Эту способность «предвидеть» можно было оценить, сравнивая величины Δ_1 первой половины серии и Δ_2 второй половины серии. Результатом сравнения стал параметр Ω , оценивающий разницу между Δ_1 и Δ_2 . Если величина Δ_2 была меньше Δ_1 , значит, человек смог неосознанно обнаружить тот факт, что вторая половина серии являлась полным повторением первой, а потому более точно воспроизводил фрактальную последовательность появления стимулов во второй части серии, чем в первой.

Результаты исследования и их обсуждение. Чтобы выяснить структуру взаимосвязей изучаемых факторов, предварительно был проведён факторный анализ методом главных компонент (КМО = 0,569; 72,1 % объяснённой дисперсии). Факторный анализ имел 5-факторное решение (табл. 1).

Таблица 1
Повёрнутая матрица компонентов*

Параметры	Компонент				
	1	2	3	4	5
Общий уровень интернальности	,897	,065	-,036	-,206	-,023
Уровень интернальности в сфере здоровья	,875	,160	,069	-,146	-,045
Копинг решение задач	,565	,051	-,417	,373	-,045
Настроение	,211	,790	,011	,052	,043
Тревожность	-,120	-,669	,347	,421	-,014
Общий показатель здоровья	,154	,067	-,843	,071	,002
Группа здоровья	,375	,421	,618	,183	-,237
Копинг, ориентированный на эмоции	,083	-,429	,589	,247	,315
Копинг, ориентированный на избегание	-,021	-,134	,008	,719	,186
Ω три	-,284	,125	,044	,706	-,294
Ω один	-,008	-,029	-,030	-,033	,874
Ω два	-,192	,511	,123	,093	,576

* *Примечание.* Метод выделения факторов: метод главных компонент; метод вращения: варимакс с нормализацией Кайзера; вращение сошлось за 14 итераций.

Факторный анализ позволил увидеть общую структуру взаимосвязи изучаемых параметров. В первый фактор вошли показатели интернальности и копинг-стратегия «решение задач», что вполне предсказуемо, поскольку эти показатели отражают общую стратегию личности брать ответственность на себя. Второй фактор включает ту же копинг-стратегию «решение задач» (практически с тем же весом, что и в первом факторе), копинг, ориентированный на эмоции (с обратным знаком), настроение и тревожность с обратным знаком. Следовательно, хорошее настроение на данный момент связано с низким уровнем тревожности, копинг стратегией «решение задач» и с низким уровнем копинга, ориентированного на эмоции. Кроме того, настроение лучше всего отмечалось у испытуемых третьей группы. В третий фактор вошёл параметр «группа здоровья» и, с обратным знаком, самооценка здоровья, оба копинга. Чем выше номер группы (чем хуже здоровье), тем хуже его оценивает сам испытуемый, тем больше вероятность решения проблем эмоциональным способом. Наконец,

копинг, ориентированный на избегание, связан с точным предсказанием структуры потока сигналов в сложной сенсомоторной реакции. Предсказание структуры потока в тренировочной серии и в простой сенсомоторной реакции не связано с исследуемыми показателями.

Был проведён линейный регрессионный анализ (табл. 2) для дальнейшего анализа связи между параметрами.

Таблица 2
Параметры регрессионного анализа, характеризующие влияние на зависимую переменную «группа здоровья» независимых переменных

Независимая переменная	R^2	β	P
Самооценка здоровья	0,095	-0,308	0,011
Настроение	0,089	0,298	0,013
Уровень общей интернальности	0,066	0,257	0,034
Уровень интернальности в сфере здоровья	0,118	0,344	0,004
Число пропусков в первой части простой сенсомоторной реакции	0,096	0,309	0,010
Число пропусков во второй части простой сенсомоторной реакции	0,073	0,270	0,026
Время реакции в простой сенсомоторной реакции	0,064	0,254	0,044
Число пропусков в первой половине простой сенсомоторной реакции	0,058	0,240	0,049
Время реакции во второй половине простой сенсомоторной реакции	0,131	0,362	0,002
Время реакции в первой части сложной сенсомоторной реакции	0,066	0,257	0,034

Оказалось, что на зависимую переменную «группа здоровья» влияет независимая переменная «самооценка здоровья» (при $R^2 = 0,095$, $\beta = -0,308$, $P = 0,011$), т. е. самооценка здоровья тем выше, чем ниже группа здоровья, что вполне оправдано, поскольку наилучшее здоровье объективно есть в первой группе, а худшее – в третьей. Следовательно, есть соответствие между здоровьем, оценённым с помощью медицинских карт, и самооценкой. Поскольку мы используем линейный анализ, то в данном случае R^2 свидетельствует о том, что 9,5 % дисперсии зависимой переменной объясняется изменением независимой переменной.

Однако «настроение» связано с группой здоровья прямо, т. е. лучшее настроение определяется у представителей третьей группы ($R^2 = 0,089$, $\beta = 0,298$, $P = 0,013$), что ранее было выявлено с помощью факторного анализа.

Оказалось, что практически все показатели интернальности связаны с группой здоровья. Прямо влияет на неё независимая переменная «уровень общей интернальности» ($R^2 = 0,066$, $\beta = 0,257$, $P = 0,034$) и «уровень интернальности в сфере здоровья» ($R^2 = 0,118$, $\beta = 0,344$, $P = 0,004$). В последнем случае практически 12 % дисперсии зависимой переменной объясняется изменением независимой переменной. Чем выше группа здоровья, тем большую ответственность принимает на себя испытуемый как вообще в жизни, так и в сфере здоровья.

Несколько показателей времени простой и сложной сенсомоторной реакции связаны с группой здоровья. Время реакции

тем больше, чем больше группа здоровья. Но и улучшение показателей во второй части реакции, свидетельствующее об «обучении» и «понимании» того, что вторая часть повторяет первую, также связано с третьей группой здоровья.

Мы назвали показатель, оценивающий способность человека «догадаться», что вторая часть предъявляемого потока сигналов повторяет первую – «неслучайность нажатий». Показано, что на зависимую переменную «неслучайность нажатий в сложной сенсомоторной реакции» оказывает влияние независимая переменная «уровень общей интернальности» ($R^2 = 0,098$, $\beta = 0,314$, $P = 0,009$) и копинг, ориентированный на избегание ($R^2 = 0,065$, $\beta = 0,255$, $P = 0,036$). Качественный анализ согласуется с результатами предыдущих анализов. В табл. 3 представлены только те показатели, для которых были получены значимые различия между группами.

Таблица 3

Психологические показатели испытуемых трёх групп (среднее и стандартное отклонение, баллы)

Группы здоровья	Показатели					
	интернальность в сфере здоровья	уровень общей интернальности	эмоциональный копинг	тревожность	самооценка здоровья	настроение
1	5,0 ± 1,2	24,9 ± 5,5	38,6 ± 10,1	0,55 ± 0,63	87,1 ± 84	4,9 ± 1,3
2	5,2 ± 1,3	23,3 ± 5,5	42,8 ± 11,8	1,01 ± 0,71*	65,6 ± 11,5*	4,7 ± 1,3
3	6,1 ± 1,3*	27,8 ± 4,9*	46,8 ± 8,1*	0,60 ± 0,44	69,9 ± 8,2	5,6 ± 0,6

Примечание. * – отличия данных соответствующей группы от данных первой группы с уровнем значимости $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$ (критерий Вилкоксона).

Согласно данным табл. 3, наиболее высокие показатели интернальности выявлены в третьей группе – у испытуемых, которые также имеют самые высокие уровни эмоцио-

нального копинга и настроения. Испытуемые второй группы ставят себе самые низкие показатели здоровья; у них обнаруживается самый высокий уровень тревожности.

Таблица 4

Показатели простой сенсомоторной реакции в тренировочной серии

Группы	Обучающая серия		
	пропуски в первой части	пропуски во второй части	неслучайность нажатия
1	0,7 ± 0,8	0,5 ± 0,6	0,67 ± 0,44
2	1,9 ± 3,2*	1,7 ± 2,9*	0,48 ± 0,51
3	3,2 ± 3,7**	2,9 ± 4,3**	0,40 ± 0,50*

Примечание. Обозначения как в табл. 3.

В обучающей серии меньше всего пропусков сделали здоровые испытуемые, среди них больше и тех, кто интуитивно «догадался» о том, что вторая часть пото-

ка предъявляемых сигналов соответствует первой. Испытуемые и 2-й, и 3-й групп сделали значительно больше ошибок по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Показатели простой и сложной сенсомоторной реакции испытуемых трёх групп (среднее и стандартное отклонение)

Группы	Простая сенсомоторная реакция			Сложная сенсомоторная реакция				
	пропуски в 1-й части (число)	пропуски во 2-й части (число)	неслучайность нажатия	пропуски в 1-й части (число)	пропуски во 2-й части (число)	неслучайность нажатия	ошибки в 1-й части (число)	ошибки во 2-й части (число)
1	0,2 ± 0,4	1,0 ± 1,1	0,47 ± 0,51	2,3 ± 2,1	0,9 ± 0,9	0,60 ± 0,51	7,3 ± 2,8	5,8 ± 1,9
2	1,1 ± 1,3**	1,4 ± 2,2	0,65 ± 0,49	3,2 ± 3,3*	3,6 ± 1, 4**	0,61 ± 0,50	7,0 ± 2,8	4,8 ± 3,0
3	1,9 ± 2,7**	2,3 ± 2,9**	0,63 ± 0,49	3,6 ± 3,4*	1,6 ± 2,3	0,73 ± 0,45*	6,8 ± 4,1	5,8 ± 3,8

Примечание. * – отличия данных соответствующей группы от данных первой группы с уровнем значимости $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$ (критерий Вилкоксона).

Показав очень хорошие результаты работы в обучающей серии исследования, в дальнейшем здоровые испытуемые, судя по всему, утратили интерес к нему и выполнили задание второй и третьей серий хуже по сравнению со своими результатами в обучающей серии. В отличие от них, испытуемые третьей группы, явно хуже работавшие в обучающей серии, хорошо справились со сложной дифференцировочной задачей и именно в ней «увидели» наличие повтора структуры сенсорного потока во второй части.

Регрессионный анализ также показал, что на зависимую переменную «неслучайность нажатий в обучающей серии» оказывает влияние независимая переменная «самооценка здоровья» ($R^2 = 0,402$, $\beta = 0,634$, $P = 0,011$). Чем выше самооценка здоровья, тем больше вероятность, что испытуемый неслучайно нажимает на клавишу «пробел» в обучающей серии, он «догадался» о том, что в подаваемом потоке сигналов есть повтор.

Показано, что на зависимую переменную «неслучайность нажатий в обучающей серии» оказывает влияние независимая переменная «настроение», самооценка здоровья ($R^2 = 0,817$, $\beta = 0,667$, $P = 0,000$). Таким образом, чем выше вероятность того, что человек может «предсказывать» поток сигналов, тем лучше его настроение и качественное здоровье, согласно самооценке.

Способность «предсказывать» поток сигналов в простой сенсомоторной реакции не была связана ни с одним из изучаемых параметров.

Показано, что на зависимую переменную «неслучайность нажатий в сложной сенсомоторной реакции» оказывает влияние независимая переменная «тревожность» ($R^2 = 0,065$, $\beta = 0,251$, $P = 0,039$),

копинг, ориентированный на избегание ($R^2 = 0,063$, $\beta = 0,251$, $P = 0,036$), уровень общей интернальности ($R^2 = 0,098$, $\beta = -0,314$, $P = 0,009$). Это ещё раз доказывает, что именно испытуемые с третьей группой здоровья, обнаружившие высокие значения этих характеристик, лучше всего «догадываются» о том, что структура потока сигналов в третьей серии повторяется.

Итак, анализ данных свидетельствует о том, что адаптация к хроническому заболеванию предполагает, с одной стороны, повышение чувствительности к сенсорному потоку, судя по всему не только поступающей извне информации, но и подобному же потоку информации, идущему от организма. Человек принимает на себя ответственность за своё состояние здоровье. С другой стороны, его негативный опыт встречи с реальной системой здравоохранения ведёт к повышению уровня эмоционального копинга и созданию системы защиты от наличия у него серьёзного хронического заболевания, т. е. человек с описанными характеристиками направляет свою активность на те сферы жизни, в которых чувствует большую компетентность.

Мы изучали людей, имеющих хроническое заболевание, но при этом активно работающих, сохраняющих свой социальный статус, активно реализующихся в профессии. Это в полной мере соответствует адаптации к болезни [9], с одной стороны, и полной незащищённости от неё – с другой. У них есть стратегия реализоваться в жизни, но отсутствует стратегия справиться с болезнью с помощью имеющейся системы здравоохранения, что неминуемо скажется на их здоровье позднее. Это важные данные, которые должны знать психологи, консультирующие хронических больных.

Человек, впервые переживший симптомы хронического заболевания, реагирует на новое знание повышенной тревожностью, прислушивается к своим симптомам, хотя, возможно, именно тревожность не позволяет ему почувствовать структуру потока сигналов, исходящих в т. ч. и от собственного организма, что ведёт к мнительности и ипохондрическим проявлениям. Таким образом, проведённое исследование позволяет прийти к следующим выводам:

1. Здоровые испытуемые быстрее и качественнее «обучаются» участию в исследовании и качественнее других выполняют задания (простую и сложную сенсомоторную реакции). Однако они улавливают принцип повторения – «догадываются» о том, что структура второй части сенсорного потока по-

вторяет первую – только в обучающей серии.

2. Испытуемые, не имеющие диагноза, поставленного врачом, но уже пережившие те или иные симптомы хронического заболевания, имеют самый высокий уровень тревожности, самый низкий уровень настроения и самооценки здоровья. Большая их часть не способна предсказать структуру потока сенсорного сигнала.

3. Испытуемые, страдающие хроническим заболеванием, имеют самые высокие значения общей интернальности общей и интернальности в сфере здоровья, самые высокие оценки настроения. Они делают больше ошибок и пропусков во всех типах реакций. Но большая их часть в сложной сенсомоторной реакции может выявить повторение в сенсорном потоке.

Список литературы

1. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002. 440 с.
2. Вергунов Е. Г., Николаева Е. И. Оценка психофизиологической стоимости креативности в междисциплинарных исследованиях // Вестн. психофизиологии. 2014. № 1. С. 74-82.
3. Ельникова О. Е. Особенности внутренней картины болезни у представителей разных групп здоровья [Электронный ресурс] // Совр. проблемы науки и образования. 2014. № 5. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/119-14678> (дата обращения: 20.02.2016).
4. Ельникова О. Е. Отношение к болезни представителей разных групп здоровья // Вестн. психофизиологии. 2014. № 2. С. 24-26.
5. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2007. С. 36–38.
6. Крюкова Т. А. О методологии исследования и адаптации опросника диагностики совладающего (копинг) поведения // Психология и практика: сб. науч. тр. Вып. 1 / отв. ред. В. А. Соловьева. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2001. С. 70-82.
7. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и язвенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 112 с.
8. Меренкова В. С., Николаева Е. И. Влияние анамнеза матери на здоровье детей первого года и второго года жизни // Психология образования в поликультурном пространстве. 2010. Т. 3, № 3. С. 53–60.
9. Николаева Е. И. Эволюционные основания психологии здоровья [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. Т. 1 (30). Режим доступа: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2015_1_30/nomer02.php (дата обращения: 20.02.2016).
10. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2007. 320 с.
11. Отева Э. А., Николаева Е. И., Николаева А. А., Сартакова В. Н., Парм Ю. Н. Оценка состояния здоровья беременных в Новосибирском научном центре: соматические и психологические аспекты // Акушерство и гинекология. 1994. № 3. С. 25–27.
12. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / под ред. Д. Я. Райгородского. Самара: Бахрах-М, 2001. 672 с.
13. Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. 33 с.
14. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
15. Fries J. F. The compression of morbidity // Milbank Q. 2005. V. 83 (4). P. 897–907.
16. McKinlay J. B., McKinlay S. M. The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century // Milbank Q. 1977. V. 55, № 3. P. 405–428.
17. Miller G., Chen E., Cole S. W. Health Psychology: Developing Biologically Plausible Models Linking the Social World and Physical Health // Annu. Rev. Psychol. 2009. V. 60. P. 501–524.
18. Nikolaeva E. I., Oteva E. A., Leutin V. P., Maslennikov A. B., Osipova L. P., Nikolaeva A. A. Relationships between left hemisphere predominance and disturbances of lipid metabolism in different ethnic groups // International Journal of Cardiology. 1995. V. 52. № 3. P. 207-211.
19. Stanton A. L., Revenson T. A., Tennen H. Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease // Annu. Rev. Psychol. 2007. V. 58. P. 565–592.

References

1. Belova A. N. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii. M.: Antidor, 2002. 440 s.
2. Vergunov E. G., Nikolaeva E. I. Otsenka psikhofiziologicheskoi stoimosti kreativnosti v mezhdistsiplinarnykh issledovaniyakh // Vestn. psikhofiziologii. 2014. № 1. S. 74-82.
3. El'nikova O. E. Osobennosti vnutrennei kartiny bolezni u predstavitelei raznykh grupp zdorov'ya [Elektronnyi resurs] // Sovr. problemy nauki i obrazovaniya. 2014. № 5. Rezhim dostupa: <http://www.science-education.ru/119-14678> (data obrashcheniya: 20.02.2016).
4. El'nikova O. E. Otnoshenie k bolezni predstavitelei raznykh grupp zdorov'ya // Vestn. psikhofiziologii. 2014. № 2. S. 24-26.
5. Karelin A. Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov. M.: Eksmo, 2007. S. 36-38.
6. Kryukova T. A. O metodologii issledovaniya i adaptatsii oprosnika diagnostiki sovladayushchego (koping) povedeniya // Psikhologiya i praktika: sb. nauch. tr. Vyp. 1 / otv. red. V. A. Solov'eva. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, 2001. S. 70-82.
7. Luriya R. A. Vnutrennyaya kartina boleznei i yatrogennye zabolevaniya. M.: Meditsina, 1977. 112 s.
8. Merenkova V. S., Nikolaeva E. I. Vliyaniye anamneza materi na zdorov'e detei pervogo goda i vtorogo goda zhizni // Psikhologiya obrazovaniya v polikul'turnom prostranstve. 2010. T. 3, № 3. S. 53-60.
9. Nikolaeva E. I. Evolyutsionnye osnovaniya psikhologii zdorov'ya [Elektronnyi resurs] // Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. 2015. T. 1 (30). Rezhim dostupa: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2015_1_30/num02.php (data obrashcheniya: 20.02.2016).
10. Novik A. A., Ionova T. I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine. 2-e izd. M.: OLMA-PRESS, 2007. 320 s.
11. Oteva E. A., Nikolaeva E. I., Nikolaeva A. A., Sartakova V. N., Parm Yu. N. Otsenka sostoyaniya zdorov'ya beremennykh v Novosibirskom nauchnom tsentre: somaticheskie i psikhologicheskie aspekty // Akusherstvo i ginekologiya. 1994. № 3. S. 25-27.
12. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy / pod red. D. Ya. Raigorodskogo. Samara: Bakhrakh-M, 2001. 672 s.
13. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. SPb.: Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. V. M. Bekhtereva, 2005. 33 s.
14. Tarabrina N. V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. SPb: Piter, 2001. 272 s.
15. Fries J. F. The compression of morbidity // Milbank Q. 2005. V. 83 (4). P. 897-907.
16. McKinlay J. B., McKinlay S. M. The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century // Milbank Q. 1977. V. 55, № 3. P. 405-428.
17. Miller G., Chen E., Cole S. W. Health Psychology: Developing Biologically Plausible Models Linking the Social World and Physical Health // Annu. Rev. Psychol. 2009. V. 60. P. 501-524.
18. Nikolaeva E. I., Oteva E. A., Leutin V. P., Maslennikov A. B., Osipova L. P., Nikolaeva A. A. Relationships between left hemisphere predominance and disturbances of lipid metabolism in different ethnic groups // International Journal of Cardiology. 1995. V. 52. № 3. P. 207-211.
19. Stanton A. L., Revenson T. A., Tennen H. Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease // Annu. Rev. Psychol. 2007. V. 58. P. 565-592.

Библиографическое описание статьи

Николаева Е. И., Ельникова О. Е. Специфика восприятия структуры сенсорного потока испытуемыми с различной группой здоровья // Ученые записки ЗабГУ. Сер. Педагогика. Психология. Т. 11, № 2. С. 154-162.

Reference to the article

Nikolaeva E. I., El'nikova O. E. Specificity of Sensory Flow Structure Perception by the Subjects with Different Health Groups // Scholarly Notes of Transbaikal State University. Series Pedagogy. Psychology. 2016. Vol. 11, No. 2. PP. 154-162.

Статья поступила в редакцию 14.03.2016