

Вероятно, зафиксированные особенности коммуникативных свойств во многом связаны с выявленными особенностями городской культуры (например стремление к доминированию и независимости, являющееся главной особенностью коммуникативных свойств личности городских старшеклассников возникает в результате преобладания ценностей индивидуализации и необходимостью самоопределения в культуре).

Таким образом, коммуникативные свойства старшеклассников, проживающих в поселениях различного уровня урбанизированности, имеют статистически достоверные различия. На наш взгляд, городская среда оказывает влияние на систему коммуникативных свойств личности посредством специфической городской культуры, в качестве основной характеристики которой мы предлагаем рассматривать большую выраженность индивидуализма.

Литература

1. Абакирова, Т. П. Социально-психологические факторы формирования коммуникативных свойств личности [Текст]: автореф. дис. ... канд.

психол. наук / Т. П. Абакирова. – Новосибирск, 2000. – 23 с.

2. Андреева, Г. М. Психология социального познания [Текст]: учеб. пособие для студентов вузов / Г. М. Андреева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 288 с.
3. Коул, М. Культурно-историческая психология: наука будущего [Текст] / пер. с англ. Ю. И. Турчаниновой, Э. Н. Гусинского; науч. ред. Н. Н. Корж; ред. О. В. Квасова. – М.: Когито-Центр, издат-во ин-та психологии РАН, 1997. – 432 с.
4. Лисина, М. И. Проблемы онтогенеза общения [Текст] / М. И. Лисина; Науч.-исслед. ин-т общей и пед. психологии; Академия пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.
5. Мерлин, В. С. Психология индивидуальности [Текст] / под ред. Е. А. Климова. – М.: Издательство института практической психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 448 с.
6. Психология. Словарь [Текст] / сост. Л. А. Карпенко; под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.

УДК 616+159.94

Е. Ю. Брель

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АЛЕКСИТИМИИ

Актуальность исследования алекситимии, начиная с разработки самого понятия, причин ее формирования и последующего влияния на развитие и течение различных психосоматических заболеваний, обусловлена стремлением ученых-исследователей (медиков, психологов и психотерапевтов) обнаружить некий специфический механизм, провоцирующий нарушение психического и, как следствие, соматического здоровья человека. В результате, концепция алекситимии, предложенная J. C. Nemiah и P. E. Sifneos (1970, 1973) заняла прочное место среди фундаментальных теоретических моделей возникновения психосоматических заболеваний.

Большинство исследователей алекситимии отмечали специфичность психологического статуса у индивидов с высокой степенью выраженности данной характеристики. Специфичность выражалась в неспособности к эмоциональному резонансу, сниженных способностях к рефлексии, неумению идентифицировать собственные чувства и отделять их от физиологических ощущений. Кроме того, отмечали особый «механистический» стиль мышления алекситимических индивидов, сложности в вербализации собственного эмоционального состояния и идентификации эмоционального состояния партнера по общению. Важно, что алекситимики проявляли склонность к непродолжительным аффектам при невозможности адекватной оценки такого поведения.

На основе описанных особенностей психологического статуса алекситимических индивидов авто-

ры рассматриваемой теории предположили, что данные характеристики, объединенные термином «алекситимия», способствуют приобретению и развитию какого-либо соматического заболевания.

В настоящее время внимание исследователей, в основном медиков, привлекает алекситимический радикал в структуре личности как один из возможных психосоматических факторов риска развития психосоматических заболеваний. Разрабатывают методики определения уровня алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями, а также психотерапевтические методы, направленные на снижение алекситимии путем преодоления определяющих ее личностных черт.

Современные исследования алекситимии направлены на ее изучение как фактора развития психосоматических расстройств. При этом следует заметить, что алекситимию чаще изучают как личностную характеристику пациентов с уже выраженным соматическим заболеванием: ишемической болезнью сердца (Т. И. Грекова и соавт., 1997; В. М. Провоторов и соавт., 2001), гипертонической болезнью (О. В. Лышова и соавт., 2002), инфарктом миокарда (В. М. Провоторов и соавт., 1998; М. В. Коркина и соавт., 1999; С. В. Бухарева, 2000), бронхиальной астмой (В. М. Провоторов и соавт., 2000; Т. В. Заболотских, Д. Ч. Баранзаева, Ю. Л. Мизерницкий, 2003), паническим расстройством (В. В. Калинин и соавт., 1993; В. В. Калинин, 1995), церебральным ожирением (И. С. Коростелева, 1994), офтальмологическими заболеваниями

(Н. В. Хромова, М. Н. Широкова, 1999), а также при развитии невротизма и депрессий (Н. Freyberg, 1985; А. Б. Смулевич, 1999; Д. Ю. Вертищев, 1999). В этих экспериментальных работах отмечена достоверно значимая взаимосвязь между наличием заболевания и степенью выраженности алекситимии.

Важно отметить, что изучение выраженности алекситимических черт только у пациентов различных отделений клиник и при этом характеристика алекситимии как фактора развития заболевания содержит, на наш взгляд, некое противоречие. Остается непонятным – развивается ли соматическое заболевание на основе сформированной алекситимии или же развитие алекситимии спровоцировано действием соматического страдания. Несмотря на то, что некоторые исследователи отмечают наибольшую выраженность алекситимии при более длительном сроке заболевания, но они не рассматривают эти данные как противоречащие основным постулатам теории алекситимии. Становится очевидным, что алекситимические черты могут усиливаться и обостряться в результате нарушения соматического здоровья, вследствие ослабленности организма и деморализации пациента.

Некоторые авторы отмечают, что алекситимия может быть выражена и в структуре личности практически здоровых индивидов, но как она формируется и какова ее психологическая структура остается невыясненным. Отсюда и сложности в определении эффективных способов, приемов и методов коррекции алекситимии. Мероприятия по психологической коррекции алекситимических черт обычно проводят в условиях госпитализации пациента в результате объективного ухудшения его соматического здоровья.

Дальнейшее изучение алекситимии в системе других факторов риска биологической и психосоциальной природы имеет значение для лучшего понимания роли психологических механизмов в патогенезе этих заболеваний, долговременного прогноза и организации профилактических мероприятий (В. В. Соложенкин, Е. С. Гузова, 1992).

На наш взгляд, изучение алекситимии как самостоятельной психологической характеристики, представленной в структуре личности «практически здоровых» индивидов, описание возможных механизмов ее формирования и разработка эффективных методов ее психологической коррекции представляет особый исследовательский интерес. Кроме того, глубокие знания психологической природы алекситимии позволили бы купировать развитие данного свойства на начальных этапах его формирования.

Экспериментальное исследование основных факторов формирования алекситимии проводили в группе 505 практически здоровых индивидов в возрасте от 12 до 20 лет. При проведении психодиагностической работы применяли Торонтскую шкалу алекситимии, тест-опросник А. Басаа и А. Дарки, тест - опросник К. Леонгарда, тест-опросник способности к эмпатии И. М. Юсупова, шкалу тревожности Дж. Тейлора и тест-опросник Г. Айзенка.

Диагностика алекситимии по Торонтской алекситимической шкале позволила зафиксировать вы-

сокую степень выраженности данной характеристики у 36,7 % испытуемых, низкую степень выраженности – у 29,4 % испытуемых. Остальные 33,9 % составили промежуточную группу. При условии рассмотрения алекситимии как одного из факторов риска развития психосоматических заболеваний такие результаты обусловили детальное изучение основных факторов развития алекситимии как устойчивой личностной характеристики.

Структуру алекситимических составляющих по всей выборке рассматривали с помощью применения факторного анализа образов с косоугольным вращением промакс. Эмпирически обнаружено, что 32 факторизуемых параметра можно сгруппировать в 8 смысловых факторов, объясняющих 60 % всей возможной дисперсии смыслов.

В первый фактор с положительными высокими значениями вошли такие параметры, как общая агрессивность (0,87), негативизм (0,68), раздражительность (0,66), физическая агрессия (0,65) и вербальная агрессия (0,61). Семантическое единство этих шкал позволяет дать данному фактору название «Проявленная агрессивность». По отношению к алекситимии этот фактор можно считать проявлением компенсаторных механизмов: недостаточная эмоциональная чувствительность и, возможно, осознание некоторой неадекватности собственных реакций по отношению к интересам и переживаниям партнеров по коммуникации порождает внутреннее возбуждение. Это возбуждение создает когнитивный резонанс поведенческих реакций в виде физической и вербальной агрессии, направленной на ближайшее окружение. Скорее всего, каузальность собственных действий не осознается, а «виноватыми» оказываются партнеры по коммуникации, спровоцировавшие подобные реакции. Это подтверждается выраженным негативизмом и увеличенной раздражительностью. В качестве невыраженной тенденции в первый фактор также входят психологические показатели косвенной агрессии (0,40), враждебности (0,33), подозрительности (0,28), обиды (0,21) и нейротизма (0,20). Такие шкалы добавляют в семантическое пространство первого фактора алекситимии элементы внутренних переживаний на фоне высокой реактивности. Возникшие подозрительность, враждебность и обида не накапливаются и трансформируются во внешнюю, «проявленную агрессивность».

Во втором факторе со значимыми отрицательными вкладами находятся все показатели теста - опросника И. М. Юсупова: общая эмпатия (0,98), эмпатия по отношению к незнакомым (0,70) и к детям (0,70), эмпатийные переживания по отношению к животным (0,66), старикам (0,59), героям художественных произведений (0,58) и к родителям (0,55). Кроме этих показателей, во втором факторе с большим вкладом находится показатель эмотивности (0,43). Данный фактор можно назвать «Гипоэмпатийными переживаниями». Очевидно, что у значительной части респондентов алекситимия проявляется в сниженной способности к сочувствию и состраданию ко всему, что их окружает. На наш взгляд, это обусловлено такой психологической ха-

рактеристикой алекситимии, как общее снижение эмоциональной чувствительности по отношению к себе и, как следствие, по отношению к окружающему миру. Эмоционально тонкое восприятие чужого состояния становится невозможным при отсутствии способности к идентификации собственных эмоций.

Третий смысловой фактор структуры алекситимии объединяет со значимыми вкладами высокую гипертимичность (0,81), экстравертированность (0,76), выраженную демонстративность (0,63) и отсутствие дистимических реакций (-0,47). Мы назвали этот фактор «Экстравертированной гипертимностью», так как экстравертированная направленность личности задает «внешний» вектор эмоциональных переживаний, а повышенная чувствительность к стимулам, предъявляемым ближайшим окружением, создает содержание и насыщенность этих переживаний. Определенно можно утверждать наличие эффекта «эмоционального отзеркаливания», который проявляется в поверхностно-демонстративном поведении в ситуации рефлексии - алекситимичности. Это попытка сохранения личностной аутентичности, которая, судя по отсутствию дистимических реакций, является достаточно успешной. Кроме обозначенных параметров, тенденцию смыслового единства с третьим фактором имеют шкалы низкой тревожности (-0,28), высокой эмотивности (0,27), циклоидности (0,24) и вербальной агрессии (0,24). Немотивированные, эмоционально насыщенные перепады настроения не вызывают тревоги у таких респондентов, а экстравертированная направленность упрощает вербализацию агрессии.

Четвертый фактор был назван «Возрастными особенностями» проявления алекситимии. Самые большие и единственно достоверные два вклада – это шкалы возрастного интервала (0,84) и уровня образования (0,69). Дополнительные, недостоверные, но все же высокие вклады обнаружены по шкалам демонстративности (0,30), эмпатии незнакомым людям (0,23), эмпатии старикам (0,21), чувства вины (-0,21) и эмпатии родителям (0,21). На определенном этапе взросления у респондентов появляется демонстративность поведения, но вместе с этим молодые люди учатся эмпатии. В более раннем возрасте (12-13 лет) подростки не способны понять переживаний и чувств людей старшего поколения, в том числе и своих родителей. Некоторые психологи, работающие в области возрастной психологии, даже постулируют «конфликт поколений» в качестве одной из особенностей подросткового возраста: ребенок, в поиске самоидентичности, неизбежно противопоставляет себя уже известным, сложившимся в семье нормам поведения и самореализации. Отсутствие эмпатии к родителям в раннем подростковом возрасте просто неизбежно. Этой же особенностью можно объяснить и отсутствие эмпатии к незнакомым и малознакомым людям: сказываются установки, формируемые в детстве – «с незнакомыми нельзя разговаривать», «доверять незнакомым людям опасно» и т. д. Складывается интересная ситуация: старым отношениям уже не доверяют, а новым еще не доверяют. И то, и другое выходит из области сопереживания. С завершением

подросткового возраста возвращается эмпатия с родителями и стариками и появляется эмпатия к незнакомым людям. Возрастная динамика переживания чувства вины заключается в его уменьшении с увеличением возраста респондентов с 12 до 20 лет. Феноменология вины, возможно, связана с осознанием несоответствия собственным или чужим ожиданиям. В раннем подростковом возрасте это ожидания и требования со стороны родителей и учителей; в юношеском – требования к самому себе. Со сменой референтной группы в индивидуальном коммуникативном пространстве личности происходит переоценка значимости ожиданий со стороны, и акцент смещается все больше в сторону внутреннего локуса контроля. А значит и виноватым быть не перед кем. Такие же закономерности, описанные для возраста, характерны и для увеличения уровня образования.

Пятый фактор включает следующие шкалы с большими вкладами: неуравновешенность (0,77), циклоидность (0,55), педантичность (0,52), чувство вины (0,51), экзальтированность (0,44), дистимические реакции (0,41). Этот фактор был назван «Экзальтированная неуравновешенность». Алекситимические расстройства характеризуются разнообразными особенностями, многие из которых раскрыты в предыдущих главах данной работы. Семантическое пространство понимания алекситимии, обозначенное в пятом факторе, скорее всего, свидетельствует об активном осознании респондентами собственной эмоциональной нечувствительности, что и находит отражение в повышенном чувстве вины, циклоидности и неуравновешенности. Такое сочетание характеристик можно назвать личностным аутопоесисом системы психологических особенностей коммуникации. Иначе говоря, – это отчаянная попытка самосохранения психологического равновесия и гармонии. По всей вероятности, эта стратегия компенсации не является эффективной: ощущая вину и проявляя экзальтированную педантичность, невозможно выстроить «ровные» эмоциональные коммуникации. К тому же, такому аутопоесису мешает проявление циклоидности, что неминуемо приводит респондентов к дистимии. По силе эмоционального напряжения фактор «экзальтированной неуравновешенности» является самым значительным из всех смысловых факторов алекситимического расстройства личности. Из менее значимых параметров в пятый фактор входит эмотивность (0,39), нейротизм (0,29) и эмпатия героям художественных произведений (0,23). Эмотивность находится в общем контексте фактора, так как еще раз подчеркивает эмоциональное напряжение и фрустрированность ситуации коммуникативного взаимодействия. Нейротизм, как показатель силы нервной системы, свидетельствует, что проявления, отраженные в пятом факторе, присущи в большей степени личностям с холерическим и меланхолическим типами темперамента. Каким образом выстраивать взаимоотношения с другими людьми респондентам, обладающим всеми вышеописанными характеристиками по данному фактору? Проявлять эмпатию и заинтересованность в собеседнике мешают

неуравновешенность, циклоидность и педантичность. Остается выход в проявлении эмпатии героям художественных произведений – молчаливым косвенным собеседниками коммуникативного мира; что и подтверждается тенденцией вхождения такого показателя в пятый фактор.

В шестой фактор со значимыми вкладами вошли такие шкалы, как тревожность (0,76), нейротизм (0,72), и экзальтированность (0,47). Поэтому этот фактор был назван «Тревожные переживания». Тревожность присутствует в структуре алекситимии в качестве одного из важных факторов, который связан с сильной нервной системой и влияет на интересующие переживания личности собственной эмоциональной нечувствительности. Появление высокой тревожности, скорее всего, связано не с ситуативными, а с личностными особенностями, более устойчивыми по природе и типологическими по этимологии. Коммуникативная активность, в силу высокого нейротизма, способна вызвать доминирующие тенденции, имеющие либо экстернальную, либо интернальную направленность. В случае интровертированности личности респондентов фактор «Тревожные переживания» остается внешне непроявленным и способен привести к депрессивным состояниям и аутизму. При экстравертированности, наоборот, тревожность будет иметь внешнее выражение в виде повышенного беспокойства о себе и о партнере по коммуникации. С менее значимыми вкладами в шестой фактор входят шкалы возбудимости (0,38), циклоидности (0,34), педантичности (0,26), дистимии (0,26), чувства вины (0,25), обиды (0,24) и отсутствия негативизма (-0,20). Внутренняя или внешняя общая направленность респондентов определила столь разноплановые дополнительные вклады в фактор «тревожных переживаний»: у испытуемых с интровертированной направленностью, помимо указанных выше особенностей, будут проявляться педантичность, дистимия и чувство вины, а у экстравертов – возбудимость и циклоидность. Важно отметить, что и те, и другие, скорее всего, не будут испытывать негативных переживаний по отношению к членам референтной группы. Но утверждать в противовес, что переживания будут позитивными, тоже нельзя. Однозначно одно: тревожность по шестому фактору символизирует рефлексивное отношение к своим собственным действиям и не несет негативной окраски.

Седьмой фактор представлен всего тремя значимыми вкладами – это обида (0,80), враждебность (0,64) и косвенная агрессия (0,40). Мы назвали этот фактор «Враждебная обида», так как соответствующие шкалы имеют самые большие и достоверные вклады. Некоторые участники исследования, в аспекте изучения алекситимии, проявляют обиду на партнеров по коммуникации, что может быть связано с неумением рефлексировать собственные эмоциональные переживания. Скорее всего, эмоциональное воздействие со стороны воспринимается не адекватно, порождая враждебность и косвенную агрессию. Такая агрессивность не выражается в виде внешних реакций, а имеет тенденцию накапливаться в качестве внутреннего переживания, что, в свою

очередь, создает эффект подавленности и отстраненности и воспринимается окружающими как общая враждебная настроенность. Дополнительно в седьмой фактор входят шкалы чувства вины (0,32), отсутствия эмпатии к родителям (-0,25) и негативизма (0,20). Чувство вины напрямую коррелирует с обидой, негативизм – с враждебностью. Неудивительно, что такие респонденты не испытывают эмпатийных чувств по отношению к своим родителям: скрытая агрессия, совместно с обидой на окружающих, особенно в подростковом и раннем юношеском возрасте, распространяется на людей ближайшего окружения, в число которых входят и родители.

Самый последний смысловой фактор, восьмой, объединяет в единое семантическое поле шкалы подозрительности (0,79), враждебности (0,62) и вербальной агрессии (0,43). По смысловому содержанию этот фактор похож на первый с небольшими отличиями в способе проявления агрессии. Он был назван «Подозрительной враждебностью»: некоторые респонденты с алекситимией выработали оборонительную реакцию на эмоциональную область коммуникативных взаимодействий, они как бы изначально готовы негативно отреагировать на эмоциональное воздействие со стороны. Такие подростки и юноши подозрительно относятся к глубоким эмоциональным контактам и враждебно воспринимают упреки в свой адрес. На уровень физической агрессии эта враждебность не выходит, но вербальная агрессивность присутствует явно. Из шкал с менее значимыми вкладами в восьмой фактор следует отметить агрессивность (0,31), педантичность (0,29), эмпатию родителям (0,26), низкий уровень образования (-0,21), слабовыраженную эмотивность (-0,20) и повышенную физическую агрессию (0,20). Испытуемые с защитной реакцией по восьмому фактору иногда отвечают явной агрессией, педантичны в отношениях. Такая позиция, с точки зрения транзактного анализа, может быть названа позицией «родителя», диктующего сверху свои условия и не принимающего возражений, что и находит отражение в эмпатии по отношению к родителям. Отдельно стоит отметить, что респонденты, реагирующие по фактору «подозрительной враждебности», имеют невысокий уровень образования.

Таким образом, проведенное исследование позволяет рассматривать высокую тревожность, проявления (как открытые, так и косвенные) агрессивных способов реагирования, низкие способности к эмпатийному и эмотивному восприятию мира как основные психологические характеристики, обуславливающие формирование алекситимических черт. Данное исследование создает возможности для глубинного понимания природы алекситимии в контексте развития психосоматических заболеваний.

Учитывая данные о крайне затрудненном непосредственном воздействии на алекситимию мероприятий по психологической коррекции и психотерапии, психологам, работающим с алекситимичными индивидами, следует строить свою работу опосредованно и поэтапно. Плановая организация ра-

боты по психологической коррекции тревожности, развитию эмпатийных способностей, вербализации эмоций, социализации агрессивности выступает в данном случае как способ психологической профилактики алекситимии, а в случае яркой выраженности в структуре личности будет способствовать ее нивелированию и коррекции.

Литература

1. Бухарева, С. В. Психические нарушения при остром инфаркте миокарда и постинфарктном кардиосклерозе: автореф. канд. дис... – М. – 2000. – 18 с.
2. Вельтишев, Д. Ю. Клинико – патогенетические закономерности ситуационных расстройств депрессивного спектра: автореф. докт. дис. – 1999. – 40 с.
3. Грекова, Т. И. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца / Т. И. Грекова, В. М. Провоторов, А. Я. Кравченко, А. В. Будневский // Клиническая медицина. – 1997 – Т. 75. – № 11. – С. 32-34.
4. Заболотских, Т. В. Клиническая эффективность психокоррекции в комплексной терапии детей с бронхиальной астмой, обучающихся в астма – школе / Т. В. Заболотских, Д. Ч. Баранзаева, Ю. Л. Мизерницкий // Аллергология. – 2003. – № 3. – С. 8-16.
5. Калинин, В. В. Социальная и клиническая психиатрия / В. В. Калинин, М. А. Засорина, В. М. Волошин, И. В. Козлова. – 1993 – Т. 3. – № 3. – С. 100 – 106.
6. Калинин, В. В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5. – Вып. 4. – С. 96-102.
7. Коркина, М. В. Выраженность алекситимии и уровень комплайенса у больных, перенесших инфаркт миокарда / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, О. А. Кисляк, С. В. Бухарева // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9. – Вып. 4. – С. 20-22.
8. Коростелева, И. С. Психофизиологические особенности больных церебральным ожирением в контексте алекситимии / И. С. Коростелева, Т. Г. Вознесенская, Г. А. Крыльцова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – № 1. – С. 29-36.
9. Лышова, О. В. Особенности клинических проявлений гипертонической болезни при алекситимии / О. В. Лышова, М. В. Провоторов, Ю. Н. Чернов // Кардиология. – 2002. – Т. 42. – № 6. – С. 47-50.
10. Провоторов, В. М. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии / В. М. Провоторов, А. Я. Кравченко, А. В. Будневский, Т. И. Грекова // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 6. – С. 45-47.
11. Провоторов, В. М. Психологические аспекты организации и проведения занятий в астма – школе / В. М. Провоторов, А. В. Будневский // Пульмонология. – 2000. – № 4. – С. 63-66.
12. Провоторов, В. М. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией / В. М. Провоторов, А. В. Будневский, А. Я. Кравченко, Т. И. Грекова // Кардиология. – 2001. – Т. 41. – № 2. – С. 46-49.
14. Смулевич, А. Б. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессия и коморбидные расстройства / А. Б. Смулевич. – М., 1997.
15. Соложенкин, В. В. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции / В. В. Соложенкин, Е. С. Гузова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 8. – Вып. 2. – С. 18-24.
16. Хромова, Н. В. Некоторые психологические характеристики и отношение к болезни пациентов офтальмотологического стационара / Н. В. Хромова, М. Н. Широкова // Современные проблемы фундаментальной и клинической медицины: сборник статей (по материалам международной конференции). – Томск, 1999. – С. 155.
17. Freyberger, H. Psychotherapeutic interventions in alexithymic patients with special regard to ulcerative colitis and Crohn patients / H. Freyberger, H. W. Konsebeck, W. Lempa // Psychother. Psychosom. – 1985. – Vol. 44. – P. 72-81.
18. Nemiah, J. C. Psychosomatic illness and problem of communication. / J. Nemiah, P. E. Sifneos // Psychother. Psychosom. – 1970. – Vol. 18. – P. 154-160.

УДК 616+159.9:924

Е. Ю. Брель М. В. Тихонова

ВОЗМОЖНОСТИ ЛОНГИТУДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

В современной психологической науке существует практически единодушное мнение о влиянии социокультурных факторов и актуальных психических состояний на процесс развития личности. Различия во мнениях в основном заключаются в выборе преобладающего фактора в зависимости от

интереса конкретного исследователя и принадлежности к научной школе.

В. Я. Семке, А. П. Агарков, О. Н. Логунцова [2] отмечают возникновение новых валеопсихологических феноменов: «психологические и соматопсихологические отклонения в виде неумения приспособиться к реалиям современной действительности,