

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/319834>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Прикладная психология с использованием SPSS

Введение 3

Глава 1. Теоретические аспекты исследования психоэмоционального состояния у людей с аутоиммунными заболеваниями 5

1.1. Характеристики психоэмоционального состояния 5

1.2. Особенности аутоиммунных заболеваний 13

1.3. Изменение психоэмоционального состояния человека при заболевании 20

Глава 2. Эмпирическое исследование психоэмоционального состояния у людей с аутоиммунным заболеванием 27

2.1. Организация исследования 27

2.2. Результаты оценки психоэмоционального состояния у людей с аутоиммунным заболеванием 37

2.3. Программа коррекции психоэмоционального состояния у людей с аутоиммунным заболеванием 48

2.4. Оценка эффективности коррекционной программы 64

Заключение 71

Список литературы 74

Ситуативная тревожность может проявляться при ожидании каких-либо неприятностей, сложностей в разрешении сложившихся ситуаций, также она позволяет сосредоточиться на решении имеющихся проблем, дабы избежать в дальнейшем осложнений и негативных эмоций. Но личностная тревожность проявляется в переживании беспричинного страха, необъяснимым состоянием угрозы, воспринимая все ситуации как опасные.

Трудности и повышенное напряжение могут привести к разочарованию или фрустрации, которая определяется как сложное эмоциональное состояние, возникающее, когда невозможно достичь поставленных целей и реализовать их. Чем выше уровень фрустрации, тем выше тревожность, напряженность, агрессивность и ригидность, но тем ниже эмоциональная стабильность. Полностью избежать фрустрации невозможно, необходимо столкнуться с ней лицом к лицу, чтобы реализовать себя в различных ситуациях и уметь преодолевать различные трудности, сталкиваясь с ними [8].

Стереотипные поведенческие стратегии и негибкая эмоциональная реакция усиливают состояние фрустрации, а неадекватность эмоциональной реакции на травмирующее воздействие приводит к нарушению взаимосвязи между психическими и физиологическими процессами адаптации [8].

Условия возникновения фрустрации и ее проявления зависят от особенностей личности и объективных обстоятельств. Фрустрация может возникнуть, например, если человек не получил удовлетворения своих потребностей. Но если разочарования человека повторяются регулярно, его личность может претерпеть изменения: нерешительность, агрессивность, зависть, безынициативность, ригидность и т.д.

Если смена деятельности обеспечивает выход из состояния фрустрации, то это может привести к потере интереса, настойчивости, трудолюбия, внимательности, целеустремленности и всего, что с этим связано. Частым психоэмоциональным состоянием является ригидность, неготовность, сложность принять другое решение в изменившейся ситуации, которое не в полной мере соответствует намеченному плану действий [16].

Формы проявления ригидности: плохое переключение внимания, привязанность к определенным объектам, планирование своих действий без учета отрицательных явлений, которые могут пагубно сказаться на задуманном. Поэтому ригидность понимают как не способность изменить свою деятельность при изменении условий в конкретной ситуации.

Ригидность усиливает проявление у индивида таких черт, как единообразие поведенческих реакций, шаблонность. Личность не реагирует на изменившуюся ситуацию не потому, что она не способна, а потому, что она не хочет меняться в новых обстоятельствах, она сопротивляется этому. Ригидность контролирует все сферы личности человека, что приводит к негативным последствиям.

Нередко случается повышение агрессивности. Проблема роста агрессивных проявлений вызвана целым комплексом обстоятельств, лежащих в различных плоскостях современного общества, она также созвучна проблемам бытия современного человека - динамически изменчивого, неопределенного, с глубоким идеологическим кризисом, который бросает вызов способности субъекта правильно ориентироваться в нем, принимать решения, адекватные комфорту и оптимуму его бытия [5].

Можно различать следующие психоэмоциональные состояния:

- повседневное, т.е. когда человек не меняет свою привычную рабочую нагрузку, ведет себя спокойно, не испытывая сильных волнений;
- повышенное психоэмоциональное состояние, когда человек усердно готовится к чему-то, может быть вызвано интересом, стремлением к творческой деятельности и т.д.;
- пониженное состояние, когда человек не считает нужным подготавливаться к событиям предстоящего дня.

При приближении стрессовой и негативной ситуации, происходит переход от положительных эмоциональных состояний к отрицательным, что негативно сказывается на общем самочувствии человека. Но, сила отрицательных психоэмоциональных состояний зависит от сложности деятельности и от отношения к ней. Ведь, если отношение положительное, то негативные эмоции не будут слишком выражены, а если человек будет бояться, переживать, то все это может привести к нервному срыву [22]. На все психоэмоциональные состояния большое влияние оказывает уровень эмоционального интеллекта, так как он определяет способность человека адекватно реагировать в различных ситуациях. Наиболее явно эмоциональный интеллект проявляется в искусстве общения, доброжелательности, тактичности, умении быстро оценить ситуацию и соответствующим образом отреагировать на нее [27].

Таким образом, психоэмоциональное состояние, обозначающее эмоцию в целом, представляет собой актуализированный эмоциональный процесс и преломленное эмоциональное свойство личности. Существует множество функций психоэмоциональных состояний: интегративная и адаптивная, регулятивная, организующая и дезорганизующая, функция замещения недостатка информации, ориентации в окружающей среде, уравнивающая функция всех психических состояний и т.д. Психоэмоциональное состояние человека существенно зависит от внешних обстоятельств. Эмоциональное напряжение, рост объема информации и дефицит времени на ее переработку порождают отрицательные эмоции. В стрессовой ситуации доминируют отрицательные эмоции: страх, агрессивность, фрустрация, тревога и напряжение. На все психоэмоциональные состояния большое влияние оказывает уровень эмоционального интеллекта, то есть способность человека адекватно реагировать в различных ситуациях.

1.2. Особенности аутоиммунных заболеваний

Аутоиммунные заболевания - это группа заболеваний, связанных с тем, что иммунная система человека атакует свои собственные ткани и органы, принимая их за враждебные. Это приводит к воспалению и повреждению тканей, что может привести к серьезным последствиям для здоровья. Особенности аутоиммунных заболеваний заключаются в том, что они могут проявляться в разных органах и системах организма, например, суставах, коже, щитовидной железе, поджелудочной железе и т.д. Кроме того, многие аутоиммунные заболевания проявляются в виде периодических обострений и ремиссий, когда симптомы могут усиливаться и затем уменьшаться или исчезать.

Еще одной особенностью аутоиммунных заболеваний является то, что они чаще всего возникают у женщин. Некоторые исследования показывают, что это связано с гендерными различиями в иммунной системе, а также с гормональными изменениями, которые происходят у женщин в разное время жизни. Некоторые аутоиммунные заболевания также могут наследоваться, что означает, что у людей, у которых есть родственники с подобными заболеваниями, есть повышенный риск их развития.

Лечение аутоиммунных заболеваний часто состоит в управлении симптомами и снижении воспаления, используя препараты, которые уменьшают активность иммунной системы. Однако, не существует универсального метода лечения, который бы подходил всем пациентам с аутоиммунными заболеваниями. Из-за этого важно получать индивидуальное лечение, подходящее для конкретного случая и принимать рекомендации врачей, чтобы справиться с аутоиммунным заболеванием и улучшить качество жизни.

Таблица с дополнительными особенностями аутоиммунных заболеваний

Особенности АИЗ Описание

Генетическая предрасположенность У людей, у которых есть семейный анамнез аутоиммунных заболеваний, вероятность заболевания выше.

Нарушение толерантности к тканевым антигенам Иммунная система не может различать между собой свои ткани и инородные вещества, что приводит к развитию аутоиммунных заболеваний.

Изменение функции лимфоцитов. Нарушения в дифференцировке, активации и регуляции лимфоцитов приводят к возникновению аутоиммунных заболеваний.

Воздействие окружающей среды. Некоторые аутоиммунные заболевания могут быть вызваны воздействием определенных веществ или инфекций.

Симптомы могут проявляться в разных органах. Аутоиммунные заболевания могут поражать различные органы и ткани, что приводит к разнообразным симптомам.

Развитие осложнений. Некоторые аутоиммунные заболевания могут приводить к развитию осложнений, таких как инфекции, воспаления, повреждение тканей и органов.

Трудности в диагностике. Из-за разнообразия симптомов и трудностей в диагностике, аутоиммунные заболевания могут быть неправильно диагностированы или задержаны в диагностике.

Лечение. Лечение аутоиммунных заболеваний может включать в себя использование препаратов, которые подавляют активность иммунной системы и снижают воспаление. Однако, также может потребоваться лечение осложнений и поддержание функций поврежденных органов и тканей.

Данная таблица предоставляет общую информацию об особенностях аутоиммунных заболеваний, включая их причины, симптомы, диагностику и лечение.

Из таблицы можно видеть, что аутоиммунные заболевания имеют разнообразную природу и проявляются различными симптомами, что затрудняет диагностику и лечение. Однако, они могут иметь общие причины, такие как наследственность, экологические и социальные факторы.

Для диагностики аутоиммунных заболеваний используются различные методы, включая анализ крови на наличие аутоантител, биопсию и общий клинический анализ. Лечение может включать применение иммунодепрессантов, глюкокортикостероидов, а также изменение образа жизни.

Из таблицы также можно увидеть, что аутоиммунные заболевания могут иметь серьезные последствия, такие как осложнения, инвалидность и смерть, что подчеркивает важность ранней диагностики и правильного лечения.

Аутоиммунные процессы возникают, когда нарушаются механизмы, которые обеспечивают аутоотолерантность в организме. Наличие аутоантител и аутореактивных клонов Т-лимфоцитов в организме не всегда указывает на наличие патологического процесса, потому что у всех людей есть небольшое количество "естественных" аутоантител. Эти аутоантитела, которые не могут повредить ткани из-за их слабого связывания с антигенами и ограниченных эффекторных функций, не являются патогенными. Патологический процесс возникает только в тех случаях, когда иммунный ответ на собственные антигены вызывает повреждение тканей и другие нарушения тканевого гомеостаза.

Аутоиммунные процессы имеют общие черты:

- Они возникают из-за иммунных процессов. Все закономерности развития иммунного ответа отражены в патогенезе аутоиммунных заболеваний. Факторы, которые подавляют иммунный ответ, ослабляют проявления этих патологий, а иммуностимуляторы, наоборот, усиливают аутоиммунный процесс.

- Локализация аутоантигена в организме определяет, где возникает поражение. Если аутоантиген содержится только в определенном органе, то поражение будет локализовано в этом органе.

- Широкое распространение аутоантигенов в организме приводит к системному процессу.

- Проявления аутоиммунных заболеваний зависят от того, какой тип иммунных механизмов преобладает в ответе на аутоантиген. Это может быть клеточная реакция, которая вызывает образование цитотоксических Т-лимфоцитов или провоспалительных Т-клеток, активирующих макрофаги, или гуморальная реакция, которая приводит к выработке аутоантител, способных привлекать клеточные (фагоциты) и гуморальные (комплемент) эффекторные факторы.

Проявления аутоиммунных заболеваний могут также зависеть от степени активации иммунного ответа.

Например, при недостаточной активации иммунной системы, развитие аутоиммунных процессов может быть ослаблено, что часто наблюдается в случаях иммунодефицитных состояний. С другой стороны, при чрезмерной активации иммунного ответа, такой как при сильной иммуностимуляции или при ослабленной аутоотолерантности, может произойти развитие аутоиммунной патологии.

Кроме того, аутоиммунные заболевания могут иметь различные симптомы и проявления, в зависимости от органа или системы, которые поражены. Некоторые из наиболее распространенных аутоиммунных заболеваний включают системную красную волчанку, ревматоидный артрит, синдром Стилла, системную склеродермию, тиреоидит Хашимото, аутоиммунный гепатит и многие другие [18].

Аутоиммунные заболевания могут быть органоспецифическими, неорганоспецифическими и смешанными.

При органоспецифических заболеваниях аутоантитела индуцируются против одного или группы компонентов органа. К ним относятся: тиреоидит Хашимото, первичная микседема (тиреотоксикоз),

пернициозная анемия, аутоиммунный атрофический гастрит, болезнь Аддисона.

При органоспецифических заболеваниях аутоантитела взаимодействуют с различными тканями того или даже другого типа организма, например, с антинуклеарными АТ. Аутоантигены в этом случае не выделяются при контакте с лимфоидными клетками. Аутоиммунизация развивается на фоне ранее существовавшей толерантности. К таким патологическим процессам относятся системная красная волчанка, дискоидная красная волчанка, дерматомиозит (склеродермия), ревматоидный артрит [21]. Смешанные заболевания включают оба вышеуказанных механизма. Если роль аутоантител доказана, то они должны быть цитотоксичными по отношению к клеткам пораженных органов или действовать непосредственно через комплекс Ag-АТ, которые, откладываясь в организме, вызывают его патологию [18]. Согласно современным исследованиям, механизм формирования психических расстройств при заболеваниях иммунного происхождения связан с непосредственным воздействием Th1, которые являются одним из основных источников и регуляторов секреции и продукции цитокинов, которые являются важным звеном в трех системах, поддерживающих гомеостаз организма [34].

Нарушение соотношения и синтеза цитокинов влияет на высвобождение и обмен норадреналина и серотонина в головном мозге, особенно в гипоталамусе и гиппокампе, оказывая как стимулирующее, так и ингибирующее воздействие на дофаминергическую, серотонинергическую, ацетилхолинергическую и нейромедиаторную системы.

По мнению некоторых исследователей, такие действия цитокинов приводят к нейробиологическим и психическим эффектам из-за изменений функций лимбической системы, вызывая модуляцию эмоционального состояния и активацию когнитивных функций [12].

Психические расстройства у пациентов с аутоиммунными заболеваниями соответствуют расстройствам как астенического, так и депрессивного характера, протекающим с аффектом тревоги. Установлена взаимосвязь между психическим состоянием и активностью иммунной системы [34].

Наиболее часто встречающиеся формы психических расстройств при аутоиммунных заболеваниях: депрессивные, органические психические, личностные и невротические.

Психопатологические проявления разнообразны и их форма, а также тяжесть во многом зависят от социальных факторов. Важными факторами являются пол, возраст, место жительства, уровень образования, профессия, условия жизни, семейное положение и семейные отношения.

Выявлены негативные изменения психологического статуса, которые тесно зависят от характера его клинического течения и тяжести заболевания. В конфигурации личного профиля преобладают тревожно-депрессивные, гистероидные и аффективно-жесткие варианты дезадаптации и декомпенсации личности в сочетании с умеренным увеличением уровня личного, реактивного беспокойства и депрессивных проявлений, связанных с формированием преимущественно выраженной социально-психологической дезадаптации. Характерна нервозность, нетерпеливость, сверхчувствительность, легкая уязвимость, блокировка способности расслабиться и наслаждаться. Больные чаще происходят из семей с симбиотической структурой отношений, в которых они мало говорят о чувствах [4].

По мере увеличения продолжительности болезни, а также появления осложнений в будущем происходит прогрессирование дисгармонии личности, развитие социопатии, паранойи, увеличение тяжести депрессии.

1.3. Изменение психоэмоционального состояния человека при заболевании

Заболевания могут оказывать существенное влияние на психоэмоциональное состояние человека.

Нарушения в работе органов и систем могут вызвать появление различных симптомов, таких как боли, усталость, нарушения сна, изменение аппетита, которые могут повлиять на качество жизни и настроение пациента. Болезни, связанные с изменением иммунной системы, такие как аутоиммунные заболевания, также могут оказывать отрицательное влияние на психическое состояние.

При аутоиммунных заболеваниях иммунная система начинает атаковать свои собственные ткани и органы, вызывая воспаление и разрушение. Это может приводить к появлению болезненных симптомов и ухудшению физического самочувствия пациента. Кроме того, многие пациенты, страдающие от аутоиммунных заболеваний, могут испытывать эмоциональные симптомы, такие как депрессия, тревога, раздражительность и усталость. Из-за этих симптомов качество жизни пациента может значительно ухудшаться.

В связи с этим важно учитывать не только физические симптомы заболевания, но и психологическое состояние пациента. Оптимальное лечение аутоиммунных заболеваний должно включать не только медикаментозную терапию, но и психологическую поддержку, направленную на улучшение психоэмоционального состояния пациента. Консультация психолога и психотерапия могут помочь пациенту

справиться со стрессом, улучшить настроение и повысить качество жизни. Важно также проводить регулярный мониторинг психического состояния пациента и адекватно реагировать на возможные психологические симптомы.

При любом заболевании больной человек испытывает, прежде всего, состояние стресса, который понимается как состояние психического напряжения, возникающее у человека в процессе деятельности в сложных, трудных условиях, как в повседневной жизни, так и при особых обстоятельствах [2].

Стресс включает и физиологические, и психологические компоненты. С его помощью организм как бы мобилизует себя целиком на приспособление к новой ситуации, приводя в действие неспецифические защитные механизмы, обеспечивающие сопротивление или адаптацию.

Эустресс – положительный стресс («хороший») имеет два значения:

1) стресс, вызванный положительными эмоциями;

2) не интенсивный стресс, мобилирующий резервы организма через аллостаз для поддержания гомеостаза.

Дистресс – отрицательный стресс, вызывающий дезадаптацию с последующим развитием заболеваний [30].

Острый стресс – это реакция организма на однократное воздействие стрессора с последующим развитием адаптации или дезадаптации.

Хронический стресс является следствием повторяющегося, частого или многократно повторяющегося воздействия стрессора (ов). В результате накопления их эффектов развивается истощение адаптационного резерва организма, что приводит к аллостатической нагрузке.

Выделяют реакции на стресс:

1. Положительная реакция на стресс – адекватная адаптация организма на воздействие стрессора.

2. Удовлетворительная реакция на стресс – реакция на значимый и/или длительный стресс в допустимых физиологических пределах на грани истощения. В случае адекватной адаптации восстановление функционирования организма будет без негативных последствий.

3. Неудовлетворительная реакция на стресс – возникает в ответ на сильные, частые и / или продолжительные воздействия, может приводить к нарушениям функционирования систем организма, повышает риск возникновения заболеваний, связанных со стрессом [23].

Понятие стресса предполагает существование стрессора – это чрезвычайный или патологический раздражитель, значительное по силе и продолжительности неблагоприятное воздействие, вызывающие стресс. Раздражитель становится стрессом либо в силу приписываемого ему человеком значения (когнитивная интерпретации), либо через низшие мозговые сенсорные механизмы [15].

Основной индивидуальной характеристикой содержания самого стресса является адаптация к нему или совладание с ним.

Для выражения сознательных усилий личности употребляется понятие копинг-поведения, или осознанных стратегий совладания со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями. Копинг описывает высокий и приемлемый уровень социально - психологической адаптации личности, который достигается через пластичное и осмысленное поведение, направленное на снятие психического напряжения и решение интрапсихических конфликтов.

Копинг, как реакция в одних случаях используется человеком как защитная стратегия, а в других – как решение проблемы путем изменения отношения «личность – окружающая среда» [29].

Р. Лазарус выделил два распространенных типа реакций на стрессовую ситуацию: проблемно-ориентированный и эмоционально-ориентированный.

Проблемно-ориентированный стиль копинга связан с рациональным анализом проблемы и с планированием её разрешения, а также - с обращением за помощью к другим и поиском вспомогательной информации.

Эмоционально-ориентированный копинг характеризуется отсутствием конкретных действий и уходом от анализа проблемы в область негативных переживаний [29].

Конструктивный копинг отличается достижением поставленных целей, возможностью обратиться за помощью, анализом поступающих проблем и способов ее решения. Стратегия реализуется и через пересмотр своего отношения к ситуативной проблеме, желание перемен внутри себя – изменение системы личностных установок и стереотипов.

Для неконструктивных стратегий характерны проявления пассивного поведения - бегства от проблем, спонтанных агрессивных и импульсивных реакций, эмоциональных срывов.

Защитные механизмы и стратегии совладания существенно влияют на личностные особенности и поведение человека и действуют вместе.

Так, у многих входит в привычку и в повседневной жизни и деятельности защищаться от негативных мыслей, удручающих переживаний путём своеобразного переключения своего внимания на другие вещи –

они просто преднамеренно избегают неприятных, тяжёлых мыслей. Такое избегающее поведение основано на защитном механизме – подавлении.

Если что-то неблагополучно, то человек остро переживает и зачастую берет на себя больше обязанностей: делает уборку; больше занимается спортом; предпочитает заниматься активной деятельностью; занять свои мысли чем-то. Но этот способ поможет «забыть» лишь на время о мелких проблемах, они постоянно будут тревожить их обладателя, становясь со временем более навязчивыми и ещё более угрожающими нормальному самочувствию.

Однако, стоит заметить, что данный способ защиты психики вполне сознательный и преднамеренный уход от тревоги. В период адаптации данный способ может быть эффективным, если нет иных усугубляющих обстоятельств. Если же процесс адаптации претерпевает негативные влияния, то просто избегать негативных мыслей – не значит решить проблему. Это просто уход от проблемы, малоэффективный и временный, ещё более усугубляющий ситуацию [20].

Существует такая категория переживаний, которая является настолько угрожающей для самооценки, что просто не допускается психикой в сознание. Происходит это, в отличие от подавления, на бессознательном уровне и носит характер неосознаваемого мотивируемого забывания. Этот – вытеснение, при этом негативные мысли, неприятные воспоминания просто выталкиваются из сознания, человек их способен вспомнить только под воздействием гипноза.

Можно сказать, что именно вытеснение является первоосновой большинства остальных механизмов психологической защиты: забывание неприятных мыслей, переживаний становится спасением для очень многих.

Подавляющее большинство авторов идентифицирует и рассматривает стресс в значительной степени с позиции его деструктивного характера, в то же время обращают внимания на эустресс или мобилизирующий стресс.

В отличие от дезорганизирующего стресса, при мобилизирующем стрессе улучшается деятельность всех психических процессов (восприятия, внимания, памяти, мышления), деятельность человека становится более успешной и результативной. То есть, можно сказать, что стресс играет и положительную роль в жизни человека, однако его сила и продолжительность должны быть оптимальными для конкретного человека, что зависит от его индивидуально – психологических особенностей.

Помимо стресса у больного человека часто появляется раздражение, огорчение, фрустрация. Это очень распространенные причины нарушения психологического здоровья, потому что поводов для раздражения и огорчения достаточно: особенности нервной системы, пробелы в воспитании, семейные неурядицы, ссоры, недостаточное количество времени и т.д. В такие моменты важно понять, каковы истоки раздражения и огорчения, и искать эти причины в себе.

1. Абдулхаков Р.А. Оптимизация методов диагностики и лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (региональные особенности): автореф. дис. на соискание уч. степени докт. мед. наук / Р.А. Абдулхаков. – Казань, 2012. – 39 с.
2. Александрова О.В. Дифференциально-психологические факторы переживания и копинг поведения взрослых в трудной жизненной ситуации: дисс... канд. псих наук. – СПб.: Речь, 2017. – 245 с.
3. Арефьева А.В. Адаптация студентов к учебному стрессу / А.В. Арефьева, Н.М. Фатеева, Т.А. Глухих, А.А. Турышева // Пульс. – 2012. – №3. – С. 89 – 91.
4. Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способы их коррекции // Современная гастроэнтерология. – 2014. – №2. – С. 65-67.
5. Банщиков В.М. Медицинская психология/ В.М. Банщиков, В.С. Гуськов, И.Ф. Мягков.– М.: Медицина, 2015.– 657 с
6. Банщикова Т.Н. Осознанная саморегуляция – психологический ресурс управления агрессией / Т.Н. Банщикова // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 9 (часть 10). – С. 2322-2326.
7. Березина Т.Н. Объективное измерение положительных эмоций у студентов как составляющая оценки безопасности образовательной среды // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 1. – С. 41 – 50.
8. Бокова О.А. Теоретические основы изучения личностной ригидности как показателя открытости психологической системы // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – №4 (47). – С. 40 – 43.
9. Бреслав Г.М. Психология эмоций. 4-е изд. переработанное. – М.: Смысл, 2016. – 672 с.
10. Евсегнеев Р. А. Распознавание и лечение депрессий в общемедицинской практике. Учебно-методическое пособие. – Минск, 2002. – 320 с.
11. Звягина Н.В. Эффекты воздействия изображений лиц с разными эмоциями на функциональное

- состояние организма / Н.В. Звягина, И.В. Старцева, М.Н. Гурьева, К. Мохамад-Сохиб // Естественные и математические науки в современном мире. – 2016. – № 7. – С. 7 – 13.
12. Иванова Г.П., Горобец Л. Н. Современные представления об особенностях клинико-психопатологических и иммуноэндокринных взаимодействий при аутоиммунном тиреоидите. Часть 1. Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – №20(4). – С. 117-24.
13. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2013. – 508 с.
14. Кисилева Т.В. Психолого-педагогические условия развития профессионально значимых качеств военных педагогов-психологов: дисс... кан. пс. н.. – Курск, 2009. – 185 с.
15. Китаев-Смык А.А. Психология стресса. – М.: Юрайт, 2003. – 328с.
16. Коган Б.М. Влияние детско-родительских отношений на уровень когнитивной ригидности подростков / Б.М. Коган, А.А. Яшев // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Педагогика и психология. – 2017. – № 1. – С. 45 – 53.
17. Константинова М.Н. Психология эмоциональных состояний / М.Н. Константинова, А.Б. Михалева // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 5-1. – С. 93 – 95.
18. Мельников, В. Л. Аутоиммунные заболевания : учеб. пособие / В. Л. Мельников, Н. Н. Митрофанова, Л. В. Мельников. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2015. – 68 с.
19. Михайлов Б.В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема // Док- тор. – 2015. – № 6. – С. 9-13.
20. Набиуллина Р.Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) / Р.Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Казань, 2017. – 85с.
21. Новиков Д. К. Основы иммунологии : учеб. пособие / Д. К. Новиков, И. И. Генералов, Н. В. Железняк. □ Витебск : ВГМУ, 2007. □ 160 с.
22. Пономаренко И.В. К вопросу улучшения психологического состояния студентов-первокурсников перед сессией // Вестник Таганрогского института им. А.П. Чехова. – 2015. – № 2. – С. 293-297.
23. Психология / Л. В. Маришук [и др.]. – Минск: Тисей, 2009. – 760 с.
24. Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие [Текст]: материалы IV Междунар. науч. конф. Кострома, 22-24 сент. 2016 г. : в 2 т. / отв. ред.: Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2016. – Т. 1. – 407 с.
25. Пырьев Е.А. Эмоциональное поведение человека // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2017. –№ 2. – С. 34 – 38.
26. Разумов А.Н. Здоровье здорового человека. Научные основы восстановительной медицины. – М, 2008. – 218 с.
27. Рыжов Д.М. Эмоциональный интеллект в системе психологических знаний // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – № 4. – С. 87 – 89.
28. Селье Г. Стресс без дистресса // Журнал неврологии им. Б.М. Маньковського. – 2016. – № 1. С. – 78-89.
29. Сосновский, Б.А. Общая психология: учебник для вузов / Б.А. Сосновский, О.Н. Молчанова, Э.Д. Телегина; под редакцией Б.А. Сосновского. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 342с.
30. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2015. – 496 с.
31. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М., 2002.
32. Хомуленко Т.Б. Основы психосоматики: учеб.-метод. пособие. – Винница: Новая Книга, 2014. – 120 с.
33. Циркин В.И., Трухина С.И. Физиологические основы психической деятельности и поведения человека / В.И. Циркин, С.И. Трухина. – Н.Новгород.: Изд-во НГМА, 2013. – 463 с.
34. Шаповалова А.Б., Бабушкина И.В. Особенности психических нарушений у больных аутоиммунным тиреоидитом // Медицина: теория и практика. – 2020. – №5(2). – С. 10-15.
35. Шуткин С.Н. Эмоции как психический процесс импульсивной регуляции поведения / С.Н. Шуткин, В.М. Усков, И.В. Теслинов // Пожарная безопасность: проблемы и перспективы: материалы конференции. – 2014. – № 1. – С. 309 – 314.
36. Bocchetta A., Tamburini G., Cavolina P., Serra A., Loviselli A., Pig M. Affective psychosis, Hashimoto's thyroiditis, and brain perfusion abnormalities: case report // Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. — 2007. — № 3. — <http://www.highbeam.com/doc/1G1174396654html>. — Последнее посещение сайта 18.11.2014.
37. Chu J. W., Crapo L. M. The treatment of subclinical hypothyroidism is seldom necessary // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2001. — Vol. 86. — P. 4591-4599.
38. Davis J. D., Stern R. A., Flashman L. A. Cognitive and neuropsychiatric aspects of subclinical hypothyroidism:

- significance in the elderly // Curr. Psychiatry Rep. — 2003. — Vol. 5. — № 5. — P. 384-390.
39. Lee M. J., Lee H. S., Hwang J. S. et al. A case of Hashimoto's encephalopathy presenting with seizures and psychosis // J. Pediatr. — 2012. — Vol. 55. — № 3. — P. 111-113.
40. Meier C., Staub J. J., Roth C. B. et al. TSH-controlled L-thyroxine therapy reduces cholesterol levels and clinical symptoms in subclinical hypothyroidism: a double blind, placebo-controlled trial (Basel Thyroid Study) // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2001. — Vol. 86. — P. 4860-4866.
41. Nystrom E., Bengtsson C., Lindquist O. et al. Thyroid disease and high concentration of serum thyrotropin in a population sample of women // Acta Med. Scand. — 1981. — Vol. 210. — P. 39-46
42. Paulus W., Nolte K. W. Neuropathology of Hashimoto's encephalopathy // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2003. — Vol. 74. — P. 1009-1015
43. Razvi S., Ingoe L., Keeka G. et al. The beneficial effect of L-thyroxine on cardiovascular risk factors, endothelial function and quality of life in subclinical hypothyroidism: randomized, crossover trial // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2007. — Vol. 92. — P. 1715-1723
44. Sawin C. T., Geller A., Wolf P., Belanger A. et al. Low serum thyrotropin concentrations as a risk factor for atrial fibrillation in older persons // N. Engl. J. Med. — 1994. — Vol. 331. — P. 1249-1252
45. Siegmund W., Spieker K., Weike A. et al. Replacement therapy with levothyroxine plus triiodthyronine (bioavailable molar ratio 14:1) is not superior to thyroxine alone to improve well-being and cognitive performance in hypothyroidism // Clin. Endocrinol. (Oxf). — 2004. — Vol. 60. — № 6. — P. 750-757
46. Van der Deure W., Appelhof B. C., Peeters R. P. Polymorphism in the brain-specific thyroid hormone transporter OATP-C1 are associated with fatigue and depression in hypothyroid patients // Clinical Endocrinology. — 2008. — № 69.—P. 804-811.
47. Visser W. E., Friesema E. C. H., Jansen J. and Visser T. J. Thyroid hormone transport in and out of cells // Trends in Endocrinology and Metabolism. — 2008. — Vol. 2. — № 19. — P. 50-56.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/319834>