

8. Agazade N. Koping-strategii vo vremja krizisa : [Elektronnij resurs] / N.Agazade // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektronnyj nauchnyj zhurnal. – 2012. – №1. – Rezhim dostupu<http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_1_12/nomer/nomer01.php>.
9. Rodina N. V. Statevo-rol'ova identychnist' osobystosti ta osoblyvosti podolannja stresu v sytuacijah zagrozy samoaktualizacii' / Natalija Volodymyrivna Rodina // Osvita ta rozvytok obdarovanoi' osobystosti. – 2015. – №1. – S. 32–37.
10. Kornijenko I. O. Koping-povedinka osobystosti u stresovyh sytuacijah u procesi rozvytku simejnyh vidnosyn / I.O. Kornijenko // Naukovyj visnyk Hersons'kogo derzhavnogo universytetu. – 2016. – №1. – S. 39–45.

Received November 09, 2016

Revised December 15, 2016

Accepted January 24, 2017

УДК 159.94

К.С. Максименко

Ksenia.maximenko@gmail.com

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СООТНОШЕНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Maksymenko K.S. An empirical study of the correlation between physical illness and mental states / K.S. Maksymenko // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufriieva. – Issue 35. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2017. – P. 309–321.

K.S. Maksymenko. An empirical study of the correlation between physical illness and mental states. The results of empirical research of the correlation between physical illness and mental states are presented in the article. On the basis of the first stage of our empirical study it was found: patients with somatic diagnosis experienced mostly the mental states by the asthenic type; emotional states accompanying physical illness, were not directly related to a specific diagnosis, and in this sense they could

be considered non-specific; patients with somatic diagnose tended to pay more attention to their own emotional states, more clearly differentiating them. It indicates about the greater importance of these states compared to healthy people.

It is shown that in the group of standards all correlations are roughly at the same level. It is established that in somatic diseases there is a different intensity and different levels of interaction: some correlations are enhanced, others reduce. It is proved that in the case of the disease the restructuring, change of information and energy components of the state occur. It is noted that physical illness does not directly simulate the appropriate state and the process here is complex and indirect. It is studied that changes take place in the states themselves (in their separate components), and only then there is the formation of new forms of state experiences but not the states as such. It is found that a low coefficient of concordance and minor fluctuations in the amount of ranking indicators suggest a wide range of content nuanced experiences of mental states among healthy, as well as people with physical diseases.

Key words: physical illness, mental state, patient, correlations, experiences, emotional state.

К.С. Максименко. Эмпирическое исследование соотношения соматического заболевания и психических состояний. Изложены результаты эмпирического исследования соотношения соматического заболевания и психических состояний. На основании первого этапа нашего эмпирического исследования было установлено: пациенты с соматическим диагнозом переживают в своем большинстве психические состояния по астеническому типу; эмоциональные состояния, сопровождающие соматическое заболевание, не имеют прямого отношения к конкретному диагнозу и в этом смысле могут считаться неспецифическими; пациенты с соматическим диагнозом склонны более внимательно относиться к собственным эмоциональным состояниям, более отчетливо дифференцируя их, что свидетельствует о большей значимости этих состояний по сравнению с практически здоровыми людьми.

Показано, что в группе нормы все корреляционные связи находятся примерно на том же уровне. Установлено, что при соматических заболеваниях наблюдается различная интенсивность и различные уровни взаимодействия: одни корреляционные связи усиливаются, другие – угасают. Доказано, что в случае заболевания происходит переструктурирование, изменение информационных и энергетических компонентов состояния. Отмечено, что соматическое заболевание не прямо моделирует соответствующие состояния, а процес здесь является сложным и опосредованным. Исследовано, что изменения происходят в самих состояниях (в их отдельных составляющих), и уже затем происходит образование новых форм переживаний состояний, а не состояний как таковых. Установлено, что низкий коэффициент конкордации и незначительные колебания суммы ранговых показателей говорят о

достаточно широком спектре содержательных нюансов переживаний психических состояний как здоровыми, так и людьми с соматическими заболеваниями.

Ключевые слова: соматическое заболевание, психическое состояние, пациент, корреляционные связи, переживания, эмоциональное состояние.

К.С. Максименко. Емпіричне дослідження співвідношення соматичного захворювання і психічних станів. Викладено результати емпіричного дослідження співвідношення соматичного захворювання і психічних станів. На підставі першого етапу нашого емпіричного дослідження було встановлено: пацієнти з соматичним діагнозом, переживають у своїй більшості, психічні стани по астеничному типу; емоційні стани, які супроводжують соматичні захворювання, не мають прямого відношення до конкретного діагнозу і в цьому сенсі можуть вважатися неспецифічними; пацієнти з соматичним діагнозом схильні більш уважно ставитися до власних емоційних станів, більш чітко диференціюючи їх, що свідчить про більшу значимість цих станів, порівняно з практично здоровими людьми.

Показано, що в групі норми всі кореляційні зв'язки знаходяться приблизно на тому ж рівні. Встановлено, що при соматичних захворюваннях спостерігається різна інтенсивність і різні рівні взаємодії: одні кореляційні зв'язки посилюються, інші – згасають. Доведено, що в разі захворювання відбувається реструктурування, зміна інформаційних і енергетичних компонентів стану. Відзначено, що соматичне захворювання не прямо моделює відповідні стану, а процес тут є складним і опосередкованим. Досліджено, що зміни відбуваються в самих станах (в їх окремих складових), і вже потім відбувається утворення нових форм переживань станів, а не станів як таких. Встановлено, що низький коефіцієнт конкордації і незначні коливання суми рангових показників говорять про досить широкий спектр змістовних нюансів переживань психічних станів як здоровими, так і людьми з соматичними захворюваннями.

Ключові слова: соматичне захворювання, психічний стан, пацієнт, кореляційні зв'язки, переживання, емоційний стан.

Постановка проблемы. Итак, мы исходили из *гипотезы* о том, что соматическая болезнь не только способствует возникновению определенных специфических состояний, но и, главным образом, вызывает другие формы их переживаний. При этом нас интересовали не отдельные болезни и их специфика, а более общие тенденции, которые, как мы предполагали, присущи любому состоянию, связанному с соматическим заболеванием.

Цель статьи – эмпирическое исследование соотношения соматического заболевания и психических состояний.

Результаты исследования. Данные исходные соображения обусловили специфику построения и развертывания

экспериментальной ситуации и выбор испытуемых. Последними были пациенты с различными соматическими диагнозами, находившиеся на лечении в стационаре Киевской клинической больницы № 12. Количество – 30 человек (18 женщин и 12 мужчин), возрастной диапазон от 21 до 59 лет. Кроме того, исследование проводилось и с контрольной группой (N = 27) соматически здоровых людей с аналогичными половыми и возрастными параметрами.

Процедурно эксперимент представлял собой три последовательных этапа индивидуальной диагностической работы с обследуемыми.

На первом этапе в процессе психологического интервью устанавливалось, какое именно психическое состояние в настоящее время у испытуемого. Важно отметить, что в действительности процедура интервью формировала переживания актуального состояния. Как отмечал А. Прохоров: «Включенность состояния в систему личностной организации порождает зависимость состояния от индивидуальных особенностей личности, от её целей, отношений к явлениям действительности, что проявляется в принципе личностной регуляции состояний» (Прохоров, 2004, с. 147-148). Таким образом, содержание данного этапа заключалось, собственно, не в столько в диагностировании, сколько в специфическом от-refлексировании переживания состояния, в результате чего последнее не только уяснялось субъектом, но и представлялось в виде определённой семантемы (названия). По результатам данного этапа было установлено, что при проведении исследования индивидами переживались такие психические состояния: напряжение – 4 человека, тревога – 4 человека, страх – 4 человека, неопределённость – 3 человека, тоска – 3 человека, печаль – 3 человека, одиночество – 2 человека, апатия – 2 человека, равнодушие – 2 человека, подавленность – 1 человек, нестабильность – 1 человек, удовольствие – 1 человек.

Из перечисленного видно, что у больных наблюдалось абсолютное преобладание отрицательных (астенических) состояний (за исключением, собственно, одного: лишь один человек переживал состояние удовольствия). Для сравнения приведём результаты контрольной группы: тревога – 7 человек, радость – 6 человек, печаль – 4 человека, подавленность – 3 человека, напряжение – 2 человека, усталость – 2 человека, возбуждения – 1 человек, разочарование – 1 человек, удовольствие – 1 человек. Всего около 30% лиц переживали стенические состояния (радость, удовольствие).

Возможно, имеет смысл допустить, что переживания астенических состояний является характерным признаком соматического заболевания. Для нашего исследования важно то, что пациенты с соматическим диагнозом дают больше разных названий переживания ими состояниям. Пожалуй, стоит уточнить, что в нашей выборке диагнозы распределились следующим образом: гипертоническая болезнь 2 степени – 5 человек, язвенная болезнь желудка – 5 человек, пиелонефрит – 2 человека, ИБС – 1 человек, ишемический инсульт – 1 человек, язва 12-перстной кишки – 1 человек, острая пневмония – 1 человек, бронхит в стадии обострения – 1 человек, хроническая почечная недостаточность 2 степени – 1 человек, хроническая сердечная недостаточность – 1 человек, цирроз печени 1 человек.

Полученные нами данные обобщены в нижеприведенной таблице (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение психических состояний и соматических заболеваний

Болезнь \ Состояние	Состояние									
	Напряжение	Тревога	Страх	Неопределенность	Тоска	Грусть	Одиночество	Апатия	Равнодушие	Угнетенность
Ишемия	+									
Гипертония				+						
Инсульт										+
Пиелонефрит		+								
Язва желудка		+						+		
Пневмония		+								
Язва 12-перстной кишки					+				+	
Гипертония	+					+				
Бронхит	+									
Гастрит		+	+			+				
Гипертония	+									
Хроническая почечная недостаточность			+							
Хронический холецистит				+						
Сердечная недостаточность									+	
Нефрит					+				+	

Из таблицы видно, что переживания психических состояний, по крайней мере в нашей выборке, не имеет специфической привязки к конкретному соматическому заболеванию.

На основании первого этапа нашего эмпирического исследования было установлено следующее:

- пациенты с соматическим диагнозом переживают в своем большинстве психические состояния по астеническому типу;
- эмоциональные состояния, сопровождающие соматическое заболевание, не имеют прямого отношения к конкретному диагнозу и в этом смысле могут считаться неспецифическими;
- пациенты с соматическим диагнозом склонны более внимательно относиться к собственным эмоциональным состояниям, более отчетливо дифференцируя их, что свидетельствует о большей значимости этих состояний по сравнению с практически здоровыми людьми.

Как отмечает А.О.Прохоров: «Психическое состояние, вследствие интегрирующей функции, образует «психологический строй» личности: процессы – состояние – свойства, развертывающийся в условиях социального функционирования субъекта и ситуаций жизнедеятельности» (Прохоров, 2004, с. 496). При этом состояния проявляются в виде макро- или микроформ.

Жизнедеятельности, в зависимости от конкретной жизненной ситуации. Свообразными моделями макроформ жизнедеятельности человека могут быть такие её проявления: «норма», «кризис», «патология». Или, другими словами, нормальные состояния – кризисные (переходные) состояния – патологические состояния (болезнь). Именно диапазон «норма – болезнь» позволяет установить наиболее контрастные особенности динамики психического состояния.

Выявлению данных закономерностей было посвящено наше исследование на **втором этапе**.

Исследование проводилось с экспериментальной (N = 30) и контрольной (N = 20) группами сразу же после первого этапа. С каждым испытуемым проводилась индивидуальная работа. В ходе этой работы ему предлагалось оценить свое состояние по опроснику «Рельеф психического состояния», разработанному А.О.Прохоровым (Прохоров, 2007). Опросник содержит в себе шкалы психических процессов, физиологических реакций, переживаний и поведения. Всего 40 показателей – по 10 для каждой

стороны переживания состояния. В инструкции предлагалось по 11-тибалльной шкале оценить свое текущее состояние (его мы исследовали на первом этапе) и, по возможности, «войти» в него. Важно отметить, что данный опросник разработан в соответствии с концепцией «неравновесных состояний», что зафиксировано в представлении и интерпретации результатов: предполагается, что показатели в пределах $5 \pm 0,5$ баллов свидетельствуют «равновесном» (собственно, здоровый) характере протекания состояний. Отклонения от этой числовой области свидетельствуют о тенденции патологичности (неравновесности) состояний или в сторону их обострения и реактивности (высокие показатели), или, наоборот, в сторону подавления и поглощенности с потерей чувствительности и гибкости (низкие показатели).

У нас есть все основания констатировать, что гипотеза А.О.Прохорова подтверждается и нашими эмпирическими данными, правда с небольшим уточнением: речь идет не о самих по себе состояниях, а об их переживании человеком.

Обратимся к результатам опросника (см. табл. 2)

Таблица 2

Динамика переживаний психических состояний

Исследуемые показатели	Соматически больные	Здоровые
Психические процессы	7,92	6,98 (с – 8,54) (а – 5,94)
Физиологические реакции	6,53	6,9 (0 – 7,16) (а – 6,12)
Эмоциональные переживания	6,98	5,5 (с – 7,54) (а – 4,51)
Поведение	7,74	6,3 (с – 6,31) (а – 5,82)
Общее	7,29	

В таблице представлены среднеарифметические показатели каждой группы переживаний ($r < 0,01$).

Рассмотрим психические процессы. Согласно нашим данным, пациенты с соматическим диагнозом в целом демонстрируют значительно более высокие показатели по регистрируемым параметрам, чем здоровые, т.е. их показатели ближе к состояниям «неравновесности». Подчеркнем, что здесь и далее речь идет не об объективных параметрах функционирования психических процессов, а о переживаниях человека в контексте того или иного состояния.

Особенно высокими оказались показатели значений внимания, восприятия, мышления, воображения и представлений. Серьезного внимания заслуживает вариативность переживания. Как мы уже отмечали, практически все пациенты испытывают астенические состояния. Из таблицы 2.5 видно, что у здоровых испытуемых по параметру «психические процессы» наблюдается чёткая дифференциация: те, кто переживают стенические состояния, характеризуются очень высокими показателями в сторону обострения активности и чувствительности процессов (8,54), а те, кто переживают астенические состояния – низкие, в сторону их угнетения (5,94). У соматических пациентов наблюдались высокие показатели (7,92) в связи с переживанием астении, что может служить важным диагностическим показателем. В отношении к типу соматического заболевания статистически значимых зависимостей не наблюдалось.

Рассмотрим теперь физиологические компоненты переживания состояний. Наиболее высокие значения наблюдались у здоровых, переживающих стенические состояния (7,16). У них отмечены высокие показатели по шкалам температуры, мышечного тонуса, координации движений и двигательной активности. Кроме того, у них замечена самая низкая вариативность физиологических показателей по всем параметрам физиологической шкалы. Высокий показатель сам по себе говорит о том, что в норме стеническое состояние больше влияет на физиологические параметры, чем соматические отклонения. Нам представляется, что это служит ярким свидетельством в пользу развития психосоматического направления современной медицины и необходимости разработки патогенетических моделей психотерапии.

На втором месте (6,53) находятся показатели пациентов с соматическим диагнозом. Они имеют более высокий уровень вариативности, который, однако, не зависит ни от типа заболевания, ни от вида переживаемого состояния, ни от пола, ни от возраста. Во всяком случае, показатели вариативности нашей выборки не коррелируют надёжно ни с одним из перечисленных параметров. Это свидетельствует, на наш взгляд, в пользу развёртывания специальных исследований клинического характера с ориентацией на индивидуальные варианты развития.

Низкие значения физиологических показателей демонстрируют здоровые лица, переживающие астенические состояния (6,12). У них самая большая вариативность (низкая устойчивость) физиологических показателей. Наименьшую

устойчивость имеют показатели мышечного тонуса, сердечно-сосудистой системы и терморегуляции.

Обращает на себя внимание тот факт, что лишь по физиологическим параметрам переживания астенических состояний соматическими пациентами приближаются по значению к переживаниям астенических состояний здоровыми людьми.

По показателям эмоциональных переживаний наибольшие значения имеют лица в норме, переживающие стенические состояния (7,54). Особенно высокие показатели у них по шкалам «тоска – веселье», «печаль – оптимистичность», «пассивность – активность», «скованность – раскованность». С другой стороны, и самые низкие показатели по данному компоненту имеют здоровые лица, переживающие астеническое состояние (4,51). Особенно низкие данные по шкалам «сонный – бодрый», «вялый – живой», «грустный – весёлый».

У пациентов с соматическим диагнозом общий показатель достаточно высок (6,98), т. е. в соответствующих дихотомиях неравновесие смещается все же в сторону активных проявлений. Наиболее высокие показатели здесь по шкалам «печаль – оптимизм» (что связано, вероятно, с надеждой), «напряжение – расслабление», «пассивность – активность». Анализ разброса переживаний показывает, что наибольшей вариативностью отличаются показатели пациентов с соматическим диагнозом.

Самые высокие показатели соматические пациенты имеют по параметру «поведение». С одной стороны, эти показатели могут рассматриваться как лучшие, поскольку шкалы этой части опросника построены таким образом, что более высокие баллы проставляются по характеристикам, которые описывают более управляемое и урегулированное поведение. С другой стороны, высокий показатель (7,74) свидетельствует о значительном отклонении в сторону «неравновесного» состояния.

Анализ структурно-функциональной организации психических состояний позволил выявить следующие особенности. В группе нормы было установлено, что все составляющие состояний на высоком уровне значимости коррелируют между собой, образуя целостный функциональный комплекс. Наиболее высокая корреляция установлена между психическими процессами и поведением ($r = 0,766$ при $p < 0,01$). На основании этого мы по методу Виханду построили плеяды, в которых в качестве центрального звена оказались процессы и поведение. Причем с процессами были связаны физиологические реакции, а с поведением – переживания. Обработка по методу корреляционного

кольца (Герентьев) показала, что все показатели состояний на значимом уровне связаны между собой. Кроме того, нами установлено, что содержательные показатели переживания состояний в норме имеют высокую коррелируют с их модальностью (стенические – астенические), $R = 0,818$ при $p < 0,01$.

При переживании состояний в условиях соматического заболевания картина изменяется. Здесь не так важна модальность состояния (в нашей выборке все состояния были астеническими, но их переживания происходило по параметрам, похожим на переживания стенических состояний в норме). Мы связываем это с процессами мобилизации защитных сил организма и создания собственного, более оптимистично настроенного смыслового пространства. Следует подчеркнуть: при соматических заболеваниях не все корреляционные связи между состояниями и их переживанием являются значимыми. Наибольшая значимость отмечалась между физиологическими реакциями и переживаниями ($r = 0,827$ при $p < 0,01$). В случае нормы эта связь ниже ($r = 0,569$). Однако физиологические реакции имеют выраженную связь с поведением, что присуще и здоровым лицам. Анализ показывает, что центральным звеном переживания состояния соматически больными лицами являются психические процессы и физиологические реакции. Психические процессы в большей степени связаны с поведением, а переживания с физиологическими реакциями. Отсюда становится понятным возникновение психосоматических отклонений и невротических нарушений вследствие соматически болезненных состояний.

Итак, результаты показывают, что в группе нормы все корреляционные связи находятся примерно на том же уровне. При соматических заболеваниях наблюдается различная интенсивность и различные уровни взаимодействия: одни корреляционные связи усиливаются, другие – угасают. Мы считаем, что таким образом в случае заболевания происходит переструктурирование, изменение информационных и энергетических компонентов состояния. Последние данные могут свидетельствовать о том, что соматическое заболевание не прямо моделирует соответствующие состояния, а процесс здесь является сложным и опосредованным. Изменения происходят в самих состояниях (в их отдельных составляющих), и уже затем происходит образование новых форм переживаний состояний, а не состояний как таковых.

На **третьем этапе** экспериментального исследования решалась задача изучения содержательных особенностей пережи-

вания психических состояний в норме и у пациентов с соматическим диагнозом. Был использован цветовой тест Люшера. Процедура данный этап завершал эксперимент и проходил индивидуально по традиционной типовой инструкции. Выбор в качестве диагностической методики теста Люшера был обусловлен рядом причин. Главная из них заключалась в том, что проявление содержания переживания через вербализацию нельзя считать адекватным. С другой стороны, в настоящее время существует ряд исследований, результаты которых свидетельствуют о целесообразности и уместности применения данной методики для решения некоторых вопросов психологического содержания переживаний психических состояний. Так, в уже ставшем классическим исследовании Л.А.Шварц, сотрудницы известного советского психофизиолога С.В.Кравкова, были обнаружены заметные изменения цветовой чувствительности в зависимости от эмоциональных состояний человека (см. Шварц, 1948). Положительные состояния, например, радость, оказались связанными с повышением чувствительности к красному и желтому и со снижением – к синему и зеленому. При переживании негативных состояний наблюдалась обратная картина – чувствительность к зеленому и синему росла, а к желтому и красному уменьшалась. Интересные соотношения о взаимосвязи эмоциональных состояний и цветовых предпочтений были установлены также в недавнем исследовании украинских психологов Е.П.Воропаева и В.А.Мединцева (см. Воропаев и Мединцев, 2011). А.М. Эткинд (Эткинд, 1979) провёл серию исследований цвето-эмоциональных значений у взрослых. Частота цвето-эмоциональных ассоциаций, наблюдавшихся в исследовании, достоверно отличалась от случайного распределения по данным χ^2 . Для всей матрицы его значение составило 716 ($p < 0,001$). В работе с соматиками Т.А. Айвазян, В.П.Зайцев с соавторами установили, что больные сердечно-сосудистыми заболеваниями отдают предпочтение синему, а желтый и красный – отвергают. На основе этих и многих других результатов можно предположить, что тест Люшера достоверно фиксирует изменения эмоциональных переживаний людей и может быть использован для решения задач нашего исследования (см. Айвазян и др., 1989).

Обработка результатов осуществлялась с помощью приписывания каждому цвету ранга (от 1 до 8) в зависимости от его места в последовательности, создаваемой испытуемым и суммой рангов каждого цвета по всем исследуемым для здоровых

людей и соматически больных отдельно. Вычислялся также коэффициент конкордации W , который является мерой согласованности оценок для процедуры ранжирования в рамках непараметрической статистики.

Значимость коэффициента конкордации определялась по критерию X^2 . Отметим, что индивидуальные результаты ранжирования в обеих сериях характеризовались значительной вариативностью. Рассмотрим результаты ранжирования (табл. 3).

Таблица 3

**Групповые данные о цветовых предпочтениях
у здоровых и соматически больных**

Здоровые		Больные	
Цвет	Σ	Цвет	Σ
зеленый	111	серый	118
синий	114	зеленый	128
желтый	127	синий	131
красный	142	фиолетовый	134
серый	143	коричневый	135
фиолетовый	163	желтый	147
коричневый	171	черный	148
черный	200	красный	149
W-0.19		W = 0,27	

Выводы. Отметим, что низкий коэффициент конкордации и незначительные колебания суммы ранговых показателей говорят о достаточно широком спектре содержательных нюансов переживаний психических состояний как здоровыми, так и людьми с соматическими заболеваниями.

Необходимо также отметить, что мы не получили плеяд с высокой корреляцией по таким параметрам, как «вид заболевания», «вид психического состояния», «пол», «возраст». Это означает, в частности, что проблема предпочтений цвета остается открытой и требует дальнейших уточнений с учетом социокультурных ее аспектов.

Список использованных источников

1. Айвазян Т. А. Изучение диагностических возможностей цветового теста у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев, И. А. Таравкова // Психологический журнал. – 1989. – Т.10. – № 3. – С. 106–110.

2. Воропаев Е.П. «Ценностные ориентации» Шварца и «Цветовые предпочтения» Люшера: возможности соотнесения / Е.П. Воропаев, В.А. Мединцев // Журнал практикующего психолога. – 2011. – Вып.18. – С. 102–117.
3. Прохоров А.О. Системный анализ психического состояния состояний / А.О. Прохоров // Психология состояний. Хрестоматия / Составители Т. Н. Васильева и соавт.; Под ред. проф. А.О. Прохорова. – М. : ПЕР СЭ; СПб. : Речь, 2004. – С. 141–153.
4. Шварц Л.А. Изменения цветоощущения в эмоциональных состояниях / Л.А. Шварц // Проблемы физиологической оптики. – М., 1948. – т. 6. – С. 314–320.
5. Эткинд А. М. Опыт теоретической интерпретации семантического дифференциала / А. М. Эткинд // Вопросы психологии. – 1979. – № 3. – С. 17–27.

Spisok ispol'zovannyh istochnikov

1. Ajvazjan T. A. Izuchenie diagnosticheskikh vozmozhnostej cvetovogo testa u bol'nyh serdechno-sosudistymi zabolevanijami / T. A. Ajvazjan, V. P. Zajcev, I. A. Taravkova // Psihologicheskij zhurnal. – 1989. – Т.10. – № 3. – С. 106–110.
2. Voropaev E.P. «Cennostnye orientacii» Shvarca i «Cvetovye predpochtenija» Ljushera: vozmozhnosti sootnesenija / E.P. Voropaev, V.A. Medincev // Zhurnal praktikujushhego psihologa. – 2011. – Вып.18. – С. 102–117.
3. Prohorov A.O. Sistemnyj analiz psihicheskogo sostojanija sostojanij / A.O. Prohorov // Psihologija sostojanij. Hrestomatija / Sostaviteli T. N. Vasil'eva i soavt.; Pod red. prof. A.O. Prohorova. – М. : PER SJe; SPb. : Rech', 2004. – С. 141–153.
4. Shvarc L.A. Izmenenija cvetooshhushhenija v jemocional'nyh sostojanijah / L.A. Shvarc // Problemy fiziologicheskoy optiki. – М., 1948. – т. 6. – С. 314–320.
5. Jetkind A.M. Opyt teoreticheskoi interpretacii semanticheskogo differenciala / A. M. Jetkind // Voprosy psihologii. – 1979. – № 3. – С. 17–27.

Received November 07, 2016

Revised December 14, 2016

Accepted January 16, 2017