МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО АСТРАХАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

2021

Л.А. Костина

А.С. Кубекова

Психологический статус больных гипертонической болезнью

Монография

МИР НАУКИ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

УДК 159.9
ББК 88.3
К 723

Рецензенты: Р.В. Бисалиев – доктор медицинских наук, профессор, проректор по учебной и научной работе Института Усовершенствования «РЕАМЕД»;

Л.Ф. Фурси – кандидат психологических наук, доцент кафедры гуманитарных наук и психологии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный технический университет».

Костина, Лариса Александровна
Кубекова, Алия Салаватовна
К 723 Психологический статус больных гипертонической болезнью. Монография – М.: Мир науки, 2021. – Сетевое издание. Режим доступа: https://izd-mn.com/PDF/39MNNPM21.pdf – Загл. с экрана.

ISBN 978-5-6046186-4-6

В монографии рассматриваются актуальные вопросы медицинской психологии, изучаемые студентами медицинских вузов в рамках дисциплины «Медицинская психология». В монографии анализируется оценка психологического статуса, стратегий поведения в конфликтных ситуациях и агрессивности больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. выявлении ведущих патопсихологических факторов. Полученные результаты исследования послужили основанием для разработки психодиагностической модели и рекомендаций по психологической диагностике и профилактике конфликтного поведения у этих больных в стационаре.

Изучение материала, представленного в монографии, позволит студентам овладеть знаниями, необходимыми для формирования профессиональных компетенций, а также способствует их личностному росту и профессиональному самосовершенствованию. Монография предназначена студентам, обучающихся по направлениям подготовки (специальностям) высшего профессионального образования группы «Здравоохранение и медицинские науки».

ISBN 978-5-6046186-4-6

© Костина Лариса Александровна
© Кубекова Алия Салаватовна
© ООО Издательство «Мир науки», 2021

Оглавление

Введение 5

Глава 1. Теоретико-методические основы исследования психологических особенностей больных гипертонической болезнью с различными стратегиями поведения в конфликтных ситуациях 8

1.1. Понятие и психологические факторы конфликтного поведения в современной психологии 8

1.2. Агрессивное поведение как фактор риска в структуре соматических и психических расстройств 15

1.3. Резюме по главе 24

Глава 2. Материалы и методы исследования 26

2.1. Общая характеристика выборки исследования 26

2.2. Методы исследования 28

2.3. Резюме по главе 30

Глава 3. Результаты оценки психологического статуса, стратегий поведения в конфликтных ситуациях и особенностей агрессивности больных гипертонической болезнью 32

3.1. Оценка значимости анамнестических факторов конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью 32

3.2. Результаты оценки психологического статуса у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии 35

3.2.1. Оценка ситуативной и личностной тревожности у больных гипертонической болезнью 35

3.2.2. Оценка стрессоустойчивости и социальной адаптации у больных с гипертонической болезнью 37

3.3. Результаты оценки стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 39

3.3.1. Оценки доминирующих стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 39

3.3.2. Оценки доминирующих стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 43

3.4. Результаты оценки агрессивности и акцентуаций характера у больных гипертонической болезнью 46

3.4.1. Оценка агрессивности у больных гипертонической болезнью по данным проективного теста 46

3.4.2 Сравнительная оценка форм агрессии у больных гипертонической болезнью по данным опросника А. Басса и А. Дарки 50

3.4.3 Оценка акцентуаций характера у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии по данным характерологического опросника К. Леонгарда 54

3.5. Социально-психологические портреты больных гипертонической болезнью 57

3.6. Результаты факторного анализа показателей психологических тестов 63

3.7. Разработка психодиагностической модели прогнозирования конфликтного поведения у больных ГБ 70

3.8. Рекомендации по диагностике и профилактике конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью 71

3.9. Резюме по главе 75

Заключение 78

Список литературы 85

Приложение 92

Введение

Современные условия жизни, связанные с хроническим, эмоциональным напряжением, приводят к росту количества больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [54].

На сегодняшний день вопросы понимания причин увеличения количества сердечно-сосудистых заболеваний вызывают интерес у многих исследователей [49, 59, 82, 83, 95, 128, 130, 133]. Исследование психологических закономерностей изменения и восстановления психической деятельности при различной патологии, а также определение закономерностей и значимости психологических и социально-средовых факторов в этиологии и патогенезе соматических заболеваний и состояний дезадаптации являются важными задачами медицинской психологии как научной специальности [24].

Помимо этого, становится очевидным наличие индивидуальных различий у больных гипертонической болезнью (ГБ). Многими авторами нередко описываются противоположные параметры в рамках «коронарного профиля» [20]. При формировании конкретной формы патологии сердечно-сосудистой системы имеют место как частные, специфические, детерминируемые личностью больных проявления психических реакций, так и общие, неспецифические закономерности реагирования психики, которые проявляются преимущественно на уровне психического состояния и поведенческих реакций в социуме [48].

Психологами отмечена взаимосвязь ряда личностных свойств с ГБ (ответственность, активная жизненная позиция, эмоциональная неустойчивость, агрессивность или подавление эмоций и др.), конфликтов в семье и на работе [74, 100, 108, 110, 115]. Это неизбежно отражается на психологическом статусе, копинг поведении и особенностях агрессивности лиц с ГБ, возникает значительное число проблем жизнедеятельности индивида в семье, ближайшем окружении и социуме, что может привести к возникновению тревоги, конфликтному поведению, нарушениям психики [15, 18, 22, 27, 29, 31, 101, 105, 130].

Однако, систематизированные исследования пациентов с ГБ 2 и 3 стадии, посвященные комплексной оценке психологического статуса, копинг поведения (оценка стратегий поведения в конфликтных ситуациях) и агрессивности психологами до настоящего времени практически не проводились.

Полученные данные крайне важны для организации психологической коррекции пациентов с ГБ в период их стационарного лечения в связи с задачами диагностики и профилактики конфликтного поведения.

Психологическим аспектам сердечно-сосудистой патологии посвящены исследования многих авторов. Рассмотрены механизмы формирования психосоматических соотношений при гипертонической болезни [17, 19, 52, 80, 109, 118, 123]. В рамках психосоматической медицины рассмотрены этиопатогенез, качество жизни, факторы риска и принципы психотерапевтической коррекции при гипертонической болезни [75, 80, 119, 125]. Был проведен анализ особенностей эмоциональных реакций на стресс у больных артериальной гипертонией [32], индивидуальных особенностей свойств темперамента у больных артериальной гипертонией [37, 49]. Рассмотрена агрессивность как интегративное свойство личности в рамках неврозологии и психосоматической медицины [80, 113, 126]. А также развитие нового направления исследований - психокардиологии [77, 125, 127]. Рассмотрена биопсихосоциальная модель болезни и факторы риска психической патологии [23, 112].

Проанализированы вопросы факторов риска и психологической коррекции психического состояния больных сердечно-сосудистой патологией, при этом акцент сделан на ишемической болезни сердца [36, 92, 93].

Ряд работ посвящен исследованию взаимосвязи психологических особенностей личности и качества жизни больных сердечно-сосудистой патологией и, прежде всего, ишемической болезнью сердца [17, 47, 98, 138]. Особое внимание эти авторы уделяли выявление факторов преморбидности, рассматривая их в качестве факторов риска возникновения кардиологической патологии. Следует отметить, что при исследовании личностных особенностей больных, которые страдают теми или иными заболеваниями, по-прежнему, остается открытым вопрос о том, являются ли выявленные особенности преморбидными качествам личности или же представляют это результат влияния заболевания на личность [26, 43, 49, 58].

В исследованиях зарубежных авторов [122, 129, 132, 134] было проанализировано влияние и роль эмоционального стресса в манифестации артериального давления. Отмечено, что важную роль в адаптации к стрессорам играют характерологические и фрустрационные особенности личности больного ГБ. Роль копинг поведения в преодолении хронического стресса рассмотрена в работах отечественных психологов [15, 21, 31], в которых отмечена значимость личностных ресурсов в формировании защитно-совладающего поведения.

Проблема исследования состоит в том, что, несмотря на определенную роль психологических факторов при развитии и осложнениях течения сердечно-сосудистых заболеваний, психологических исследований, которые изучают особенности психологического статуса и агрессивности больных гипертонической болезнью и стратегии их поведения в конфликтных ситуациях, до сих пор явно недостаточно. На сегодняшний день только незначительное количество работ посвящено исследованию психологических факторов конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью.

Исходя из краткого обзора состояния проблемы возникает необходимость проведения исследований психологических особенностей больных гипертонической болезнью и стратегий их поведения в конфликтных ситуациях. Идентификация особенностей больных гипертонической болезнью с различными стратегиями поведения в конфликте позволит реализовать дифференцированные превентивные мероприятия в стационарах и организовать необходимые коррекционные программы. Прогноз и профилактика конфликтного поведения больных гипертонической болезнью в стационарах являются важными задачами медицинской психологии.

В связи с этим оценка психологического статуса, стратегий поведения в конфликтных ситуациях и агрессивности у больных гипертонической болезнью с различными стратегиями конфликтного поведения в рамках современных концепций психосоматической медицины имеет важное значение для теории и практики медицинской психологии.

Цель исследования: на основе оценки психологического статуса, стратегий поведения в конфликтных ситуациях и агрессивности больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, выявить ведущие патопсихологические факторы, обосновать психодиагностическую модель и рекомендации по психологической диагностике и профилактике конфликтного поведения у этих больных в стационаре.

Методологической основой исследования являются: теоретический анализ по проблеме выбора стратегии поведения в конфликтных ситуациях (Скотт Дж. Г., Томас К., Кеннет Р., Гришина Н.В. и др.) и личностных факторов возникновения конфликтов (Громова О.Н., Кричевский Р.Л., Анцупов А.Я., Шипилов А.И. и др.).; теоретические положения биопсихосоциальной модели здоровья (Бройтигам В., Гурвич И.Н., Перре М., Бауман У., Карвасарский Б.Д., Незнанов Н.Г.); системный и деятельностный подходы в психологии (Б.Ф. Ломов, А.Н. Леонтьев, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский); теоретические основы

изучения поведения коронарной личности (Фридман М. и Розенман Р.); теории фрустрации, агрессии, враждебности (Розенцвейг С., Лоренц К., Басс А., Дарки А., Вагнер Э., Доллард Д., Аллан Ф. и др.).

Методология и принципы психологического исследования в клинике, основы патопсихологии (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник), медицинской психологии (В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев, В.М. Блейхер, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, В.В. Николаева, С.В. Чермянин, О.И. Щелкова), девиантологии (Е.В. Змановская), психологии защитно-совладающего поведения (Н.Е. Водопьянова, Р.М. Грановская, Е.Р. Исаева).

Глава 1. Теоретико-методические основы исследования психологических особенностей больных гипертонической болезнью с различными стратегиями поведения в конфликтных ситуациях

1.1. Понятие и психологические факторы конфликтного поведения в современной психологии

Под конфликтом понимается сложное многоуровневое явление, главным элементом которого является противоречие. В определениях конфликта также указывается и на то, что лежащие в основе этого феномена противоречия между вовлеченными в них субъектами трудно разрешимы и связаны с острыми эмоциональными переживаниями [21].

В зарубежной психологии существует традиция рассматривать конфликт как взаимоисключающие, несовместимые деятельности, цели, как несоответствие когнитивных структур [103]. В мотивационно-ориентированной концепции под конфликтом понимается состояние дисбаланса, несоответствием между структурами личности [107]. Другими словами, конфликт рассматривается в плоскости противоположных мотивов, которые возникают между субъектами [18].

Исследователь Н.И. Леонов [45] под стилем поведения в конфликтных ситуациях подразумевает сознательную или неосознанную сумму целей, которые преследует личности с целью решения конкретных конфликтных ситуаций для лучшего взаимодействия и направлено на эффективное урегулирование конфликтов.

Как считает Н.В. Гришина [22], конфликтные ситуации возникают вследствие противоположно направленных интересов и при этом участники конфликта стремятся их преодолеть.

Возникновение конфликтов напрямую взаимосвязаны с психологическими характеристиками, несоответствием ожиданий других людей, и в первую очередь, с противоположными мотивами и интересами людей. При этом выбор стратегии поведения в конфликтных ситуациях зависит также от целого ряда причин: например, личностными характеристиками оппонентов, социального статуса, от того насколько значима для оппонентов данная проблема, продолжительность конфликта и мн. др.

Под стратегией конфликта понимается поведенческая ориентация личности, а также определенная «стереотипность» в поведении в конфликтных ситуациях [27].

Стратегии поведения в конфликтных ситуациях классифицируются:

1. Уровнем осуществления собственных интересов (индивидуальные или групповые) и уровнем активности или пассивности в их отстаивании;
2. На стратегии поведения существенно влияют стремление удовлетворить интересы других участников конфликта, а также то, какие действия важнее для отдельных лиц, социальных групп – индивидуальные или совместные [27].

Однако, не каждое противоречие есть конфликт. Как указывает Гришина Н.В. [22], в соответствии с концепцией К. Томаса – Р. Килманна, если человек осознает ситуацию, как конфликт, она становится таковою. Исследовали выявили: конструктивную, деструктивную, конформистскую, активную и пассивную стратегию.

Наиболее распространенной классификацией стратегий поведения в конфликтных ситуациях принято считать двухмерную модель стратегий поведения в конфликте. Выделяют 5 основных стратегий поведения в конфликте:

1. Избегание. Под данной стратегией понимается стремление уйти от конфликта. Избегание наиболее эффективно в тех ситуациях, когда партнер обладает объективно большей силой и использует ее в конфликтной борьбе. Данная стратегия приносит положительные плоды, являясь временной отсрочкой в решении конфликта: в том, случае, если известно мало данных или нет психологической уверенности в своей позиции;

2. Приспособление. При данной стратегии личность жертвует собственными интересами в пользу интересов соперника. Эта стратегия естественна в тех случаях, если данный конфликт не так важен для индивида, а также то, что отношения с другим участником конфликта представляют из себя более важную ценность;

3. Соперничество. Каждый из участников отстаивает только свои интересы, не считаясь с интересами другого. Данный вид стратегии наиболее эффективен, если личность находится в экстремальных ситуациях. Соперничество чаще применяют, если цель чрезвычайна важна или, если оппонент наделен полномочиями и властью и имеет высокий уровень компетентности. При такой стратегии активно используются власть, сила закона, авторитет, манипуляции и т.д.;

4. Компромисс, или квазисотрудничество, или же по-другому взаимные уступки. При компромиссе ни одна из конфликтующих сторон не получает удовлетворения сполна – каждый вынужден в чем-то поступиться своими интересами. Данная стратегиям наиболее эффективна, если требуется быстрое решение.

5. Сотрудничество. Данную стратегию поведения в конфликтных ситуациях можно описать как стратегия взаимодействия. Сотрудничество успешно применятся дляважных и долгих отношения личности, когда партнеры находятся в равных условиях и при равном социальном статусе. Эта стратегия наиболее хороша тем, что удовлетворяются интересы обеих сторон, причем в полной мере, а также тем, что при сотрудничестве сохраняются интересы и межличностные отношения [31].

Наибольший интерес к исследованию конфликтов представляет собой концепция Н.В. Гришиной [22]. В данной концепции рассмотрены три типа психологических ориентаций, с помощью которого, личность делает выбор стратегии поведения в конфликте. Когнитивная ориентация является определенным регуляторов в поведении, и представляют собой ожидания, позволяющие сориентироваться на когнитивном уровне в той конфликтной ситуации, в которой оказался человек [27].

Благодаря данной когнитивной ориентации на когнитивном уровне выстраиваются приоритеты («за» и «против») у личности. Следующей является мотивационная ориентация. Она состоит в том, что она состоит из определённых типов социальных отношений с помощью чего оценивается возможность или невозможность социальных отношений. К примеру, если у личности имеются положительные установки, то он способен остальных участников воспринимать положительно. И наоборот, если у личности доминируют отрицательные установки относительно других людей, то у личности формируется враждебность и замкнутость. При этом такая личность ожидает от других участников аналогичных негативных установок. Данная ориентация базируется как на потребности в агрессии, так и потребности в защите [24].

Были также выделены и моральные ориентации, которые заключатся во обоюдных обязательствах перед собой и остальными людьми, взаимодействия и отношения

рассматриваются более масштабно и рассматривается с точки зрения социальной перспективы, которая учитывает интересы других в данных отношениях. В кооперативной ситуации появляется потребность к равенству в отношениях. В конкурентной ситуации моральная ориентация направлена к борьбе за выигрыш, при этом борьба может вестись как с учетом норм, и тогда моральная ориентация включает обязательства по соблюдению норм, так и без них [27].

В качестве выяснения причин и факторов возникновения конфликтов, исследователи конфликтного поведения условно разделяют на диспозиционный и ситуационный подходы [20]. В диспозиционном подходе существуют два утверждения, источники находятся в повседневном социальном опыте. Согласно первому утверждению, то во многих социальных ситуациях поведение разных людей отлично. Во втором утверждении предполагается, что поведение конкретной личности в различных ситуациях можно спрогнозировать. Данные утверждения помогли развить многие объяснительные модели конфликтного поведения [7].

В рамках ситуационного подхода конфликты рассматриваются только как внешне наблюдаемые, а также их поведенческие характеристики. Конфликт понимается как реакция на внешние раздражители. По мнению Н.И. Леонова [45] в рамках ситуационной детерминации конфликта, конфликт может рассматриваться как следствие объективного столкновения интересов сторон.

По мнению М.В. Кишко [34], у людей существуют неявные, скрытые допущения, которые детерминируют выбор стратегии поведения в конфликте. Результатом восприятия конфликтной ситуации участниками конфликта является актуализация образа конфликта.

В основе выделения стратегий лежит концепция о «силовом поле» мотивации руководителя, ориентированного либо на производство (проявление напористости), либо на человека (кооперативность) [27]. Напористости отвечают такие стратегии, как соперничество и избегание, кооперации – приспособление и сотрудничество; приспособление занимает среднюю позицию. Специалисты указывают, что применение поведенческих стратегий в конфликте определяется стадией его развития. Другими авторами экспериментально доказано: большая часть так называемых неконфликтных людей не имеет устойчивых предпочтений и применяет все стратегии поведения в конфликте примерно с одинаковой частотой [27].

На поведение людей в возникновении конфликтов и в их разрешении значительное влияние оказывают различия в типах людей, что необходимо учитывать при попытках предупреждения конфликтов и их разрешения. Л. Берковиц [7] считает, что различные предпочтения характеров людей лежат в основе их взаимодействия и без их учета невозможно разрешить ни одного конфликта.

В исследовании Т.В. Михайловой [55] было установлено, что у больных ХСН в стадии декомпенсации отмечается высокая интенсивность и напряженностью МПЗ, а также доминированием неэффективных и относительно эффективных копинг-стратегий («активное избегание», «изоляция», «смирение», «самообвинение», подавление эмоций»).

Агрессия является одним из факторов конфликтного поведения. Проявления агрессии лежат в основе конфликтов, проявляются в применении насилии над другим объектом [21].

Значительное количество исследований под агрессией подразумевается такой вид поведения, который ориентирован на физический или же моральный вред другому человеку. Однако же, данной определение не является универсальным, так как на сегодняшний день этот термин имеет различные определения в научных работах [15]. Отсюда данный вопрос носит

дискуссионный характер и мы не можем быть убеждены в том, что на самом деле имеется ввиду, когда индивид описывается как агрессивный.

Порой и словари оказываются не сильно полезными. Например, в некоторых из них говорится, что слово «агрессия» обозначает насильственное нарушение прав другого лица и оскорбительные действия или обращение с другими людьми, равно как и дерзкое, ассертивное поведение. В этом определении представлены весьма разнообразные действия, но все они обозначаются словом «агрессия» [15].

В исследованиях, в которых изучаются вопросы агрессивного поведения, определяют три группы причин, которые влияют на агрессию: биологические, социальные и психологические [40]. Биологические факторы включают: наследственность, отягощенную психическими заболеваниями, алкоголизм, употребление наркотиков и психотропных препаратов, наличие в анамнезе тяжелых или повторных черепно-мозговых травм, инфекционные заболевания и т.д. [40].

Психологические параметры, которые связаны с агрессивностью как свойством личности, проявляются в выраженности в структуре личности черт эгоцентризма, эмоциональной нестабильности, импульсивности, тревожности, дисфории, к эмоциям ярости и гнева [84]. Имеют значение уровень самооценки, локуса контроля [96]. Одну из ведущих параметров в формировании агрессивного поведения играют характеристики мотивационной сферы, а также уровень социализации индивида со степенью интериоризации регулирующих поведение морально-этических и правовых норм [5].

Социальные факторы, которые оказывают значительное влияние на агрессивное поведение, являются: полученное образование, наличие и характер выполняемой деятельности, фактор семейного положения, общение в асоциальных группах и другие.

По мнению Т.Б. Дмитриевой [24], агрессия и агрессивное поведение человека – это действия, базирующиеся на агрессивности и направленные на причинение физического, морального или иного ущерба людям или другим объектам окружающего мира, сопряжённые с насилием против них. Такого рода агрессия определяется по-разному, но в целом дефиниции соответствуют приведённому данному определению. Её обозначают как мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения. В этом определении подчёркивается негативная и зачастую противоправная сторона агрессии. При этом автор понимает агрессивность как свойство личности, особенность характера, правда некоторых людей, которая выражается в готовности к агрессивному восприятию и соответствующей интерпретации поведения другого лица или лиц в рамках межличностных отношений [28].

Вопрос агрессии и агрессивного поведения в психологической литературе характеризуется сложностью и многогранностью, так как, не смотря на значительное число источников, проводящих анализ данного феномена, в психологии на настоящий момент не было сформулировано единого и общепринятого определения агрессии и агрессивного поведения. Подтверждает данную ситуацию и мнение Л. Берковица [7, 106], считает, что дефинитивный диапазон понимания агрессии и агрессивного поведения разнообразен и, зачастую, диаметрально противоположен по оценке различными авторами.

Словарь русского языка трактует термин «агрессия» как «нападение, насильственное подчинение [69]. Специализированные словари так же многозначны в определении агрессии и агрессивного поведения:

Агрессия (от латинского «agressio» – нападение, приступ) – это мотивированное деструктивное поведение, которое противоречит установленным правилам в социуме, наносит

ущерб объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический вред людям (отрицательные переживания, состояния напряженности, страха, подавленности и т.д.) [72].

Словарь по психоанализу [76] трактует агрессию как тенденцию или совокупность тенденций, проявляющихся в реальном поведении или фантазировании, цель которых заключается в том, чтобы навредить другому человеку, уничтожить, принудить к каким – либо действиям, унизить.

Психологический словарь под редакцией В.В. Юрчук [64] рассматривает агрессивное поведение как мотивационное поведение, акт, который может наносить вред объектам атаки – нападения или физический ущерб другим индивидам, вызывающий у них дискомфорт, депрессию, напряжённость, страх, аномальное психологическое переживание.

По мнению большинства исследователей, агрессивность является чертой личности, тогда как агрессивное поведение есть внешнее проявление данной черты [47, 61, 69].

С точки зрения одного из наиболее известных зарубежных исследователей данного феномена, термин «агрессивность» означает злость, злобу, ненависть, ярость. Он не окрашен никак – ни негативно, ни позитивно, нейтрален [34].

Это, по мнению К. Лоренца [46], связано с тем, что ярость, например, не всегда является негативной для индивида или общества. Он считает, что многие успехи, которых достигло человечество, без ярости не были бы достигнуты, так как она послужила своеобразным сигналом для начала деятельности и возникновения индивидуальной и групповой активности. В то же время, однако, не было бы некоторых разочарований, постигнувших общество.

По определению Э. Фромма [88] слово «агрессия» произошло от слова aggredi, корень в основе которого буквально произошло от adgradi (gradus значит «шаг», а ad – «на»), т.е. означает что-то вроде «двигаться на», «наступать». Aggredi – это непереходный глагол, и поэтому он не соединяется напрямую с дополнением; нельзя сказать to aggress somebody «нападать кого-либо». В первом обозначении слова «быть агрессивным» означали нечто типа «двигаться в направлении цели без промедления, без страха и сомнения» [89].

З. Фрейд [87] изначально рассматривал агрессию как результат проявления Эдипова комплекса и подавления инстинктивных либидозных стремлений в раннем детстве. Затем исследователь несколько пересматривает своё мнение – за основной источник и движущую силу агрессивного поведения исследователь принимает конфликт между Танатосом и Эросом. При этом агрессивность понимается как постоянно высвобождаемая вовне энергия, которую практически невозможно нейтрализовать, так как последствия данной нейтрализации будут иметь деструктивные, а зачастую и фатальные последствия для психики.

В аналитической психологии К.Г. Юнга [99] понятие агрессивное поведение тесно связано с понятием «Тени» – бессознательного либо вытесненного психического содержания, которое не отвечает ожиданиям коллектива и идеалам Эго.

В.А. Бодров [8] утверждал, что агрессивное поведение во всех случаях является результатом фрустрации, которая является его провоцирующим источником, способствует процессам проявления и поддержания агрессивного поведения личности. Характерной особенностью данного подхода является то, что на возникновение агрессивного поведения личности может оказать значительное воздействие оправданность или неоправданность агрессивных действий с точки зрения индивида, совершающего агрессивный акт, сходность черт агрессора и жертвы [72].

По определению, предложенному C. Bass с соавт. [104], агрессивное поведение – это любое поведение, которое отражает угрозу или наносит вред остальным. На наш взгляд,

данное определение является несколько зауженным, так как, во-первых, не производится учёта аутонаправленного агрессивного поведения, а во – вторых, по нашему мнению, агрессивное поведение не является исключительно негативным явлением, имея возможность становиться катализатором индивидуальной активности.

Определение, предложенное Л. Берковицем [7] содержит следующее положение: чтобы те или иные действия трактовались как агрессивное поведение, они должны включать в себя обиду или оскорбления, а не только приводить этим результатам. Среди отечественных психологов, исследовавших агрессию и агрессивное поведение, необходимо выделить С.Л. Рубинштейна [66], Т.Г. Румянцеву [68], О.Ю. Михайлову [54], Л.М. Семенюк [73], С.Л. Соловьёву [80], Е.В. Змановскую [29] и др.

Н.В. Гришина [22] считала, что в ходе исторического развития человечества возникают и формируются культурные формы поведения, причём к началу каждого возрастного периода складывается своеобразное и строго специфическое отношение между индивидом и окружающей его средой. Фактор социальной ситуации развития оказывает значительное влияние и на формирование агрессивности и агрессивного поведения. Если к данному периоду социальная среда, в которой развивается индивид, носит жёсткий, императивный, агрессивный характер, то агрессивное поведение, как норма выживания в данной среде, формируется наиболее всеобъемлюще. Е.В. Змановская и В.Ю. Рыбников [29] оценивают агрессивность и агрессивное поведение как форму адаптации к окружающей индивида социальной среде, сочетающуюся с нормами его окружения.

О.Ю. Михайлова [54] рассматривает агрессивное поведение как социально - адресованную активность, направленную на изменение и корректирование ситуации при сохранении стабильного к ней отношения и в качестве своей цели рассматривающую расширение возможностей удовлетворения потребностей субъекта путём деструкции депривирующих факторов. Агрессивное поведение при таком подходе становится своеобразным защитным механизмом, направленным на сохранение целостности и формирование оптимального состояния жизнедеятельности отдельно взятого организма [61].

Ю.М. Антонян [4] анализирует агрессивность как черту личности, социальной группы, государства и общества. При этом агрессивность может как обладать деструктивной, так и созидательной направленностью. Отнесение агрессивности к деструкции зависит от цели, средств и содержания агрессивного действия. Агрессивное поведение зачастую является симптомом выживания, активности и созидания. Агрессивное поведение может носить индивидуальный и коллективный характер, возникая на биологической основе агрессивности, приобретает социальный характер.

В исследованиях А.А. Ратинова и О.Д. Ситковской [65] агрессивность носит социально-приобретённый характер и связана с определённым строением мотивационной сферы личности, являющейся составной частью системы ценностей. Агрессивное же поведение формируется преимущественно в системе изначального социализационного воздействия, то есть в детском и раннем подростковом возрасте. Это своеобразная позиционная направленность личности, характерными особенностями которой является наличие деструктивных тенденций и выбора преимущественно насильственных средств для достижения своей цели [117].

Л. Сонди [81] выделяет в своих исследованиях 4 варианта проявления агрессивного поведения:

1. Агрессия, обусловленная желаниями, стремлением к наслаждениям. Такая агрессия манифестирует себя как сексуальный садизм, мазохизм, садомазохизм.

2. Каинистическая агрессия, которая питается энергией аффектов и выплескивается в припадочных действиях, за которыми чаще всего следует фаза искупления вины.

3. Самостная агрессия – всё отрицающая, разрушающая мир и саму личность агрессия, которая выражается в разнообразных формах негативизма, сокрушающего ценности и идеалы, а также в нигилизме, мотивированном идеологией.

4. Фрустрационная агрессия, которая из-за слишком короткой дистанции и непринятости в социальной жизни и сфере контактов может привести в экстремальных случаях к террористическим и экстремистским акциям возмездия и, так называемой, освободительной борьбе представителей угнетенных социальных классов, народных групп и наций.

K.A. Dodge и J.D. Coie [116] предложили использовать названия «реактивная» и «проактивная» агрессия. Реактивная агрессия, по их мнению, предполагает возмездие в ответ на осознаваемую угрозу, проактивная агрессия, как и инструментальная, порождает поведение (например, принуждение, влияние, запугивание, направленное на получение определенного позитивного результата).

В.В. Бойко [10] в своих исследованиях выделяет следующие виды агрессии личности:

1. «Экстрапунитивность» – тенденция всегда и во всем обвинять других и некогда себя;
2. Поиск мишени – тенденция отразить агрессию на невинных субъектах;
3. «Оправдание через нападение» – механизм агрессии, который базируется на смене объекта порицания – вместо себя агрессор подставляет других обьектов;
4. «Праведный гнев» – оправдание собственной агрессии возвышенным мотивом;
5. «Проекция негативных качеств» – приписывание своих недостатков партнеру; «самоутверждение путем унижения другого» – понижение значимости, ценности того, кто (что) вызывает досаду;
6. «Деликатное хамство» – изощренное оскорбление человеческого достоинства;
7. Различные экспрессивные средства агрессии [10].

Таким образом, мы можем отметить, что единой классификации форм проявления агрессивного поведения не существует и, в основном, тип агрессии выделяется в зависимости от преобладания того или иного компонента.

Современные психологические исследования феномена агрессивного поведения позволили выделить ряд индивидуально-психологических факторов агрессии, такие как: когнитивные, эмоциональные, волевые особенности личности, а также бессознательная сфера.

Способ мышления относят к когнитивным факторам, опосредующий агрессивное поведение. В этом контексте рассматриваются агрессивные убеждения. Так как они обусловливают формирование стратегии и тактики поведения, интерпретацию и рефлексию различных воздействующих стимулов и ситуаций, а также самого индивида в системе социальной коммуникации.

Что касается эмоциональных факторов, то они проявляются в эмоциях злости и раздражения, вызывающие агрессивные действия. Наиболее выраженными они становятся при наличии сопутствующих психических и соматических расстройств.

Волевые факторы могут обеспечить конкретный уровень контроля эмоциональной реакции поведения в целом [54].

Сфера бессознательного выделяет паттерны агрессивности и агрессивные установки у личности, которые представляет собой неосознаваемое состояние готовности индивида к агрессии в конкретных ситуациях [54].

Актуальными являются исследования копинг-механизмов, которые имеют важное значение в системе социально-психологической адаптации как здоровых, так и больных [8, 24]. Исследованиями Р.М. Грановской [21] установлено, что в случаях невозможности реализации социально-психологическая напряженности, у индивида включаются механизмы психологической защиты или копинг-стратегии.

Е.Н. Ашанина [6], обследуя сотрудников ГПС МЧС России, пришла к заключению, что экстремальные условия профессиональной деятельности, многочисленные факторы риска, высокая ответственность и значимость труда сотрудников приводят к снижению продолжительности и качества их жизни, обусловливая высокий уровень психосоматической патологии. Первым этапом негативного воздействия этих условий и стресс-факторов являются разнообразные пограничные нервно-психические состояния и нарушения функционального характера.

А.П. Макурина [50] считает, что умение правильно справляться со стрессовыми жизненными ситуациями значительно уменьшается у больных снижением навыков социального и проблемно-решающего поведения, они часто используют дезадаптивные механимы копинг поведения. Таким образом, выбор неадаптивных копинг стратегий (например, конфронтации и дистанцирования), увеличивает риск агрессивного поведения. Автор полагает, что ключевую роль при развитии готовности к агрессивному поведению также играют такие эмоции как злость, раздражение и враждебное восприятие ситуаций. В виде копинг стратегий, которые уменьшают возможность появления агрессивного поведения, могут быть эмоционально обусловленные решения к избеганию проблем и открытых конфликтов, либо способ их положительной переоценки [50].

Другими словами, психологическая напряженность (возможно, подавляемая агрессивность), с одной стороны является факторами риска психосоматических расстройств, с другой, – психологическим фактором риска агрессивного поведения вследствие реализации неадаптивных копинг механизмов.

1.2. Агрессивное поведение как фактор риска в структуре соматических и психических расстройств

Различные психологические и клинические исследования установили, что психологические факторы главным образом оказывают влияние на формирование соматических заболеваний, а также регулируют физическое и психологическое состояние здоровье личности [83]. В формировании соматических заболеваний исследователи выделили следующие факторы риска: это стрессы, отрицательные эмоции, внутриличностные конфликты, конфликтное поведение, а также агрессия и враждебность [86].

Агрессия в настоящее время рассматривается и понимается как одна из причин при формировании заболеваний сердечно-сосудистой системы. Под агрессивностью подразумевается устойчивый психологический параметр и ее компоненты (враждебность, гнев, чувство вины) провоцируют висцеро-вегетативными изменения, которые приводят к расстройствам сердечно-сосудистой системы [86].

Психосоматический параметр главным образом участвует при развитии таких заболеваний сердечно-сосудистой системы как артериальная гипертензия; ишемическая болезнь сердца; нарушения сердечного ритма; кардионевроз [97].

Сердце и сосуды в первую очередь регулируют жизнедеятельность, но в норме личность этого не осознает. Однако, при физической и психической деятельности работа

сердца может функционировать в виде учащенного сердцебиения или тахикардии. Кроме того, что изменения в деятельности сердца одинаково меняются как при позитивных, и при негативных эмоциях, патологические расстройства сердечно-сосудистой системы связаны с такими эмоциями как: страх, гнев, злость, печаль и другими негативными эмоциональными проявлениями. К примеру, при страхе одиночество и ощущении угрозы извне у человека может возникнуть чувство, будто сердце стучит в горле и в области головы [83]. На физиологическом уровне возникает выброс адреналина, который вызывает сужение сосудов, учащенное сердцебиение и увеличение сокращения миокарда, которое приводит к ощущению тревожности и страха.

Больные кардиологического профиля, как правило, не обращают внимание на предвестники инфаркта миокарда. Такие больные легкомысленно относятся к неприятным ощущениям и симптомам, и склонны их вытеснять. Больные кардиологического профиля характеризуются терпимым и безразличным отношением к первым симптомам собственной болезни. Как правило считается, что враждебно настроенные люди чаще страдают ишемической болезнью сердца [81].

На основании исследования С.Л. Соловьевой [80] было установлено влияние биологических и социальных факторов, которые формируют агрессивность и агрессивного поведения личности, на группе практически здоровых лиц, больных эндогенным психическим заболеванием (шизофрения), больных психосоматическими заболеваниями (больные ишемической болезнью сердца). В исследовании раскрывается связь между дефицитарным видом осуществления агрессивности у больных ишемической болезнью сердца и склонностью к чрезмерному контролю над своими эмоциями, что приводит к высокому эмоциональному напряжению, т.е. качества, которые формируют необходимыми социальными требованиями к развитию личности. Доказана ведущая роль биологических факторов (наличие эндогенного психического заболевания), которая детерминирует формирование разрушительных и дефицитарных видов осуществления агрессивности при небольшой способности к социализации личности. Выявлены психологические факторы формирования агрессивности у здоровых, больных ИБС, а именно: эгоцентризм, эмоциональная напряженность, низкий уровень эмпатии, трудности в социальных взаимоотношениях [86].

Т.Л. Чапала [92] выделяет на основании исследования психологические факторы в клинической динамике ишемической болезни сердца, специфичных для каждой клинической формы заболевания, сочетающегося с преходящими нарушениями мозгового кровообращения:

– у больных ишемической болезнью сердца «безболевая ишемия» установлена положительная взаимосвязь между напряжением, подавляемой агрессией и чувством вины, низким уровнем эго-защитных проявлений;

– у больных, у которых отличалась выраженная патологическая симптоматика ишемической болезни сердца (инфаркт миокарда), прямая взаимосвязь была между физической, косвенной и вербальной агрессией и снижением значимости коммуникаций и взаимодействия, аутоагрессии, снижение степени собственной ответственности;

– у больных ишемической болезнью сердца выраженная взаимосвязь была у эго-защитных проявлений, негативизмом, потребность в любви и принятии и депрессией, бегством от реальности, аутоагрессией [92].

В исследовании Г. Аммона [3] была выделена конструктивная агрессия (открытое прямое проявление агрессии в социально установленном виде или с социально положительными последствиями), деструктивная (открытые признаки агрессии и

агрессивного поведения в социально допустимом виде или с социально отрицательными результатами) и дефицитарная (связана с дефицитом необходимых поведенческих умений и вследствие этого - с ограниченным отреагированием агрессивных желаний). Дефицитарная форма агрессии в наибольшей степени характеризует больных с самыми разнообразными формами психосоматической патологии. Бронхиальная астма служит универсальным примером многофакторно детерминированного заболевания, при которой функционируют многочисленные параметры, такие как: психосоматические, инфекционные и аллергические [13]. Эмоциональные детерминанты не могут создать необходимые условия при формировании заболевания, но у биологически подверженного к ней индивида они могут запустить в действие астматическое заболевание. Взрослый контингент больных бронхиальной астмой могут вытеснить из памяти свою детскую историю, но усугубление их болезни происходит, как правило, когда надо проявлять такие качества как: решительность, ответственность, независимость, способность справиться с печалью, одиночеством [8].

Ведущие параметры подобного «портрета личности» у больных бронхиальной астмой характеризуется склонностью к подавлению депрессивных состояний и агрессии, а также сдерживанием к проявлениям на фрустрирующие ситуации, доминирование неотреагированных эмоциональных переживаний, а также высокий уровень нервозности, чрезмерной возбудимости, либо же наоборот, слабость, значительная истощаемость, выраженное беспокойство [16]. В поведенческих проявлениях и характере больных чаще отмечаются проявления с защитой эмоциональных, прежде всего агрессивных реакций, а также скрытая потребность в любви и близости. За «маской равнодушия» или даже агрессивным поведением, как правило, скрывается острое желание любви и поддержки. Традиционным отмечается понимание агрессии, ее выражение, что он не может «выпустить свою злость на воздух». Это может отразиться в признаках удушья. Индивидуально-психологические особенности и невротические расстройства, а также неадекватные психологические проявления и реакции на болезнь (тревожно-депрессивные, меланхолические, истероидные, анозогностические, псевдоанозогностические, эгоцентрические, ипохондрические) могут определить агрессивное поведение у больных, которые затем закрепляется в поведенческие установки, которые облегчают формирование астматических признаком по нервно-психическому принципу [8].

Аналогичная ситуация складывается с артериальной гипертензией. Артериальная гипертензия чаще складывается тогда, когда индивид находится в ситуациях хронического и напряженного предвосхищения. Провоцирующими ситуациями могут быть долгое ощущение эмоции страха, дефицит времени и увеличивающееся напряжение [12]. Считается, что в основе болезни лежит подавленная агрессия. Для больных артериальной гипертензией характеризуют классическую невротическую психологическую картину с доминированием навязчивого состояния, вследствие чего зачастую появляются внутриличностные и внешние конфликты, из-за чего осложняется эмоциональная разрядка.

По данным Ф. Александера [2], ведущим центром психодинамики у больных артериальной гипертензией является постоянное противоборство с увеличивающимся враждебно-агрессивным эмоциональным состоянием. Больные испытывают страх утратить хорошего отношения от окружающих людей и поэтому постоянно контролируют реакции собственной агрессии. Больные артериальной гипертензией регулярно выражают высокую раздражительность, если соприкасаются с нарастающим сопротивлением. В собственной определенной установке на скромность они могут отвергнуть собственные желания в пользу окружающих людей, тем самым ожидая их похвалы и не пробуждать агрессию или

враждебность [2]. Именно эти параметры, характеризуемые самостоятельно друг от друга многими исследователями как желание помочь, скромность, постоянно подавляемая агрессия, и определяет конкретные параметры личности, которые имеют значительную роль при развитии определенных проявлений подавления потребностей, которые воспринимаются как опасные.

Манифестные параметры при восприятии окружающего и поведения у больных артериальной гипертензией представляет особый вид защиты от своих агрессивных реакций.

Неотреагированное (дефицитарное) агрессивное поведение может развивать неправильную реакцию в спазмировании сосудов мозга (ГБ) или коронарных сосудов (ИБС). Увеличение артериального давления является обычной реакцией на экстремальную внешни воздействия, но хронически высокое артериальное давление может регулироваться подавляемой подсознательной агрессивностью [19]. Неотрегированное агрессивное поведение отличается неспособностью к насыщению злости, вследствие чего невозможность реакции во вне и значительное накопление, постоянные эмоций злости и гнева, помимо заболеваний сердечно-сосудистой системы, может повлечь за собой снижение иммунитета, в результате чего облегчается развитие самого большой линейки соматических заболеваний. В этом случае неотреагированная агрессивность выступает в виде общей неспецифической причиной всех психосоматических расстройств.

В зарубежных исследованиях вопросы нарушений работы сердечно-сосудистой системы при влиянии психоэмоциональных стрессорных причин исследовались только в отношении острых заболеваний [111, 124]. D. Pavin, H. Le Breton и C. Daubert [135] предлагают такие термины: «stress cardiomyopathy» и «broken heart syndrome». Но значительная часть работ об изменениях в сердце под воздействием стрессовых факторов связана с исследованиями результатов физического перенапряжения. Подобные трасформации в англоязычной литературе отмечаются терминами «heartstain» – напряженное сердце, «cardiacfatigue» – утомленное сердце [135].

Известны публикации о роли профессионального стресса в развитии ишемической болезни сердца и гипертонической болезни [10, 25]. И хотя на протяжении более чем 100 последних лет исследовалось воздействие многих причин на формирование патологии сердца (первые работы, которые связаны с данным вопросом, относятся к 1901 г. – M. Gallaverdin), задачи о роли профессионального хронического, физического и психоэмоционального положения в формировании нарушений сердца остается малоизученным [83].

Можно сделать вывод о том, что психологический фактор является важным критерием для развития психосоматических расстройств. Таким образом, механизм формирования психосоматических болезней, или, по-другому их называют, психосоматозов, может быть отражен в таком виде: психологический фактор провоцирует эмоциональное напряжение, при этом запускает нейроэндокринную и вегетативную нервные системы с текущими переменами в сосудистой системе и во внутренних органах. Изначально такие изменения являются функциональными, однако, при значительном и постоянном повторении они становятся внутренними и необратимыми [9].

В понимании П.И. Сидорова и с соавт. [74] для психосоматических заболеваний отличительным является установление важности роли психологических факторов, как в формировании, так и в детерминации ими увеличивания или уменьшения соматического (физического) ущерба. Как полагают исследователи, параметром для отнесения имеющего специфического физического заболевания или страдания к психосоматическому является

наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения [74].

Высокая распространенность агрессии и агрессивного поведения у лиц психиатрического профиля, а также их взаимосвязь с общественно опасными действиями представляет интерес многих исследователей к этой проблеме. Взаимовлияние агрессивного поведения и психических расстройств особенно актуально для судебной психиатрии, так как отмечается значительный рост опасных действий против жизни и здоровья личности, совершаемых психически больными лицами [96, 100, 102]. Агрессивные проявления у лиц с психическими расстройствами, приводящие к общественно опасным действиям, остаются одной из важнейших проблем общей и судебной психиатрии.

Агрессивное поведение может проявиться как психически здоровых людей, так и у психически больных [66]. Вероятно, что у последних, значительное воздействие на развитии агрессивного поведения и осуществление агрессии могут быть психопатологические реакции, непосредственным образом действующий психопатологический синдром. Многие ученые выделяют разный уровень угрозы в психопатологических состояниях. Например, состояния расстроенного сознания с полной дезорганизацией поведения при сохранности моторных функций – сумеречные заболевания в сознании являются наиболее опасными заболеваниями; наименее опасными являются астенические реакции. К умеренной опасности относятся галлюцинаторно-бредовые, бредовые, аффективные и психопатоподобные синдромы [76]. Вместе с этим, в осуществление агрессии при всех описанных психопатологических синдромах, кроме заболеваний в сознании, ведущая роль отводится предболезненным психологическим установкам больных. В определенных случаях они могут привести к лёгкому появлению в агрессивно-насильственном поведении, чаще даже к повторным, одинаковым агрессивным проявлениям; в других случаях могут мешать подобным действиям [3].

Выделяют патологическую агрессию, т.е. насильственные действия, имеющие непосредственным источником психическое расстройство [1].

Её особенностями являются:

– патологическая мотивация, т.е. побуждения к агрессии связаны с содержанием болезненных фантазий и потребностей индивида;

– сверхценное значение агрессии, т.е. ее особый смысл и важность, включенность агрессии в смыслообразующую сферу личности;

– связь с изменениями в эмоциональной сфере, в частности, аффективно-злобными реакциями, тревогой, депрессией;

– неадекватность агрессии реальной ситуации, т.е. возникновение агрессии без достаточной причины;

– устойчивость и длительность агрессивного поведения, нередко с началом его уже в детском возрасте [74].

Например, у лиц с антисоциальной психопатией в дошкольном или раннем школьном возрасте выявляются склонность мучить животных, совершать поджоги, бить своих сверстников, фантазировать на темы агрессии и т.п. Чрезвычайная агрессивность больных с гебоидным синдромом, обычно сопряжённая с выраженными садистическими наклонностями, сохраняется в течение нескольких и более лет. У больных со сверхценно-бредовой и импульсивной агрессией в детстве отмечались страхи, носящие беспредметный либо бредовой характер [56].

Психотическая агрессия наблюдается у больных с психотическим состоянием (бредом, галлюцинациями, другими тяжёлыми симптомами психического расстройства и отсутствием сознания их болезненности) характеризуется высокой импульсивностью, снижением или потерей самоконтроля, сопровождается непредсказуемыми изменениями настроения и нарушениями влечений (гиперсексуальность, жестокость) [3]. Возникает на фоне психических нарушений в сфере настроения (депрессия, тревожность), влечений (садизм, пиромания), представлений и восприятия (галлюцинации, иллюзии), мышления (сверхценные, бредовые идеи) и т.д.

Выделяют следующие варианты реализации психотической агрессии:

– связанную с изменениями в эмоциональной сфере и возникновением неадекватных аффективных реакций;

– вызванную сверхценными и бредовыми образованиями (с идеями мести, ущерба, преследования, отношения и проч.);

– ассоциированную с садистическими тенденциями [15].

Поведенческая агрессия обусловлена личностным расстройством и чаще всего связана с психопатиями и психопатоподобными состояниями (последние возникают в связи с психическими заболеваниями и напоминают симптомы психопатии). Проявления поведенческой агрессии могут быть стойкими, наблюдающимися на протяжении ряда лет или же на протяжении всей жизни человека. Как правило, такие больные недостаточно критичны к проявлениям своей агрессивности, обычно они обвиняют окружающих людей в недружелюбном отношении к себе, себя же воспринимают исключительно в позиции жертвы [40].

На сегодняшний день проявления агрессии и агрессивного поведения оцениваются преимущественно в виде составной части того или иного психопатологического расстройства.

Проявление агрессивного поведения может быть у всех лиц, причем как психически здоровых, так и у психически больных [47]. Очевидно, что у последних, значительное воздействие при развитии агрессивного поведения и осуществление агрессии могут влиять психопатологические реакции, в первую очередь, это актуальный психопатологический синдром. Многие ученые выделяют разный уровень угрозы при психопатологических состояниях. Например, состояния расстроенного сознания с полной дезорганизацией поведения при сохранности моторных функций – сумеречные расстройства в сознании могут быть наиболее опасными синдромами; наименее опасными являются астенические проявления. Умеренной угрозой являются галлюцинаторно-бредовые, бредовые, аффективные и психопатоподобные синдромы. Вместе с этим, в осуществлении агрессивного поведения при всех перечисленных психопатологических синдромах, кроме расстройств сознания, ведущую роль играют преболезненные психологические установки больных. При конкретных примерах они приводят к лёгкому появлению агрессивно-насильственного поведения, зачастую даже к повторяющимся, однообразным агрессивным действиям; в других случаях мешают подобным действиям [38].

Большинство лиц с различными расстройствами личности подвержены дезадаптации и, соответственно, склонны к асоциальным видам в поведении. По этой причине чаще всего они могут вызывать интерес судебных психиатров и криминалистов. У лиц, которые совершили тяжелые насильственные преступления, чаще всего отмечаются такие патологии, как: расстройства личности – у 33%, органические поражения центральной нервной системы – у 19%, результаты черепно-мозговых травм отмечается у 18%, хронический алкоголизм – у

17%. Таким образом, среди убийц лица с психическими аномалиями составляют свыше 70% [8].

Среди совершивших агрессивные действия против личности доля невменяемых составляет 10-11%. Агрессивные проявления у лиц с психическими расстройствами, приводящие к общественно опасным действиям, остаются одной из важнейших проблем общей и судебной психиатрии. Кстати, психопатия, по мнению многих исследователей, диагностируется у многих сексуальных маньяков и серийных убийц. Различные формы агрессивного поведения, как верно отметили Б.В. Шостакович и Т.Б. Дмитриева [95], присуще для различных видов психопатических личностей, так как они наиболее уязвимы при конкретных жизненных обстоятельствах.

На основе исследования А.А. Абрамовой [1] было установлено, что агрессивность в структуре депрессивных расстройств имеет определенный спектр характеристик больных, способных влиять на форму и уровень проявления агрессии. Установлено, что различия в формировании агрессивного поведения при депрессиях разной нозологической принадлежности, в первую очередь, определяются преобладанием либо импульсивности, характерной для психопатий, либо рефлексивности, более присущей лицам с расстройствами аффективной сферы. У больных депрессией, по сравнению со здоровыми испытуемыми, больше выражена подозрительность, обида и враждебность, откуда можно сделать вывод о наличии у больных депрессией враждебных установок в адрес окружающих людей [1]. У больных с тяжелыми формами депрессивного расстройства, по сравнению с больными мягкими формами, на фоне повышенной подозрительности, обидчивости и враждебности отмечаются повышенная проактивная агрессивность как личностная черта и реактивная агрессивность как реакция на фрустрацию, направленные на людей и на ситуацию, а также изменения восприятия эмоционального состояния окружающих и себя. Это свидетельствует о наличии большей предрасположенности к агрессивному поведению у больных с очень тяжелой депрессией.

По данным А.П. Петрюка [61] и проведенным им анализом историй болезней выявил, что агрессивное поведение среди изученной группы больных было установлено у 57 (20,9%) больных психотическими психическими расстройствами и у 216 (79,1%) больных непсихотическими психическими расстройствами. Больные шизофренией характеризовались наибольшей опасностью в связи постоянных проявлений агрессивных реакций. Но все же мужчины, которые были больны шизофренией, в два раза чаще реализовывали агрессивные поступки, чем женщины, с таким заболеванием. Наибольший уровень агрессивности отмечалось при галлюцинаторно-параноидных синдромах. Вероятность агрессивных проявлений увеличивался при усугублении описанных синдромов, а именно: возникновение тревожности, ощущение потерянности, деперсонализации и дереализации. Мысли о преследовании, влиянии, ревности и отравления в данных моментах совмещаются с эмоциональными расстройствами и императивными галлюцинациями. Наиболее опасными являются устойчивые бредовые идеи определённого в содержании с направленностью на конкретных лиц, к примеру, бред ревности. Галлюцинации, бред и параноидные идеи вынуждают у больных наносить вред окружающим, хотя более постоянным результатов становится причинение ущерба себе (у 16,3% случаев – это больные шизофренией с агрессивным поведением). Больные чаще действуют под воздействием галлюцинаторных императивных «голосов» (41% больных были под влиянием императивного «голоса») или мнимых установок в злых намерениях окружающих. Следует подчеркнуть, что выраженной агрессивностью обладали также галлюцинации эротического содержания [61].

При биполярной форме заболевания симптомы гипомании или мании приводили к беспечным, безответственным действиям или даже бредоподобным реакциям, что служило поводом для совершения незначительных террористических актов (сообщение по телефону о заминировании офиса, школы) в целях привлечения внимания не столько к собственной персоне, сколько к «общественным проблемам» [61].

Степень проявлений агрессивных реакций у людей с синдромом алкогольной зависимости был достаточно высокий и, по многим исследованиям, он варьируется от 50 до 60% (выше отмечается у мужчин и показатель ниже – у женщин), но у людей, не являющиеся алкоголиками, наркоманами или токсикоманами, под влиянием опьянения также установили агрессивные действия против других лиц и создавали дорожно-транспортные ситуации. Но, хотя алкогольное опьянение во время реализации явных агрессивных поступков (убийства, нанесение тяжёлых повреждений и т.п.) наблюдалось в 72% случаев, остальные детерминанты сыграли более значительный фактор, чем алкоголь, который только упрощал осуществление агрессивных поступков и действий.

Так же результаты исследования А.С. Индина [30] установили, что у больных 1 группы, страдающих алкоголизмом общая агрессивность чаще высокая (76,0%) и средняя (24,0% – 12 чел.), а низкая отсутствует; у больных 2 группы – чаще низкая (53,2%) и средняя (40,4%>), высокая лишь у 6,4%; у больных 3 группы – чаще средняя (64,7%), высокая лишь у 23,5%, низкая у 11,8%. Высокая общая агрессивность в два раза больше была отмечена у тех больных, психологические характеристики которых еще до формирования алкоголизма доходят уровня психопатии, чем у предболезненно условно-гармоничных (42,3% – 41 чел. и 23,5% – 8 чел., соответственно), низкая – также вдвое чаще (25,8% – 25 чел. и 11,8% – 4 чел. соответственно), средняя – в два раза реже (32,0 % – 31 чел. и 64,7% – 22 чел.). У данных людей наблюдается преждевременное развитие патохарактерологических паттернов личности с формированием предрасположенности к алкоголизации еще до завершения в структурировании психопатии. Со временем отмечается единая закономерность динамических свойствах психологических качеств и развития алкогольной аддикции. На первичных этапах развития структуры психопатии те или иные патохарактерологические качества, которые характерны для каждого вида психопатии, устанавливается начало (обычно раннее) алкоголизации. В дальнейшем, развитие алкогольной аддикции осложняет формирование психопатии, делает сложнее ее структуру, что в свою очередь осложняет алкогольную аддикцию [30].

Иными словами, развивается закономерность соответствий по принципу безвыходного положения. Сам же механизм агрессивного поведения при алкогольной аддикции у больных психическими расстройствами (психопатиями) детерминирован мульти-осевым влиянием таких психопатологических причин, как патологически измененная структура, патологические симптомы самого синдрома аддикции при сопутствующем (коморбидном) психическом расстройстве.

Между тем, выявление взаимосвязи между агрессивностью, течением алкоголизма и психической патологией требуют дальнейшего изучения.

По результатам исследования А.А. Самедова [71] феномена агрессии при патологиях личности было установлено, что наибольшее количество агрессивно-насильственных преступлений и нарушений осуществляется в период от 20 до 39 лет, что характерно для времени, когда у личности происходит рассвет его активности и деятельности. Отмечено, что у более чем 76% исследуемых респондентов (39 человек из 50 больных) в своем прошлом имеют случаи проявления агрессивного поведения, которое повлекло за собой уголовную

ответственность и наказания за различные преступления против окружающих лиц. К примеру, это умышленное убийство, причинение тяжких телесных повреждений, воровство и разбой, изнасилование, дебоширство и др. Наибольшее количество респондентов имели в той или иной форме характерную направленность к злоупотреблению алкогольными напитками, что, свою очередь, значительно ухудшает контроль, эмоционально-волевое нарушение, склонность к аффектам, высокой конфликтности, раздражительности, чрезмерной импульсивности и таким образом, это влияет на осуществление агрессивных импульсов. Многие из тех, кто реализовал хулиганские проступки, разбойные нападения, воровство, кражи, постоянно меняли место работы, периодически имели значительную приостановку в рабочей деятельности.

Приблизительно 35% исследуемых респондентов (20 человек из 50 больных) были на диспансерном учете у психиатров, а также наркологов с различными видами диагнозов: расстройства в личности, следствие органического поражения головного мозга, алкогольная зависимость. Более 80 % исследуемых респондентов (40 человек из 50 больных) пребывают на повторном лечении [71].

Изучение данных анализа анкет о взаимоотношениях в семьях у родителей или опекунами и ближайшими родственниками, у больных респондентов обнаружено в значительном количестве случаев присутствие в них отрицательной психологической обстановки и психологического климата, который выражается в эмоциональном неприятии, или даже в жестоком отношении со стороны опекунов или родителей. Детерминанта физической агрессии – применение физической силы против других лиц – значительно преобладает над нормой (5 – индекс нормы) на 3,8 (на 76 %) у 38 из 50 исследуемых респондентов. После результатов анализа исследования, мы можем предположить, что той детерминантной, которая встречается наиболее часто и оказывает влияние на проявление данного типа агрессии, является злобонастроенность людей, которые пытаются оскорбить, подстрекают к драке.

Под косвенной агрессией подразумевается агрессия, обходным способом направленная на других людей или ни на кого не направленная, – превышает показатель нормы (4 – индекс нормы) на 2,3 (на 56%) у 28 исследуемых респондентов. Степень раздражительности – это готовность к выражению отрицательных эмоций и чувств при небольшом возбуждении – превышает норму на 2,9 (6 – индекс нормы), т.е. на 48%, у 25 исследуемых. Под негативизмом подразумевается оппозиционный способ в поведении, от пассивного сопротивления до активного противоборства против установленных норм и правил, – превышает норму на 4,8 (4 – индекс нормы), т.е. на 60%, у 30 исследуемых. Называя детерминанты, которые воздействуют на формирование негативизма, необходимо обращать внимание на неспособность подчиняться конкретным нормам и правилам, руководству или указаниям в повелительном ключе.

Психопатические личности чаще всего реализуют такие криминальные поступки, которые осуществляют их высокую базовую агрессивность (как черту личности) или отражают базовую мотивационную тенденцию [71].

Еще одним проявлением агрессии является обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия. Она превышает норму (4 – индекс нормы) на 3 единицы (на 76%) у 38 больных.

Подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред, в свою очередь, превышает норму (6 –индекс нормы) на 3,8 (на 64%) у 32 больных. Чувство вины, как еще один вид

проявления агрессии, выражающее возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что причиняет зло, а также ощущаемые им угрызения совести, превышает норму (6 – индекс нормы) на 3,8 (на 64%) у 32 больных. По результатам исследования коэффициент враждебности (7 – индекс нормы) и агрессии (22 – индекс нормы) превышает норму на 6,4 и 14 соответственно (на 92 и 64%) у 46 и 32 больных, что позволяет судить о том, что во время аффективных вспышек у патологических личностей осуществляется интенсивная и быстрая концентрация основных патологических проявлений (возбудимости, взрывчатости, раздражительности, злобности), при этом происходят резкие и внезапные, подчас неожиданные для окружающих изменения их поведения и даже внешнего облика, проявляющиеся разрушительными и аутоагрессивными тенденциями.

Иными словами, агрессивное поведение у больных психиатрического профиля и влияние психических расстройств на качество жизни остаются недостаточно теоретически и эмпирически освещенными, что имеет большое значение в профилактике общественно опасных и криминальных действий со стороны больных психиатрического профиля. Вне сомнения, кроме психопатологических и биологических факторов агрессии и агрессивного поведения у лиц с психическими расстройствами необходимо изучать анализ взаимосвязей личности и деятельности, составляющих функциональное, социально-психологическое и биологически-социальное единство [76].

Исходя из анализа литературы, можно сделать вывод о том, что агрессивное поведение в структуре соматических расстройств вызвано психологическими причинами и именно невыраженная и подавляемая агрессия становится причиной многих болезней. Если агрессию все время подавлять волевым усилием, то тем самым блокируется выработка определенных химических веществ, способствующих выражению агрессии. И тем самым эти гормоны перестают вырабатываться в нужном количестве, а соответственно это приводит к формированию соматическим расстройств.

В системе социально-психологической адаптации больных стратегии совладания имеют огромное значение. Исследователи отмечают значимость изучения стратегий совладания, как факторов, обеспечивающих эффективность лечения и психологической помощи [87]. Копинг стратегии – это актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, способ управления стрессором. К пассивному копинг поведению относятся способы преодоления стресса с использованием различных механизмов психологической защиты, которые направлены не на изменение стрессовой ситуации, а на редукцию эмоционального напряжения [8].

1.3. Резюме по главе

В первой главе проанализированы современные научные данные по проблеме конфликтного и агрессивного поведения у больных гипертонической болезнью, описаны этапы и механизмы формирования агрессивности.

В качестве выяснения причин и факторов возникновения конфликтов, исследователи конфликтного поведения условно разделяют на диспозиционный и ситуационный подходы. В диспозиционном подходе существуют два утверждения, источники находятся в повседневном социальном опыте. Согласно первому утверждению, то во многих социальных ситуациях поведение разных людей отлично. Во втором утверждении предполагается, что поведение конкретной личности в различных ситуациях можно спрогнозировать. Данные утверждения помогли развить многие объяснительные модели конфликтного поведения.

В рамках ситуационного подхода большинством авторов конфликты рассматриваются только как внешне наблюдаемые, а также их поведенческие характеристики. Конфликт понимается как реакция на внешние раздражители.

Таким образом, проведя анализ подходов к пониманию факторов конфликтного поведения, описана агрессия как свойство личности и ее поведенческая характеристика вследствие конфликтов.

Проанализирована проблема агрессивного поведения. Выделены специфические факторы, которые являются ведущим патогенетическим звеном при возникновении агрессивного поведения у больных гипертонической болезнью. Проанализированы факторы, детерминирующие факторы риска, которые способствуют реализации агрессивных форм поведения (биологические, социальные и психологические).

Отмечено, что выбор стратегии поведения в конфликтной ситуации зависит от различных факторов: личностные особенности оппонента, наличие ресурсов, уровень нанесенного оппоненту ущерба и собственного ущерба, социальный статус оппонента, значимость решаемой проблемы, возможные последствия, длительность конфликта и др. Исследователи выявили: конструктивную, деструктивную, конформистскую, активную и пассивную стратегию. Но большинство концепций опирается на сетку К. Томаса – Р. Килманна, которая включает следующие стили поведения: доминирование (соревнование), избегание, сотрудничество, приспособление, компромисс.

Анализ научной литературы позволил отметить, что, по мнению многих авторов, личностные особенности оказывают влияние на выбор стратегии поведения в конфликтных ситуациях. В частности, такие личностные особенности как: природные свойства личности (темперамент), система потребностей, интересов и мотивов, внутреннее представление личности о себе, её «Я-образ», психологическая устойчивость к негативному воздействию на психику; способность к эмпатии, завышенный или заниженный уровень притязаний; а также такие психологические ориентации, как когнитивная, мотивационная и моральная. Однако, практически отсутствуют работы, в которых выполнена оценка психологического статуса, агрессивности и стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. Основное внимание уделяется исследователями изучению психологического статуса и психологических качеств больных гипертонической болезнью 1 стадии.

Глава 2. Материалы и методы исследования

2.1. Общая характеристика выборки исследования

Психологическое исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть» (г. Астрахань). Участие в программе осуществлялось с добровольного согласия пациентов. Перед началом больные знакомились с целями и задачами проводимой работы. Было гарантировано сохранение конфиденциальности. Каждый из пациентов имел возможность получить информацию о результатах исследования, их интерпретацию, задать любые интересующие вопросы, относящиеся к собственному участию в программе, а также прервать обследование на любом этапе. Критерием отбора больных послужили клинические наблюдения медицинским персоналом за поведением больных. Другими словами, в группы с агрессивным поведением вошли больные, в клинике заболеваний которых наблюдались аффективная неустойчивость, возбудимость, напряженность, нежелание идти на компромисс, повышенная конфликтность. При отборе групп больных гипертонической болезнью с различными стратегиями поведения в конфликтных ситуациях, а также оценки конфликтного и агрессивного поведения, и определения стратегий поведения в конфликте, для объективности данных были включены психодиагностические опросники и экспертная оценка медицинского персонала. Общее количество обследованных составило 437 человек. При этом, планировалась общая выборка в 466 человек, однако 29 человек не были включены в исследование по некоторым причинам (отказ от участия на одном из этапов исследования, недобросовестное заполнение психодиагностических бланков, выраженность психопатологической симптоматики, рецидивы заболевания, боязнь огласки результатов).

Среди обследованных лиц были выделены четыре основные группы и пятая дополнительная:

Первая группа (74 человека) – больные с гипертонической болезнью (ГБ) 2 стадии;

Вторая группа (73 человека) – больные с гипертонической болезнью (ГБ) 3 стадии;

Третья группа (71 человек) – больные гастроэнтерологического (ГЭП) (хронический гастрит) профиля;

Четвертая группа (171 человек) – практически здоровые лица из числа контрольной группы (КГ), аналогичного пола, возраста, образования, места проживания, занятости, семейного положения.

Пятая дополнительная группа (48 человек) – больные гипертонической болезнью (ГБ) 2 и 3 стадии для оценки эффективности предложенной нами программы психологической диагностики и коррекции.

Таким образом, общий объем обследованных включал 437 человек, из них 195 больных гипертонической болезнью, 71 – больные гастроэнтерологического профиля и 171 – практически здоровые лица. Средний возраст первой, второй и третьей групп больных составил 45,6$\pm$ 1,3 года. В четвертой группе – 46,5$\pm$1,7 лет, в пятой – 45,1 $\pm$ 0,8 года. Распределение больных гипертонической болезнью и с хроническим гастритом по нозологической принадлежности представлено в таблице 2.1.

Таблица 2.1.

Распределение больных гипертонической болезнью
и с хроническим гастритом по нозологическим формам

Диагноз	Шифр по МКБ 10	Количество больных	В общей выборке (в %)
Гипертензивная (гипертоническая) болезнь	I10-15	195	73
Хронический поверхностный гастрит	K29.3	34	13
Хронический атрофический гастрит	K29.4	37	14

Гипертоническая болезнь - патология сердечно-сосудистой системы, развивающаяся в результате дисфункции высших центров сосудистой регуляции, нейрогуморального и почечного механизмов и ведущая к артериальной гипертензии, функциональным и органическим изменениям сердца, центральной нервной системы и почек. Осуществляется по ряду признаков: по уровню АД, причинам подъема АД, поражению органов мишеней, по течению и т.д. По уровню систолического показателя различают артериальную гипертензию I степени – 140–159/90–99 мм рт. ст.; II степени – 160–179/100–109 мм рт. ст.; III степени – более 180/110 мм рт. ст.

По характеру течения ГБ может иметь доброкачественное (медленно прогрессирующее) или злокачественное (быстро прогрессирующее) течение. Доброкачественная, медленно прогрессирующая гипертоническая болезнь в зависимости от поражения органов-мишеней и развития ассоциированных (сопутствующих) состояний проходит три стадии:

стадию I – отсутствие объективных признаков поражения органов-мишеней;

стадию II – наличие по крайней мере одного из признаков субклинического поражения органов-мишеней: гипертрофии левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ); микроальбуминурии или протеинурии (30–300 мг/24 ч) и/или уровень креатинина 1,3–1,5 мг/дл (м), 1,2–1,4 (ж); снижения клиренса креатинина (< 60 мл/мин); ультразвуковых признаков атеросклеротической бляшки в сонной артерии, утолщения интимы/медии > 0,9 мм; скорости пульсовой волны >12 м/с (сонная - бедренная артерия); гипертоническая ангиопатия.

стадию III – наличие клинических проявлений поражения органов-мишеней: головного мозга (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака); сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, хроническая сердечная недостаточность); почек (креатинин >2 мг/дл, хроническая почечная недостаточность); периферических сосудов (расслаивающаяся аневризма аорты, клинически выраженное поражение периферических артерий); сетчатки глаза (геморрагии или экссудаты, отек соска зрительного нерва). Течение ГБ нередко осложняется гипертоническими кризами - быстрым резким повышением АД.

Хронический гастрит – хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, объединяющее различные по морфологическому строению, этиологии и патогенезу воспалительные и дегенеративные поражения слизистой оболочки желудка.

Хронический гастрит типа В. Клиника: проявляются симптомами, которые характерны для язвенной болезни, голодными и ночными болями в эпигастрии, тошнотой, рвотой, отрыжкой кислым, изжогой. Характерна склонность к запорам. Все симптомы обусловлены повышением кислотообразующей функции в ответ на поражение антрального отдела желудка. Заболевание может иметь бессимптомное течение. Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины; эндоскопического исследования, позволяет уточнить

локализацию, характер изменений СО желудка. Абсолютным диагностическим критерием служит выявление H.Pylori и продуктов его жизнедеятельности, а также морфологических признаков хронического гастрита в биоптатах.

Хронический гастрит типа А. Клиника: Чаще течение бессимптомно до тех пор, пока не развилась В12-дефицитная анемия. Иногда клиника характеризуется симптомами желудочной диспепсии (тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный привкус); признаками кишечной диспепсии (метеоризм, диарея). При развитии пернициозной анемии появляются утомляемость, сонливость, жжение языка, парестезии конечностей. Объективно: лакированный язык, бледность кожи, возможна субиктеричность склер, а также потеря вибрационной чувствительности, нарушение походки и др. Гастрит типа А часто сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями – тиреоидитом Хашимото, болезнью Аддисона, гипопаратиреозом. Диагноз устанавливают на основании клинических признаков и характерной эндоскопической картины (бледная СО дна и тела желудка, через которую хорошо видно сосудистый рисунок). Наиболее характерный признак – наличие антител против париетальных клеток и внутреннего фактора.

2.2. Методы исследования

Сводные данные по использованным нами методам исследования приводятся в таблице 2.2.

Таблица 2.2.

Психологические методики, объем и направления исследования

Направления исследования	Использованные методики	Количество обследованных
Выявление факторов конфликтного поведения	Наблюдение, беседа, интервью, анамнестическая анкета, экспертная оценка	389 человек: в т.ч.: 74 больных ГБ 2 стадии; 73 больные с ГБ 3 стадии; 71 больных ГЭП; 171 - практически здоровые лица. 37 - эксперты
Оценка психологического статуса и стратегий поведения к конфликтных ситуациях	Шкала тревожности Спилбергера-Ханина, методика оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге. Методика «Поведение в конфликтных ситуациях» Томаса-Килманна. Беседа. Наблюдение.	389 человек: в т.ч.: 74 больных ГБ 2 стадии; 73 больные с ГБ 3 стадии; 71 больных ГЭП; 171 - практически здоровые лица.
Исследование агрессивности и акцентуаций характера	Опросник А. Басса и А. Дарки. Тест руки Э. Вагнера «hand-test» Характеролого-гический опросник К. Леонгарда.	389 человек: в т.ч.: 74 больных ГБ 2 стадии; 73 больные с ГБ 3 стадии; 71 больных ГЭП; 171 - практически здоровые лица.

Оценка эффективности программы диагностики и психологической коррекции конфликтного поведения	Шкала тревожности Спилбергера-Ханина, методика оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге. Методика «Поведение в конфликтных ситуациях» Томаса-Килманна. Тест руки Э. Вагнера «hand-test». Беседа. Наблюдение.	48 больных ГБ 2 - 3 стадии
Статистический анализ данных	Одномерные (t-критерий Стьюдента) и многомерные (факторный, регрессионный анализ) методы статистического анализа	389 человек: в т.ч.: 74 больных ГБ 2 стадии; 73 больные с ГБ 3 стадии; 71 больных ГЭП; 171 - практически здоровые лица.

Метод исследования документации проводился на основе анализа амбулаторных карт и историй болезней больных в виде тщательного изучения документально зафиксированных данных (особенности жизненного пути испытуемого, клинические характеристики, социальные особенности и т.п.) [15]. Результаты позволили сформировать предварительные представления об больных и собрать данные, на основе которых можно было строить дальнейшее психологическое исследование. Метод наблюдения. Проводился в форме внешнего наблюдения – отстраненного восприятия поведения больных. Процедура исследования данным методом состояла из следующих этапов: 1) обозначался предмет наблюдения, объект и ситуации; 2) определялись способы наблюдения и регистрации данных; 3) формировался план наблюдения (ситуации – объект – время); 4) выбирался метод обработки полученных данных; 5) проводилась обработка и интерпретация полученной информации [40]. Используемый метод помог получить информацию для предварительного психологического анализа личностных особенностей больных. Формирование окончательных выводов происходило на основе сопоставления результатов наблюдения с показателями, полученными с помощью других методов.

Метод беседы. Проводился как в виде свободного диалога, так и в форме целенаправленного опроса (экспертная оценка конфликтного поведения – приложение 3) лиц, так или иначе взаимодействующих с больными – о способах реагирования, об отношении к окружающим, о проявлениях конфликтного или агрессивного поведения [45]. Для проведения исследования использовались две составленные нами анкеты, которые приведены в приложениях 1 и 3, а также комплекс, состоящий из следующих психодиагностических тестов:

1) Характерологический опросник К. Леонгарда [44] по выявлению акцентуаций включен в психодиагностический комплекс для выявления наличия и типа характерологических особенностей (акцентуаций) личности у больных;

2) Тест на выявление уровня ситуативной и реактивной тревожности (Ч. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина [89];

3) Тест выявления склонности к конфликтному поведению Томас-Килманна в российской адаптации Н.В. Гришиной [22];

4) Опросник по определению индекса агрессивности и враждебности, разработан А. Басс и А. Дарки, адаптирован на российской выборке С.Н. Ениколоповым и А.К. Осницким и описан в работах Н.Е. Водопьяновой [15] и Б.В. Шостаковича [95];

5) Проективная методика исследования характерологических особенностей личности «Hand-тест», разработана Э. Вагнером, Б. Брайклиными З. Пиотровским и модифицирована в России Т.Н. Курбатовой [40, 41];

6) Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации, разработана Т. Холмс и Р. Раге и описана в работе Н.Е. Водопьяновой [15], применялось в психодиагностическом исследовании с целью определения наличия или отсутствия стресса.

Психодиагностические методики приведены в приложении 4.

Анкета по определению анамнестических факторов агрессивного поведения приведена в приложении 1, ее заполняли пациенты в ходе беседы с психологом, что позволило в ходе беседы уточнить вопросы или их детализировать. Чрезвычайно важной задачей при построении анкеты явилась тщательная детализация вопросов, что позволило устранить лишние пункты из перечня вопросов и тем самым повысить коэффициент отдачи. К редактированию опросника привлекались другие психологи и респонденты. Были рассмотрены вопросы читабельности, соответствие текста образовательному уровню больных, проанализирован порядок самих вопросов. На основе полученных с помощью опросника результатов сопоставлялись данные о возрасте больных, характере их взаимоотношений в семье, на работе, конфликтность. Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программного пакета Statistica 21,0. Для сравнительного анализа диагностических показателей использовался t-критерий Стьюдента. Решения о значимости различий принимались на 5% и 1% уровнях ($p \leq 0{,}05$, $p \leq 0{,}01$). В исследовании так же был использован метод многомерного анализа данных – факторный анализ, позволивший определить взаимосвязь между качественными показателями, в основе которого находятся преобразования с матрицей интеркорреляций исходных (первичных) переменных. Результатом «вращения» этой матрицы является обрастание «весом» своих корреляционных связей каждой измеренной переменной, позволяющих проводить ранжирование всех переменных по их «весу», определяющемуся в структуре всех переменных. Суммарная дисперсия или так называемый «общий вес» всех переменных при представлении каждого «фактора» измеряется в виде общей дисперсии в относительных величинах – процентах. Анализ проводился с использованием метода главных компонент. В исследовании был использован и регрессионный анализ – это метод установления возможности предсказания некоторого результата по ряду предварительно измеренных характеристик. Критический уровень нулевой статистической гипотезы об отсутствии значимых различий принят равным 0,05.

2.3. Резюме по главе

Во второй главе описаны этапы и методы исследования, дана характеристика обследованных больных гипертонической болезнью. Для проверки выдвинутых положений автором проведено самостоятельное эмпирическое исследование, которое включало результаты обследования (анкетирование, психологическое тестирование) 437 лиц, среди которых 266 больных, которые находились на лечении в специализированных медицинских учреждениях с условиями круглосуточного стационара.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета прикладных программ для социально-психологического исследования: Statistica 21 и Microsoft Office Excel 2019.

Для сравнительного анализа диагностических показателей использовался t-критерий Стьюдента. В исследовании также был использован метод многомерного анализа данных – факторный анализ. Помимо факторного анализа в диссертационном исследовании был использован регрессионный анализ для установления возможности предсказания конфликтного поведения по ряду предварительно измеренных информативных показателей психологических тестов.

Глава 3. Результаты оценки психологического статуса, стратегий поведения в конфликтных ситуациях и особенностей агрессивности больных гипертонической болезнью

3.1. Оценка значимости анамнестических факторов конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью

С помощью анамнестической анкеты (приложение 1), дополненной наблюдением и беседой с пациентами нами оценивался комплекс анамнестических показателей у пациентов с ГБ-2, ГБ-3, ГЭП и лиц контрольной группы.

Результаты исследования показали, что по показателю «взаимоотношения в семье проживания» у больных гипертонической болезнью 2 стадии «периодически конфликтные» отношения зафиксированы у 37 человек (50%). Показатель «хорошие» взаимоотношения в семье (с супругой, с родителями) фиксировались у 19 человек (26%), «отсутствие общения» в семье проживания было у 14 человек (19%), «постоянно конфликтные» отношения отметили 4 человека (5%) (табл.3.1).

Таблица 3.1

Распределение показателя «взаимоотношения в семье проживания» по группам

взаимоотношения в семье проживания/группы	1-ая группа (ГБ, 2 ст.) у	2-ая группа (ГБ, 3 ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-ая группа (КГ)
Хорошие	26%	25%	37%	77%
периодически конфликтные	50%	60%	32%	14%
постоянно конфликтные	5%	10%	18%	5%
Отсутствие общения	19%	5%	13%	4%
Всего	100%	100%	100%	100%

В группе больных гипертонической болезнью 3 стадии было следующее распределение: «периодически конфликтные» отношения в семье зафиксированы у 44 человек (60%), «хорошие» взаимоотношения в семье проживания были у 18 человек (25%), «постоянно конфликтные» у 7 человек (10%), «отсутствие общения» – у 4 человек (5%).

В группе больных гастроэнтерологического профиля у 26 человек (37%) «хорошие» взаимоотношения в семье проживания, у 23 человек (32%) «периодически конфликтные» отношения, «постоянно конфликтные» отношения были отмечены у 13 человек (18%), у 9 человек (13%) «отсутствие общения».

В группе практически здоровых лиц (четвертая группа) у подавляющего большинства 132 человек (77%) отмечаются «хорошие» взаимоотношения в семье; у 24 человек (14%) «периодически конфликтные» отношения в семье, у 9 человек (5%) «постоянно конфликтные»; и лишь у 6 человек (4%) «отсутствие общения».

Далее нами с использованием t-критерия Стьюдента для относительных величин были выявлены достоверные отличия между группами больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, группой больных гастроэнтерологического профиля и группой практически здоровых лиц по показателю «взаимоотношения в семье проживания».

Таблица 3.2.

Результаты сравнения фактора «взаимоотношения в семье проживания» по группам (P<)

Взаимоотношения в семье проживания/группы	1-2 (ГБ-2; ГБ-3)	1-3 (ГБ-2; ГЭП)	1-4 (ГБ-2; КГ)	2-3 (ГБ-3; ГЭП)	2-4 (ГБ-3; КГ)	3-4 (ГЭП; КГ)
Хорошие	-	-	0,05	-	0,05	-
периодически конфликтные	-	-	0,05	-	0,05	-
постоянно конфликтные	-	-	-	-	-	-
отсутствие общения	-	-	-	-	-	-

Достоверных отличий между рассматриваемыми группами практически не было выявлено, за исключением показателя «хорошие» взаимоотношения в семье проживания и «периодически конфликтные» отношения. По показателю «хорошие» взаимоотношения в семье проживания значения достоверно ниже ($p<0,05$) в группах больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, чем у лиц контрольной группы (КГ) (табл. 3.2), тогда как по показателю «периодически конфликтные» отношения значения достоверно выше ($p<0,05$) в группах больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии чем у лиц контрольной группы (КГ).

Другими словами, показатель «характер взаимоотношений в семье проживания» можно считать предиктором конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. Это подтверждается наличием периодических конфликтов в семье проживания.

По показателю «взаимоотношения в семье проживания» между группой больных хроническим гастритом и другими исследуемыми группами достоверных различий не выявило.

По показателю «взаимоотношения с детьми» у больных гипертонической болезнью 2 стадии было следующее распределение: «хорошие» отношения с детьми отметили 45 человек (61%), «периодически конфликтные» – 16 человек (21%), «постоянно конфликтные» отношения отметили 8 человек (11%), «отсутствие общения» – 5 человек (7%) (табл.3.3).

Таблица 3.3.

Распределение показателя «взаимоотношения с детьми» по группам

взаимоотношения с детьми/группы	1-ая группа (ГБ, 2 ст.)	2-ая группа (ГБ, 3 ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-ая группа (КГ)
хорошие	61%	59%	54%	80%
периодически конфликтные	21%	22%	25%	14%
постоянно конфликтные	11%	10%	8%	0%
отсутствие общения	7%	9%	13%	6%
всего	100%	100%	100%	100%

У большинства больных гипертонической болезнью 3 стадии у 43 человек (59%) «хорошие» взаимоотношения с детьми; у 16 человек (22%) случаются «периодически конфликтные» и у 7 человек (10%) «постоянно конфликтные» отношения и у 7 человек (9%) «отсутствие общения».

В третьей группе больных гастроэнтерологического профиля по показателю «взаимоотношения с детьми» было следующее распределение: «хорошие» отношения были у большинства обследуемых – 38 человек (54%), «периодически конфликтные» были у

18 человек (25%), у 9 человек (13%) зафиксировано «отсутствие общения», «постоянно конфликтные» были у 6 человек (8%).

В четвертой группе практически здоровых лиц было следующее распределение: 137 человек (80%) отметили «хорошие» взаимоотношения с детьми, 24 человека (14%) отмечают «периодически конфликтные» отношения с детьми, у 10 человек (6%) «отсутствие общения».

По показателю «взаимоотношения с детьми» статистически достоверных различий между больными с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, группой ГЭП и группой практически здоровых лиц не наблюдалось. Результаты статистической обработки данных отражены в таблице 3.4.

Таблица 3.4.

Результаты сравнения показателя
«взаимоотношения с детьми» по группам (P<)

взаимоотношения С детьми/группы	1-2 (ГБ-2; ГБ-3)	1-3 (ГБ-2; ГЭП)	1-4 (ГБ-2; КГ)	2-3 (ГБ-3; ГЭП)	2-4 (ГБ-3; КГ)	3-4 (ГЭП; КГ)
Хорошие	-	-	-	-	-	-
периодически конфликтные	-	-	-	-	-	-
постоянно конфликтные	-	-	-	-	-	-
отсутствие общения	-	-	-	-	-	-

Следующий социально-психологический показатель «взаимоотношения с ближайшими родственниками» в группе больных гипертонической болезнью распределился следующим образом: «периодически конфликтные» отношения с ближайшими родственниками» отмечаются у большинства больных данной группы – 38 человек (51%); у 21 человека (28%) «хорошие» отношения; «постоянно конфликтные» отмечаются у 8 человек (12%); «отсутствие общения» отметили 7 человек (9%) из данной группы больных ГБ 2 стадии (табл. 3.5).

Таблица 3.5.

Распределение показателя «взаимоотношения с ближайшими
родственниками» по группам

взаимоотношения с ближайшими родственниками /группы	1-ая группа (ГБ, 2 ст.)	2-ая группа (ГБ, 3 ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-ая группа (КГ)
хорошие	28%	36%	58%	79%
периодически конфликтные	51%	56%	18%	16%
постоянно конфликтные	12%	4%	11%	3%
отсутствие общения	9%	4%	13%	2%
всего	100%	100%	100%	100%

Среди группы больных гипертонического профиля 3 стадии «периодически конфликтные» отношения с ближайшими родственниками отметили 41 человек (56%); 26 человек (36%) отметили «хорошие» отношения; лишь 3 человека (4%) из данной группы отмечают «постоянно конфликтные» отношения и у 3 человек (4%) «отсутствие общения».

В группе больных гастроэнтерологического профиля было следующее распределение по показателю «взаимоотношения с ближайшими родственниками»: 41 человек (58%) отмечают «хорошие» отношения; «периодически конфликтные» отношения у 13 человек (18%), «отсутствие общения» у 9 человек (13%); «постоянно конфликтные» отношения отмечаются у 8 человек (11%).

Среди группы практически здоровых лиц (четвертая группа) были выявлены следующие «взаимоотношения с ближайшими родственниками»: «хорошие» отношения зафиксированы у большинства из данной группы – 135 человек (79%); у 27 человек (16%) «периодически конфликтные» с ближайшими родственниками; у 5 человек (3%) – «постоянно конфликтные»; у 4 человек (2%) «отсутствие общения».

Статистически достоверные различия были зафиксированы между группами больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии и группой практически здоровых лиц по показателям «хорошие» взаимоотношения с ближайшими родственниками ($p<0,05$) и «периодически конфликтные» взаимоотношения с ближайшими родственниками (табл. 3.6).

Таблица 3.6.

Результаты сравнения показателя «взаимоотношения с ближайшими родственниками» по группам (P<)

Взаимоотношения в семье проживания/группы	1-2 (ГБ-2; ГБ-3)	1-3 (ГБ-2; ГЭП)	1-4 (ГБ-2; КГ)	2-3 (ГБ-3; ГЭП)	2-4 (ГБ-3; КГ)	3-4 (ГЭП; КГ)
хорошие	-	-	0,05	-	0,05	-
периодически конфликтные	-	-	0,05	-	0,05	-
постоянно конфликтные	-	-	-	-	-	-
отсутствие общения	-	-	-	-	-	-

Достоверно более часто встречаются «хорошие» и бесконфликтные взаимоотношения с ближайшими родственниками в контрольной группе практически здоровых лиц, тогда как «периодически конфликтные» отношения с ближайшими родственниками достоверно более часто встречаются в группе больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии.

Таким образом, с определённой долей уверенности можно предположить, что конфликтные отношения с ближайшими родственниками у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии являются проявлениями индивидуально-психологических особенностей личности и психологического статуса пациентов указывающие на их конфликтное поведение. Статистически достоверных различий между третьей и четвертой группами обнаружено не было.

3.2. Результаты оценки психологического статуса у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии

3.2.1. Оценка ситуативной и личностной тревожности у больных гипертонической болезнью

В таблице 3.7 и рисунке 3.1 приведены результаты сравнения ситуативной и личностной тревожности по шкале тревожности Спилбергера-Ханина [89] у групп с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, группы гастроэнтерологического профиля и группы практически здоровых лиц (контрольная группа).

Нами были выявлены достоверные отличия показателей ситуативной и личностной

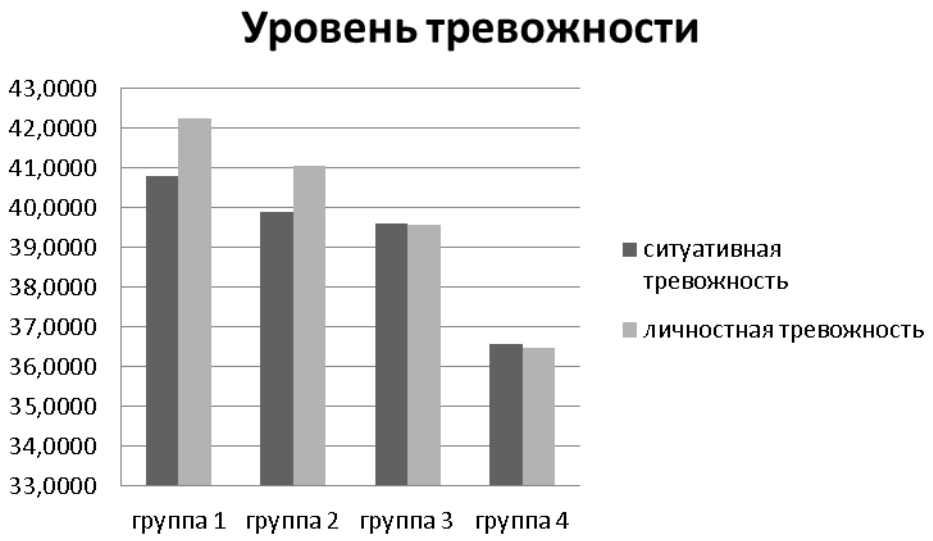
тревожности во всех 3 группах больных (ГБ, 2 ст., 3 ст., ГЭП) в сравнении с контрольной группой практически здоровых лиц. При этом личностная и ситуационная тревожность достоверно выше в группах больных в сравнении с группой практически здоровых лиц. Этот результат указывает, что у больных психосоматического профиля с ГБ и ГЭП отмечена устойчивая склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Можно предположить о наличии у них феномена подавляемой агрессии и невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими нарушениями, свойственным больным с психосоматическими заболеваниями.

Таблица 3.7.

Результаты сравнения ситуативной и личностной тревожности у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, ГЭП, группа практически здоровых лиц (M±m)

№ п/п	Тревожность	1-я группа (ГБ, 2 ст.)	2-я группа (ГБ, 3 ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-я группа (КГ)	P<
1	Ситуативная тревожность	40,79±1,14	39,89±1,18	39,59±1,22	36,58±0,36	P_{1-2} - P_{1-3} - $P_{1-4} < 0,01$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,05$ $P_{3-4} < 0,05$
2	Личностная тревожность	42,25±1,06	41,05±1,16	39,57±1,35	36,48±0,31	P_{1-2} - P_{1-3} - $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,01$ $P_{3-4} <0,05$

Кроме того, высокие показатели ситуативной и личностной тревожности у больных указывают на их более высокое в сравнении с контрольной группой эмоциональное напряжение, обеспокоенность, нервозность, связанное с текущей жизненной ситуацией, обусловленной заболеванием, что является подтверждением взаимосвязи между тревожностью и конфликтностью. Можно утверждать, что психосоматические заболевания обусловливают формирование высокого уровня реактивной и личностной тревожности больных.



1 группа – больные с гипертонической болезнью 2 стадии, 2 группа – больные с гипертонической болезнью 3 стадии, 3 группа – больные ГЭП, 4 группа – практически здоровые лица.

Рисунок 3.1. Распределение показателей ситуативной и личностной тревожности

Достоверные отличия показателя «ситуативная (реактивная) тревожность» у больных психосоматическими заболеваниями (ГБ, ГЭП) по сравнению с группой практически здоровых лиц свидетельствуют о быстрой истощаемости и повышенной утомляемости больных, что в свою очередь определяет дезадаптивный и конфликтный тип их поведения и копинг-стратегии.

В целом, данные свидетельствуют о наличии более высоких показателей ситуативной и личностной тревожности у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, ГЭП в сравнении с группой здоровых, что является объективным отражением психологического статуса больных психосоматического профиля и внутренней картины их болезни, имеющей устойчивый тип течения и возможные негативные последствия (гипертонические кризы, острые нарушения мозгового кровообращения и др.).

3.2.2. Оценка стрессоустойчивости и социальной адаптации у больных с гипертонической болезнью

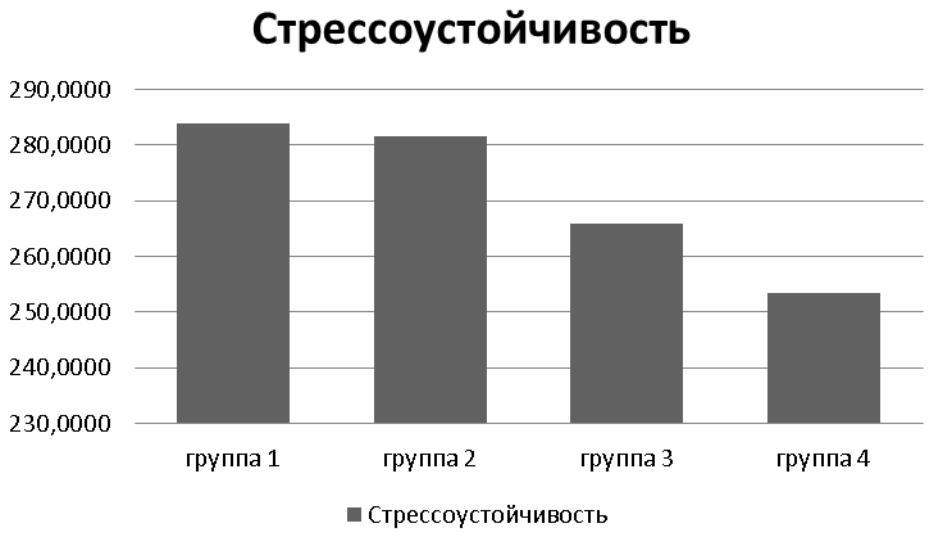
В таблице 3.8 и рисунке 3.2 приведены результаты сравнения стрессоустойчивости и социальной адаптации по методике Т. Холмса и Р. Раге у групп с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, группы гастроэнтерологического профиля и группы практически здоровых лиц (контрольная группа).

Таблица 3.8.
Результаты сравнения ситуативной и личностной тревожности у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, ГЭП,
группа практически здоровых лиц (M±m)

№ п/п	Показатель стрессоустойчивости и социальной адаптации	1-я группа (ГБ, 2 ст.)	2-я группа (ГБ, 3 ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-я группа (КГ)	P<
1	Стрессоустойчивость и социальная адаптация	283,86±5,92	281,67±6,81	266,01±8,02	253,53±5,07	P_{1-2} - P_{1-3} - $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,01$ P_{3-4} -

Были выявлены достоверные отличия между первой группой больных гипертонической болезнью 2 стадии и четвёртой группой практически здоровых лиц по шкале «стрессоустойчивость и социальная адаптация». По данной шкале отмечаются достоверно более высокие показатели у больных гипертонической болезнью 2 стадии. Необходимо отметить, что указанная шкала имеет обратное значение, т.е. более высокие значения её показателя свидетельствует о более низкой стрессоустойчивости и социальной адаптации.

Это является отражением эмоционально неустойчивого лабильного психологического статуса и устойчивой личностной (стрессонеустойчивость) чертой пациентов с ГБ, которые обусловливают их конфликтное поведение и эмоциональные реакции, вызывающие стресс и повышения артериального давления или гипертонических кризов.



1 группа – больные с гипертонической болезнью 2 стадии, 2 группа – больные с гипертонической болезнью 3 стадии, 3 группа – больные ГЭП, 4 группа – практически здоровые лица.

Рисунок 3.2. Распределение показателей стрессоустойчивости
и социальной адаптации.

Помимо вышесказанного, выявлены достоверно значимые отличия показателей по шкале «стрессоустойчивость и социальная адаптация» между группами больных гипертонической болезнью 3 стадии в сравнении с группой практически здоровых лиц (контрольная группа) (табл.3.8).

Для больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, низкая стрессоустойчивость является важным психологическим показателем, способствующим конфликтному поведению. В свою очередь, низкая стрессоустойчивость обусловливает формирование и развитие неконструктивных, в том числе агрессивных форм и стратегий поведения в конфликте.

Высокий уровень психосоциального стресса по шкале Т. Холмса и Р. Раге является важным психологическим показателем, имеющим патологическое влияние на сердечно-сосудистую систему, а также фактором, способствующим конфликтному поведению у больных гипертонической болезнью.

3.3. Результаты оценки стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью

3.3.1. Оценки доминирующих стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью

Изучению стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии в сравнении с больными гастроэнтерологического профиля и практически здоровыми лицами был посвящён первый второй этап настоящего исследования.

Для изучения типов поведения в конфликтных ситуациях в указанных группах больных кардиологического (гипертоническая болезнь 2 и 3 стадии), гастроэнтерологического (хронический гастрит) и практически здоровых лиц нами был проведён сравнительный анализ (с использованием t-критерия Стьюдента для независимых разновеликих выборок) психодиагностических показателей, полученных с помощью теста Томаса-Килманна [15], в четырёх указанных ранее группах. Результаты сравнительного анализа больных, вошедших в выделенные нами группы, приводятся ниже в таблице 3.9.

Исследование стратегий поведения с помощью методики Томаса-Килманна выявило наличие среди обследованных пациентов пяти стилей реагирования, которые имели индивидуальное для каждой группы сочетание значимости (ранговое место в их общей структуре) показателей.

Анализируя значения показателей в первой группе (ГБ, 2 ст.) было выявлено, что доминирующими стратегиями поведения в конфликте для них являются: «конкуренция» (8,45; Rm=1), «компромисс» (6,16; Rm=2), «приспособление» (5,66; Rm=3). При этом, показатель стратегии «конкуренция» у больных ГБ 2 стадии достоверно ($p<0,001$) выше, чем других группах, а показатель стратегии «компромисс» достоверно ($p<0,05$, $p<0,05$, $p<0,001$) ниже, чем в остальных группах обследованных.

Таблица 3.9.

Результаты сравнения типов поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, ГЭП, группа здоровых лиц (M±m)

№ п/п	Стратегия поведения в конфликтной ситуации	1-я группа (ГБ, 2 ст.)	2-я группа (ГБ, 3 ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-я группа (КГ)	P<
1	Конкуренция	8,45±0,48 Rm=1	4,32±0,51 Rm=5	5,48±0,54 Rm=4	2,53±0,18 Rm=5	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,001$
2	Приспособление	5,66±0,28 Rm=3	6,51±0,31 Rm=3	6,39±0,36 Rm=2	7,33±0,23 Rm=2	$P_{1-2} < 0,05$ P_{1-3} - $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,05$ $P_{3-4} < 0,05$
3	Компромисс	6,16±0,24 Rm=2	7,11±0,29 Rm=1	6,90±0,32 Rm=1	7,55±0,20 Rm=1	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} -;P_{2-4} - P_{3-4} -
4	Избегание	4,76±0,31 Rm=5	6,53±0,46 Rm=2	5,13±0,49 Rm=5	6,70±0,38 Rm=3	$P_{1-2} < 0,01$ P_{1-3} - $P_{1-4} < 0,01$ $P_{2-3} < 0,05$ P_{2-4} - $P_{3-4} < 0,05$
5	Сотрудничество	4,84±0,24 Rm=4	5,56±0,55 Rm=4	5,96±0,41 Rm=3	5,84±0,35 Rm=4	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,05$ P_{1-4} -;P_{2-3} - P_{2-4} -;P_{3-4} -

Также у больных ГБ 2 стадии достоверно ниже (p<0,05, p<0,001) показатель стратегии «приспособление», чем в группе больных гипертонической болезнью 3 стадии и в контрольной группе практически здоровых лиц. Этот результат характеризует этих пациентов, как активных и конфликтных, с мотивацией активно-оборонительного поведения и/или самоутверждения в качестве доминирующих мотиваций. Однако, для них также характерно то, что они могут поступиться своими интересами. Это наиболее опасный стиль, который может перевести внешний конфликт в прямую конфронтацию. Результатом выбора такой стратегии будут отрицательные эмоции (злость, обида, разочарование и др.), которые формируют устойчивое психологическое состояние и не способствуют выздоровлению или достижению ремиссии.

Конкуренция	Приспособление	Компромисс	Избегание	Сотрудничество
$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,001$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,05$ $P_{3-4} < 0,05$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,001$	$P_{1-2} < 0,01$ $P_{1-4} < 0,01$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{3-4} < 0,05$	$P_{1-3} < 0,05$

1 группа – больные с гипертонической болезнью 2 стадии, 2 группа – больные с гипертонической болезнью 3-ей стадии, 3 группа – больные ГЭП, 4 группа – практически здоровые лица.

Рисунок 3.3. Стратегии поведения в конфликтных ситуациях
(по данным методики Томаса-Килманна)

Показатель «конкуренция» первой группы достоверно выше, чем в группе с ГБ 3 стадией ($p<0,001$). Пациенты, демонстрирующие этот стиль, как правило, озабочены отношением к себе со стороны окружающих и стремятся во всех ситуациях выглядеть победителем. Можно допустить, что при этом стиле поведения проявляется адекватное завышение самооценки, сохранение которой удается с помощью использования определенных форм психологической защиты.

Средние значения показателей стратегий поведения в конфликтной ситуации второй группы больных 3 стадией гипертонической болезни (ГБ, 3 ст.) имеют несколько иное распределение в сравнении с первой группой (ГБ, 2 ст.). Наиболее выраженной стратегией был «компромисс» (7,11; Rm=1), на втором месте по выраженности «избегание» (6,53; Rm=2) и на третьем месте «приспособление» (6,51; Rm=3). Для этих стратегий поведения в конфликтной ситуации характеры стремление к избеганию конфликтов, поиска компромиссов и взаимных уступок, а также стремление приспосабливаться к изменяющейся обстановке.

Стратегия «приспособление» более выражена во второй группе респондентов (6,51), чем среди больных 1-ой группы (5,66; $p<0,05$) и достоверно менее выражена, чем в группе практически здоровых лиц (7,33; $p<0,05$). Выявлено, что стремление подстроиться, готовность принести в жертву свои интересы ради реализации интересов другого и сохранения мирной обстановки – как одно из проявлений инстинкта самосохранения – чаще встречается в ситуациях, когда пациент ощущает, что соотношение сил не в его пользу, и ведение

дальнейшей борьбы бессмысленно. В этом случае на передний план выступают тактика приспособления под окружающих, готовность отказаться от собственного мнения, стремление угодить лидерам, чтобы избежать лишних раздоров и столкновений, в той или иной степени выраженная демонстрация отказа от сопротивления и отсутствия притязаний на победу.

Кроме того, выявлены достоверно более высокие показатели ($p<0,05$) по шкале «избегание» у больных второй группы (ГБ, 3 ст.) по сравнению с группой больных ГЭП. Данный результат свидетельствует о низком уровне направленности на личные интересы и интересы соперника и является взаимной. Полученные данные позволили предположить, что использование тактики избегания может быть вызвано страхом провоцирования подъёмов АД, возникновения приступов или гипертонических кризов. Кроме того, стратегия «избегание» достоверно ($p<0,01$) более выражена во второй группе больных (ГБ, 3 ст.) по сравнению с первой группой больных (ГБ, 2ст.), что подтверждает вышесказанное.

Также, были выявлены достоверные отличия между второй группой больных (ГБ, 3 ст.) и группой практически здоровых лиц (КГ) по стратегиям «конкуренция» ($p<0,001$) и «приспособление» ($p<0,05$), при этом показатели «конкуренции» достоверно выше, а показатели «приспособления» достоверно ниже. В поведенческих реакциях больных гипертонической болезнью 3 стадии (ГБ, 3 ст.) более выражены соперничество, склонность контролировать ситуацию как с помощью открытого противоборства, так и за счёт хитрости. В группе здоровых лиц (КГ) одной из доминирующих черт является стремление приспосабливаться под обстоятельства и лидирующих индивидов, при этом максимально выражена в группе здоровых лиц стратегия «компромисс» (7,55), что указывает на их более гибкое поведение и способность идти на уступки в конфликтных ситуациях.

В группе больных гастроэнтерологического профиля (ГЭП) первое место по значимости занимает стратегия «компромисс» (6,9; Rm=1), на втором месте стратегия «приспособление» (6,39; Rm=2) и на третьем месте стратегия «сотрудничество» (5,96; Rm=3), остальные стратегии выражены заметно слабее («конкуренция» – 5,48; Rm=4 и «избегание» – 5,13; Rm=5).

Достоверные отличия были выявлены по трём стратегиям поведения в конфликте между первой группой больных (ГБ, 2 ст.) в сравнении с больными ГЭП. По стратегии «конкуренция» были выявлены достоверно более высокие показатели ($p<0,001$) у больных (ГБ, 2 ст.). Однако, по стратегиям «компромисс» ($p<0,05$) и «сотрудничество» ($p<0,05$) у больных (ГБ, 2 ст.) были выявлены достоверно более низкие показатели в сравнении с группой ГЭП, т.е. данные результаты группы ГЭП свидетельствуют о желании решать конструктивным путём конфликтов, а также временно отстраниться от межличностных конфликтов путём переключения внимания сторон на решении самой проблемы.

Нами был выявлен ряд достоверных отличий по типам поведения в конфликте между первой группой больных (ГБ, 2 ст.) и четвёртой группой практически здоровых лиц (КГ). Стратегия «конкуренция» ($p<0,001$) достоверно преобладала у группы больных (ГБ, 2 ст.) по сравнению с показателями здоровых лиц из контрольной группы, поэтому конкурентный (конфликтный) стиль поведения, являясь широко распространённым среди больных гипертонической болезнью, с одной стороны мог представлять одно из условий сохранения или улучшения микросоциального статуса, а с другой – провоцировал больных на проявления конфликтного поведения. Показатели «избегание» ($p<0,01$), «приспособление» ($p<0,001$) и «компромисс» ($p<0,001$) у группы больных (ГБ, 2 ст.) достоверно ниже в сравнении с показателями группы здоровых лиц.

В целом, согласно полученным данным, поведение, направленное на доминирование, а также решение конфликтов путём открытого противоборства достоверно более выражено среди больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадий, чем у больных хроническим гастритом или практически здоровых лиц контрольной группы.

В данном контексте мы можем говорить о феномене подавляемой агрессивности и высокой конфликтности больных гипертонической болезнью, тем самым просматривается психосоматический механизм формирования гипертонической болезни. Кроме того, в первой группе больных (ГБ, 2 ст.) достоверно преобладает стратегия активного конфронтационного поведения в конфликтной ситуации («конкуренция», $p<0,001$), тогда как во второй группе больных (ГБ, 3 ст.) по сравнению с первой достоверно преобладают стратегии пассивного поведения в конфликтной ситуации («приспособление», $p<0,05$; «компромисс», $p<0,05$; «избегание», $p<0,01$), что может свидетельствовать об их стремлении к более сдержанному поведению и подавлении открытой агрессии. Это, по нашему мнению, является психологическим отражением адаптации к болезни.

В свою очередь в контрольной группе практически здоровых лиц преобладает стратегия избегания конфликтных ситуаций (стратегия «компромисс», Rm=1) и приспособления к существующим условиям (стратегия «приспособление», Rm=2) при достоверно меньшей выраженности (по сравнению с группами больных) стратегии на бескомпромиссное и конфронтационное поведение в конфликтных ситуациях (стратегия «конкуренция», Rm=5).

Таким образом, в группах больных гипертонической болезнью (2 и 3 стадий) и группе практически здоровых лиц почти все стратегии поведения в конфликтных ситуациях достоверно различаются, с преобладанием в первой группе больных (ГБ, 2 ст.) активной дезадаптивной стратегии «конкуренция», имеющей максимальное значение – 8,45 среди всех рассматриваемых групп, при этом данная стратегия достоверно более выражена во второй (ГБ, 3 ст.) и третьей (ГЭП) группах больных ($p<0,001$) по сравнению с практически здоровыми лицами контрольной группы (КГ), что позволяет говорить о преимущественном влиянии конфликтного поведения на формирование психологического статуса личности и межличностное поведение в социуме. Этот результат хорошо согласуется с ранее представленными нами результатами анамнестической оценки показателей конфликтного поведения больных гипертонической болезнью (2 и 3 стадий).

3.3.2. Оценки доминирующих стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью

Для оценки доминирующих стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью, гастроэнтерологического профиля и практически здоровых лиц, на основе показателей методики Томаса-Килманна [15], в обследованных группах были выделены подгруппы на основе значений показателей стратегий поведения в конфликтных ситуациях.

Критерием для выделения данных групп послужили показатели по шкалам «сотрудничество» (активная адаптивная копинг стратегия), «конкуренция» (активная дезадаптивная копинг стратегия), «приспособление», «компромисс» и «избегание» (пассивные дезадаптивные копинг стратегии). Группировка шкал производилось в соответствии с концепцией К. Томаса, описанной Н.Е. Водопьяновой [15], который считал, что при избегании конфликта ни одна из сторон не достигает успеха, при таких формах

поведения, как конкуренция, приспособление и компромисс, или один из участников оказывается в выигрыше, а другой проигрывает, или оба проигрывают, так как идут на компромиссные уступки. И только в ситуации сотрудничества обе стороны оказываются в выигрыше. Поэтому нами во всех группах больных и контрольной группе были выделены вышеназванные подгруппы.

Критерии распределения по подгруппам обследованных лиц (на основе расчета стандартного отклонения) и граничные показатели шкал методики Томаса-Килманна представлены в таблице 3.10.

Таблица 3.10.

Критерии выделения подгрупп с преобладающими стратегиями поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, ГЭП и группы здоровых лиц (Xi – показатель методики; M – средний показатель по шкале; σ – стандартное отклонение)

Подгруппа	Правило определения границ уровней	Границы уровней
Доминирующая стратегия «сотрудничество» (активная адаптивная копинг стратегия)	$Xi > M + 1*\sigma$	>9 (ГБ 2 стадии) >10 (ГБ 3 стадии) >9 (ГЭП) >10 (КГ)
Доминирующие стратегии «приспособление», «компромисс» и «избегание» (пассивные дезадаптивные копинг стратегии)	лица, не вошедшие в 1 и 3 подгруппы	-
Доминирующая стратегия «конкуренция» (активная дезадаптивная копинг стратегия)	$Xi > M + 1*\sigma$	>10 (ГБ 2 стадии) >9 (ГБ 3 стадии) >9 (ГЭП) >6 (КГ)

В первую подгруппу включались лица с преобладанием активной адаптивной стратегии поведения «сотрудничество» (значение показателя 10 и выше) в конфликтных ситуациях, во вторую подгруппу включались лица с преобладанием пассивных дезадаптивных стратегий поведения «приспособление», «компромисс» и «избегание» (показатели по стратегиям «конкуренция» и «сотрудничество» ниже 10) в конфликтных ситуациях и в третью подгруппу включались лица с преобладанием активной дезадаптивной стратегии поведения «конкуренция» (значение показателя 10 и выше) в конфликтных ситуациях.

Как видно из таблицы 3.10, во всех сравниваемых группах преобладают пассивные стратегии поведения в конфликте, однако наибольший удельный вес эти стратегии имеет 4 группа практически здоровых лиц (КГ – 71%, 122 чел.). Кроме того, наибольший удельный вес активной дезадаптивной стратегии «конкуренция» отмечен в 1-й и 3-й группах больных (35%, 26 чел. и 35,2%, 25 чел. соответственно), во 2-й группе больных процент лиц с преобладанием данной стратегии также достоверно выше, чем группе практически здоровых лиц. Данный результат указывает на взаимосвязь стратегий поведения в конфликтных ситуациях на возникновение болезней гипертонического и гастроэнтерологического профиля.

Полученные данные свидетельствуют о наличии особенностей копинг поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью, которые у больных ГБ 2 степени проявляются в доминировании пассивных («приспособление», «компромисс» и «избегание» – 57% чел.) и активных («конкуренция» – 35%) дезадаптивных копинг стратегий, а у больных ГБ 3 степени кроме доминирования пассивных («приспособление», «компромисс»

и «избегание» – 51%) и активных («конкуренция» – 23%) дезадаптивных копинг стратегий высока значимость активной адаптивной копинг стратегии («сотрудничество» – 26%).

Для наглядного представления особенностей структуры трёх ведущих групп стратегий поведения в конфликтных ситуациях в 3-х обследованных группах больных и у практических здоровых лиц, эти данные представлены в таблице 3.11. и в графической форме на рисунке 3.4.

Таблица 3.11

Результаты сравнения преобладающих стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, ГЭП и группы здоровых лиц (чел. / %)

№ п/п	Доминирующая стратегия поведения в конфликтной ситуации	1-я группа (ГБ, 2 ст.)	2-я группа (ГБ, 3 ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-я группа (КГ)	P<
1	«сотрудничество» (активная адаптивная копинг стратегия)	6 (8%)	19 (26%)	12 (17%)	41 (24%)	$P_{1-2} < 0,01$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,01$ $P_{2-3} < 0,05$ P_{2-4} - $P_{3-4} < 0,05$
2	«приспособление», «компромисс» и «избегание» (пассивные дезадаптивные копинг стратегии)	42 (57%)	37 (51%)	34 (48%)	122 (71%)	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,05$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,05$ $P_{3-4} < 0,05$
3	«конкуренция» (активная дезадаптивная копинг стратегия)	26 (35%)	17 (23%)	25 (35%)	8 (5%)	$P_{1-2} < 0,05$ P_{1-3} - $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{2-4} < 0,01$ $P_{3-4} < 0,001$
Всего:		74 (100%)	73 (100%)	71 (100%)	171 (100%)	

Полученные данные указывают на особенности структуры трёх ведущих групп стратегий копинг поведения в конфликтных ситуациях у больных ГБ 2 и 3 стадии в сравнении с больными гастроэнтерологического профиля и практически здоровыми лицами.

Следовательно, доминирующая активная адаптивная стратегия копинг поведения «сотрудничество» («низкий» уровень конфликтности и нежелания идти на компромисс) отмечена в группе больных гипертонической болезнью 3 стадии (26%) и практически здоровых лиц контрольной группы (24%). Доминирующие пассивные дезадаптивные стратегии копинг поведения («приспособление», «компромисс» и «избегание») отмечены в группе практически здоровых лица контрольной группы (71%).

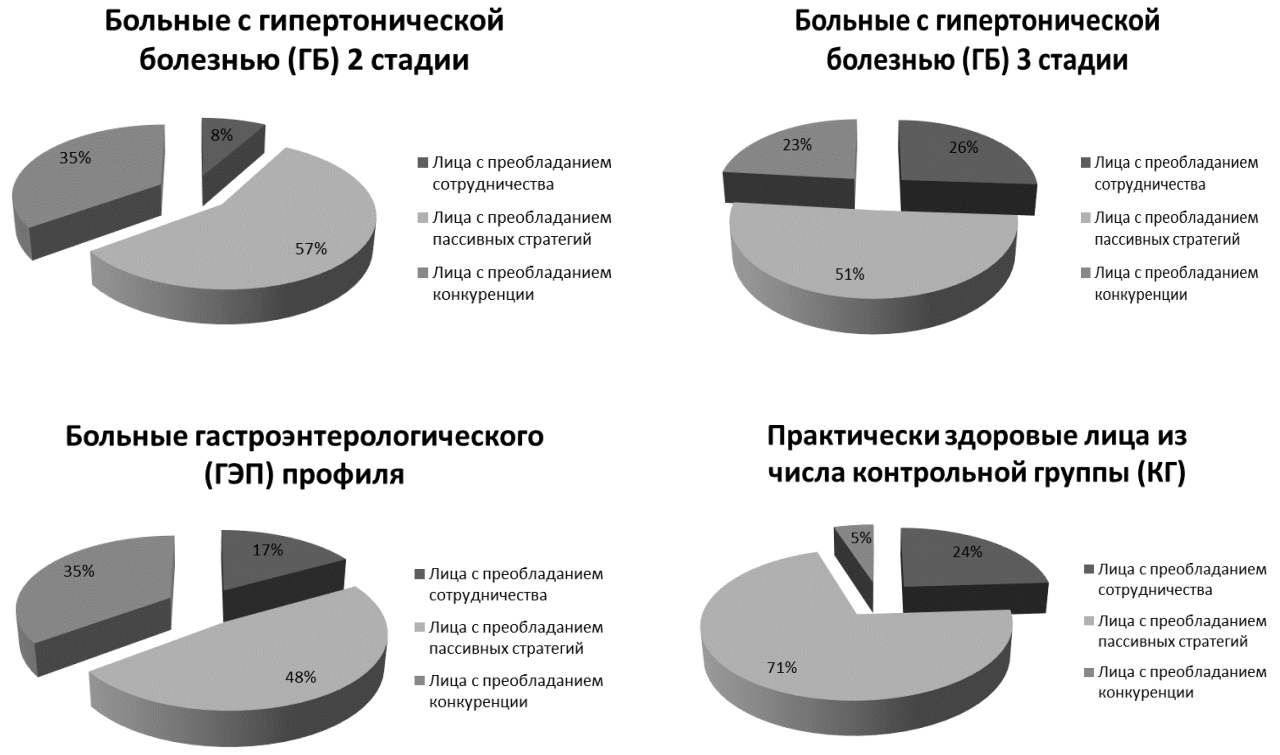


Рисунок 3.4. Соотношение ведущих стратегий поведения в конфликтных ситуациях в различных группах больных и контрольной группе.

Преобладание активной дезадаптивной копинг стратегии «конкуренция» (высокий уровень конфликтности и нежелания идти на компромисс) установлено в группе больных гипертонической болезнью 2 стадии (35%) и больных гастроэнтерологического профиля (35%).

Таким образом, в целом во всех обследованных группах больных и практических здоровых лиц преобладают пассивные дезадаптивные стратегии копинг поведения («приспособление», «компромисс» и «избегание»), более выражены они у практически здоровых лиц (71%) и больных ГБ 2 стадии. При этом, более трети (35%) больных гипертонической болезнью 2 стадии и больных гастроэнтерологического профиля имеют «высокий» уровень агрессивности, нежелания идти на компромисс и конфликтности (доминирующая активная дезадаптивная стратегия «конкуренция»).

3.4. Результаты оценки агрессивности и акцентуаций характера у больных гипертонической болезнью

3.4.1. Оценка агрессивности у больных гипертонической болезнью по данным проективного теста

В таблице 3.12 и на рисунке 3.5 представлены результаты сравнения показателей и форм агрессии у групп с ГБ 2 и 3 стадии, группы ГЭП и группы практически здоровых лиц КГ, полученных с помощью теста руки Э. Вагнера «hand-test».

Таблица 3.12.

Результаты сравнения показателей и форм агрессии у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, группа ГЭП, группа практически здоровых лиц (M±m)

№ п/п	Показатели агрессивности	1-я группа (ГБ, 2 ст.)	2-я группа (ГБ, 3 ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-я группа (КГ)	P<
1	Агрессия	4,20±0,17	3,87±0,22	2,38±0,14	2,47±0,11	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$ P_{3-4} -
2	Директивность	4,29±0,20	3,35±0,20	2,29±020	2,23±0,11	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$ P_{3-4} -
3	Аффектация	3,63±0,25	2,93±0,27	2,25±0,26	1,77±0,12	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,001$ P_{3-4} -
4	Коммуника-ция	2,44±0,23	2,73±0,27	2,09±0,20	2,25±0,13	P_{1-2} -; P_{1-3} - P_{1-4} -; P_{2-3} - P_{2-4} - ; P_{3-4} -
5	Зависимость	1,82±0,21	1,52±0,18	1,26±0,18	1,32±0,11	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,05$ P_{2-3} -; P_{2-4} - P_{3-4} -;
6	Страх	1,45±0,13	1,36±0,15	0,92±0,09	1,14±0,10	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,01$ P_{1-4} - $P_{2-3} < 0,05$ P_{2-4} - ; P_{3-4} -
7	Эксгибицио-низм	1,27±0,12	0,82±0,11	0,90±0,12	0,67±0,07	$P_{1-2} < 0,01$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - ;P_{2-4} -;P_{3-4} -
8	Калечность (увечность)	1,44±0,15	1,38±0,16	1,61±0,14	1,36±0,09	P_{1-2} -;P_{1-3} -;P_{1-4} - P_{2-3} -; P_{2-4} -; P_{3-4} -
9	Описание	1,66±0,22	2,02±0,21	1,07±0,10	1,59±0,11	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,05$ P_{1-4} - $P_{2-3} < 0,001$ P_{2-4} - $P_{3-4} < 0,05$

10	Напряжение	1,91±0,21	1,64±0,23	0,64±0,12	1,23±0,08	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,01$ $P_{2-3} < 0,001$ P_{2-4} - $P_{3-4} < 0,01$
11	Активные безличные ответы	1,09±0,17	1,02±0,16	0,49±0,06	0,57±0,05	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,01$ $P_{1-4} < 0,01$ $P_{2-3} < 0,01$ $P_{2-4} < 0,01$ P_{3-4} -
12	Пассивные безличные ответы	0,64±0,13	0,41±0,08	0,32±0,23	0,40±0,11	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,05$ P_{2-3} - ; P_{2-4} -; P_{3-4} -
13	Галлюцина-ции	1,79±0,25	1,60±0,24	1,12±0,06	0,83±0,07	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,001$ P_{3-4} -
14	Отказ от ответа	0,44±0,09	0,61±0,10	0,32±0,45	0,48±0,09	P_{1-2} - ;P_{1-3} -;P_{1-4} - $P_{2-3} < 0,05$ P_{2-4} -; P_{3-4} -

Интересными представляются показатели, полученные в результате анализа интерпретаций данных обследованных групп (табл. 3.12).

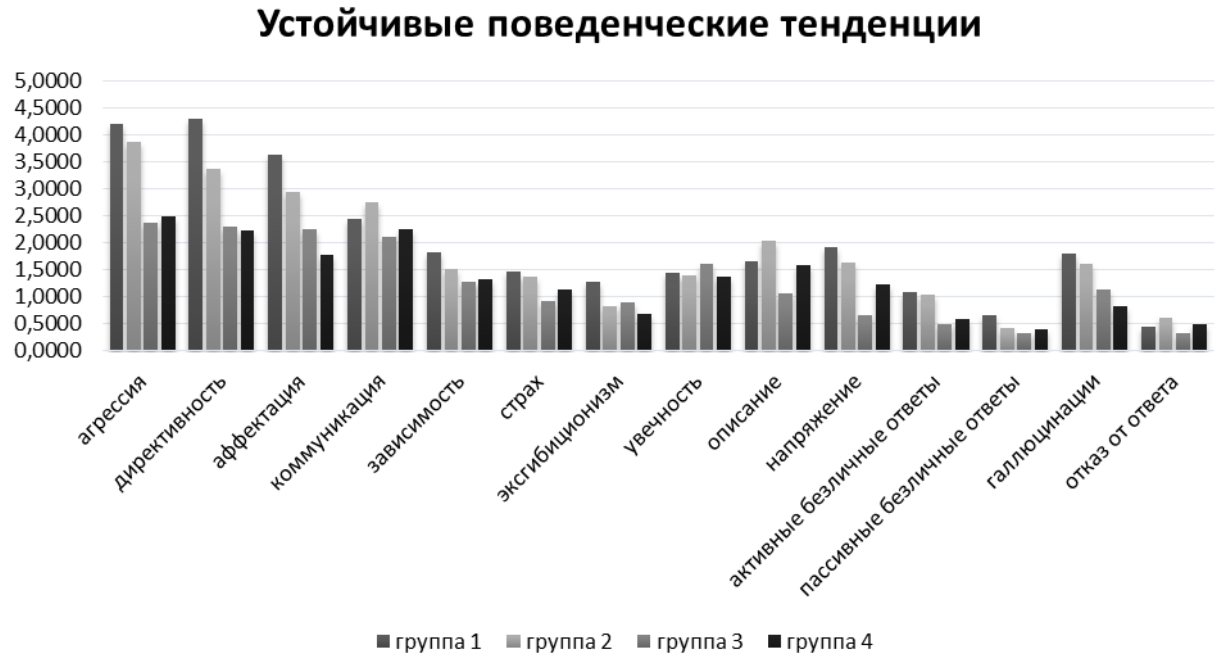
Сравнительный анализ результатов методики «hand-test», направленной на выявление устойчивых поведенческих тенденций субъекта, определил достоверно высокие показатели у больных первой группы ГБ 2 стадии в сравнении с больными второй группы ГБ 3 стадии по таким показателям, как «директивность» и «эксгибиционизм». Данный результат подтверждает более спонтанный, импульсивный характер проявления агрессивных реакций у данной группы. При этом отмечалось большая доля в первой группе ГБ 2, склонных к проявлению истероидных черт характера.

Были зафиксированы достоверные отличия между группой ГБ 2 стадии и группой гастроэнтерологического профиля по факторам – «агрессия», «директивность», «аффектация», «зависимость», «страх», «эксгибиционизм», «описание», «напряжение», «активные безличные ответы» и «отказ от ответа». Эти показатели достоверно выше в группе ГБ 2 стадии (см. рис. 20). Данные шкалы указывают на высокий уровень психического напряжения, тревожности и склонности находить проблемы даже тогда, когда, казалось бы, их не существует. У этой категории обследованных ярче проявлялись невротические черты личности.

В таблице 3.12 приведены результаты сравнительного анализа показателей «hand-test» больных ГБ 2 стадии и группой практически здоровых лиц (контрольная группа). Были зафиксированы высокие показатели у группы больных по шкалам «агрессия», «директивность», «аффектация», «зависимость», «пассивные безличные ответы», «галлюцинации», «описание», «напряжение», «активные безличные ответы» и «отказ от

ответа». Высокие показатели по шкале «напряжение» отражают эмоциональную устойчивость личности. Для них характерна эмоциональная неуравновешенность, активно-оборонительные, агрессивными тенденции. Данные результат подтверждает необходимость оказания психологической помощи группе больных ГБ.

По итогам сравнительного анализа показателей шкал «hand-test» больных гипертонической болезнью 3 стадии (вторая группа) и больных гастроэнтерологического профиля были выявлены достоверные отличия по шкалам «агрессия», «директивность», «страх», «описание», «напряжение» и «активные безличные ответы» (см. рис. 3.5).



1 группа – больные с гипертонической болезнью 2 стадии, 2 группа – больные с гипертонической болезнью 3 стадии, 3 группа – больные ГЭП, 4 группа – практически здоровые лица.

Рисунок 3.5. Сравнительные показатели по методике «hand-test».

По этим шкалам показатели достоверно выше, что говорит об импульсивности характера агрессивных реакций больных гипертонической болезнью 3 стадии более интенсивное переживание ими фрустрированной потребности в независимости, лидерстве и эффективном проявлении своей воли, характерна тенденция к действию агрессивных форм поведения, а также нежелание приспосабливаться к социальному окружению. Количество ответов по категории F («страх») у больных гипертонической болезнью 3 стадии преобладает над показателем третьей группы ГЭП. Таким образом, количество больных, невротически ожидающих агрессивных реакций со стороны других людей, было значительным и имело несколько более выраженную тенденцию в первой и второй группах обследуемых.

Удельный вес ответов по параметру «описание» (Des) свидетельствует о слабо выраженных показателях творческого мышления и воображения среди испытуемых групп.

Были обнаружены достоверные отличия между группами ГБ 3 стадии и группой практически здоровых лиц (четвертая группа) по факторам «агрессия», «аффектация», «директивность», «галлюцинации» и «активные безличные ответы».

Меньший уровень агрессивных тенденций у четвертой группы может свидетельствовать о наличии у них более продуктивных компенсаторных механизмов, способствующих снижению психоэмоционального напряжения.

Больные первой группы не испытывают потребности в эмоциональном одобрении, но нуждаются в общении, в принятии референтной группе. При этом они склонны к физической агрессии, а также испытывают потребность подчинить другого человека своему влиянию, ощутить превосходство над другими людьми, демонстрируют повышенную готовность использовать других людей в своих интересах. Аффектация отражает желание субъекта к активной социальной жизни. Поведенческая тенденция напряжения говорит о том, что субъект затрачивает определенную энергию, но практически ничего не достигает. Энергия уходит на то, чтобы удержать свои чувства в сложных ситуациях. Показатель психопатологии у больных 1-ой и 2-ой группы складывается за счет показателей дезадаптации и напряжения, проявление негативизма снижает напряжение. Изменение привычного образа и жизни и необходимость адаптироваться в болезни приводит к изменению восприятия окружающей реальности, к уходу от неё в болезнь.

Таким образом, больные гипертонической болезнью со 2-ой стадией, сильнее переживали фрустрирующие ситуации и были склонны к импульсивной реализации эмоционального напряжения, в том числе в виде конфликтных реакций. В своём восприятии и оценке ситуаций они настороженнее и подозрительнее, менее искренни в эмоциональных проявлениях, склонны к доминирующе-подчиняющимся отношениям. Для больных гипертонической болезнью в конфликтных ситуациях характерны реакции агрессии (например, вербальной или предметной) либо скрытые агрессивные формы на фоне негативизма по отношению к социуму.

3.4.2 Сравнительная оценка форм агрессии у больных гипертонической болезнью по данным опросника А. Басса и А. Дарки

Опросник А. Басса и А. Дарки, адаптированный на российской выборке С.Н. Ениколоповым и А.К. Осницким и описанный в работах Н.Е. Водопьяновой [15] и Б.В. Шостаковича [95], позволяет определить уровень, а также внутреннюю структуру агрессии субъекта. В таблице 3.13 и на рисунке 6 приведены результаты сравнения показателей и форм агрессии у групп ГБ 2 и 3 стадии, группы ГЭП и группы практически здоровых лиц.

Изучение выборки всех четырёх групп выявило достоверные различия по некоторым переменным ($p<0,001$), которые составляют благоприятную почву для формирования конфликтного и агрессивного поведения (табл. 3.13).

Таблица 3.13.

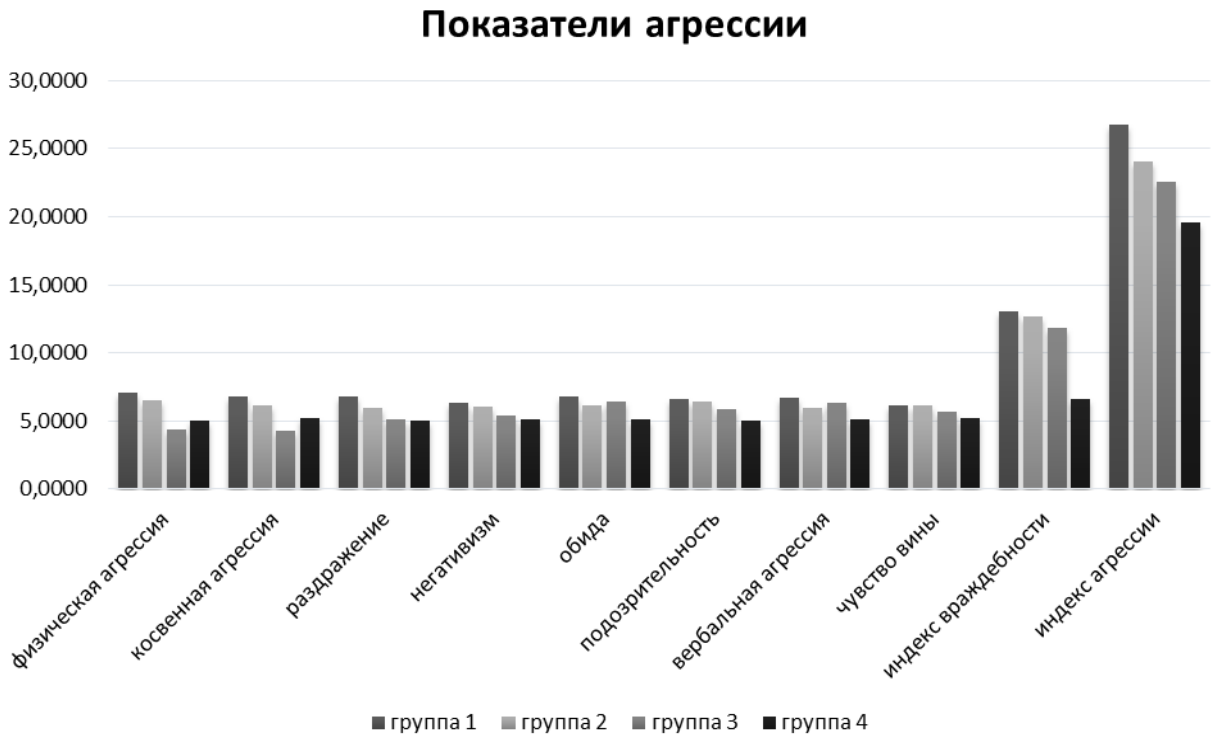
Результаты сравнения показателей и форм агрессии у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, ГЭП и КГ(M±m)

№ п/п	Формы агрессии	1-я группа (ГБ, 2 ст.)	2-я группа (ГБ, 3 ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-я группа (КГ)	P<
1	Физическая агрессия	7,08±0,16	6,53±0,20	4,40±0,34	5,03±0,09	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,05$
2	Косвенная агрессия	6,83±0,16	6,10±0,17	4,28±0,35	5,18±0,10	$P_{1-2} < 0,01$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,001$
3	Раздражение	6,78±0,15	5,93±0,18	5,12±0,26	5,01±0,10	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{2-4} < 0,001$ P_{3-4} -
4	Негативизм	6,29±0,18	6,05±0,17	5,42±0,21	5,09±0,10	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,01$ $P_{1-4} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{2-4} < 0,001$ P_{3-4} -
5	Обида	6,81±0,16	6,09±0,17	6,38±0,21	5,12±0,10	$P_{1-2} < 0,01$ P_{1-3} - $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,001$
6	Подозрительность	6,63±0,18	6,41±0,21	5,86±0,21	5,04±0,10	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,01$ $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,001$
7	Вербальная агрессия	6,74±0,16	5,91±0,21	6,29±0,22	5,08±0,11	$P_{1-2} < 0,01$ P_{1-3} - $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,001$

8	Чувство вины	6,09±0,19	6,10±0,19	5,69±0,20	5,21±0,10	P_{1-2} - P_{1-3} - $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,05$
9	Индекс враждебности	13,08±0,38	12,71±0,42	11,85±0,45	6,57±0,09	P_{1-2} - $P_{1-3} < 0,05$ $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,001$
10	Индекс агрессивности	26,74±0,20	24,02±0,47	22,53±0,73	19,57±0,18	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-4} < 0,001$ P_{2-3} - $P_{2-4} < 0,001$ $P_{3-4} < 0,001$

Примечания. Достоверные различия при $p \leq 0,05$: * - достоверные различия между показателями 1 и 2 групп; ** - достоверные различия между показателями 1 и 3 групп; *** - достоверные различия между показателями 1 и 4 групп.

Достоверные отличия между показателями больных гипертонической болезнью 2 стадии и показателями второй группы (ГБ) с 3 стадией выявлены по шести шкалам из десяти – «физическая агрессия», «косвенная агрессия», «раздражение», «обида», «вербальная агрессия» и «индекс агрессивности». По этим шкалам отмечаются достоверно более высокие показатели у больных ГБ 2 стадии. Больные чаще используют вербальную агрессию, что говорит о словесной форме агрессивного поведения («крик», «брюзжание» и т.п.). Полученный результат свидетельствует, что больные характеризуются склонностью к проявлению негативных чувств (вспыльчивость, грубость) при малейшем возбуждении, а также данная категория респондентов острее переживает фрустрирующие ситуации, расценивая их как проявление выраженной несправедливости, ущемляющей интересы и задевающей чувство собственного достоинства (см. рис. 3.6).



1 группа – больные с гипертонической болезнью 2 стадии, 2 группа – больные с гипертонической болезнью 3 стадии, 3 группа – больные ГЭП, 4 группа – практически здоровые лица.

Рисунок 3.6. Сравнительные показатели агрессии
по опроснику А. Басса и А. Дарки

Были выявлены достоверно высокие показатели между группой ГБ 2 стадии и группой больных гастроэнтерологического профиля по таким факторам как – «физическая агрессия», «косвенная агрессия», «раздражение», «негативизм», «подозрительность», «индекс враждебности» и «индекс агрессивности». Этот результат указывает, что тревожность, ощущение потенциальной опасности, враждебности окружающего мира являются факторами, стимулирующими возникновение и рост подозрительности личности [11, 15, 41, 61]. В данном случае, отмечалась тенденция к выраженным проявлениям подозрительности у больных гипертонической болезнью 3 стадии, что достоверно выше третьей группы больных. Недоверие, осторожность по отношению к окружающим, убежденность в том, что другие люди планируют и могут принести вред, являясь характерными для этой категории респондентов, могут быть как следствием жизнедеятельности в криминальной среде и в жестких условиях пенитенциарных заведений, так и изначально сформированными личностными особенностями.

Согласно данным, полученным по методике Басса-Дарки, адаптированному С.Н. Ениколоповым и А.К. Осницким и описанным Н.Е. Водопьяновой [15] и Б.В. Шостаковича [95], приведенным на рисунке 6, и сравнительному анализу, были обнаружены достоверно высокие показатели у групп с ГБ 2 стадии в сравнении с группой практически здоровых лиц (четвертая группа) по всем шкалам. Таким образом, можно говорить о том, что больные ГБ 2 стадии более склонны к оппозиционному поведению, менее толерантны к антагонистичным мировоззренческим позициям (в том числе более объективно отражающим реальность), что находит своё выражение, как в скрытой форме, так и в открытых поведенческих реакциях.

Были зафиксированы достоверно высокие отличия между группой с гипертонической болезнью 3 стадии (вторая группа) и группой гастроэнтерологического профиля (третья группа) по таким факторам как «физическая агрессия», «косвенная агрессия», «раздражение» и «негативизм». Данный результат указывает о наличие более выраженного внутреннего психоэмоционального напряжения. Возможно, обнаруженный уровень косвенной и физической агрессии у больных ГБ 3 стадии свидетельствует о наличии у них непродуктивных механизмов совладания со стрессом. Склонность к использованию в поведении косвенных форм агрессии была сильнее выражена во 2-ой группе больных. Вероятно, это является следствием особенностей микросоциума, в котором находятся больные – необходимостью более осторожного выражения агрессивного поведения.

Таким образом, преобладающими формами агрессии у больных ГБ 2 стадии являются «физическая агрессия» (7,1), «косвенная агрессия» (6,8), «раздражение» (6,8). У больных ГБ 3 стадии диагностированы следующие основные показатели агрессии: «физическая агрессия» (6,5), «подозрительность» (6,4) и «косвенная агрессия» (6,1). Для больных ГЭП (третья группа) преобладающими показателями агрессии являются: «обида» (6,3), «вербальная агрессия» (6,2), «подозрительность» (5,8).

Можно говорить о том, что больные первой и второй группы более склонны к оппозиционному поведению, менее толерантны к антагонистичным мировоззренческим позициям (в том числе более объективно отражающим реальность), что находит своё выражение, как в скрытой форме, так и в открытых поведенческих реакциях. Среди больных первой группы наблюдается тенденция в проявлении большей склонности к раздражительности и реализации психоэмоционального напряжения через агрессивные реакции. Во второй группе больных наблюдается негативизм, характеризующаяся оппозиционной манерой в поведении.

Больные первых двух групп предрасположены к физической агрессии, склонности к обидчивости, негативизму, раздражительности, острому восприятию фрустрирующих ситуаций как проявлению несправедливости со стороны внешнего мира. Полученные результаты свидетельствуют о более выраженной психофизиологической и эмоциональной нестабильности первой и второй группы больных, наличии личностных деформаций, способствующих агрессивным поведенческим проявлениям.

3.4.3 Оценка акцентуаций характера у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии по данным характерологического опросника К. Леонгарда

В таблице 3.14 и на рисунке 3.7 приведены результаты сравнения акцентуаций характера у групп ГБ, ГЭП и группы практически здоровых лиц.

Таблица 3.14.

Результаты сравнения акцентуаций характера у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, ГЭП, группа здоровых лиц (M±m)

№ п/п	Акцентуации характера	1-я группа (ГБ,2ст.)	2-я группа (ГБ, 3ст.)	3-я группа (ГЭП)	4-я группа (КГ)	P<
1	Гипертимная	6,04±0,38	6,12±0,53	5,09±0,39	6,54±0,36	P_{1-2} -;P_{1-3} -;P_{1-4} - P_{2-3} - ;P_{2-4} - P_{3-4} < 0,05
2	Застревающая	4,81±0,44	4,98±0,44	5,60±0,49	5,43±0,31	P_{1-2} -;P_{1-3} -;P_{1-4} - P_{2-3} -;P_{2-4} - ;P_{3-4} -
3	Эмотивная	3,79±0,33	2,79±0,25 *	3,70±0,46	4,97±0,40	P_{1-2} < 0,05 P_{1-3} -;P_{1-4} -;P_{2-3} - P_{2-4} < 0,001 P_{3-4} -
4	Педантичная	4,85±0,57	5,26±0,61	5,67±0,66	4,67±0,31	P_{1-2} -;P_{1-3} -;P_{1-4} - P_{2-3} -;P_{2-4} - ;P_{3-4} -
5	Тревожная	4,40±0,45	5,79±0,59	4,88±0,47	5,83±0,39	P_{1-2} -;P_{1-3} - P_{1-4} < 0,05 P_{2-3} -;P_{2-4} -;P_{3-4} -
6	Циклотимная	6,58±0,48	6,68±0,45	3,53±0,33	3,87±0,28	P_{1-2} - P_{1-3} < 0,001 P_{1-4} < 0,001 P_{2-3} < 0,001 P_{2-4} < 0,001 P_{3-4} <
7	Демонстратив-ная	5,27±0,40	5,95±0,53	5,69±0,48	5,21±0,35	P_{1-2} - ;P_{1-3} -;P_{1-4} - P_{2-3} -;P_{2-4} -;P_{3-4} -
8	Возбудимая	10,01±0,76	5,45±0,52	4,33±0,43	4,03±0,23	P_{1-2} < 0,001 P_{1-3} < 0,001 P_{1-4} < 0,001 P_{2-3} - P_{2-4} < 0,01 P_{3-4} -
9	Дистимичная	5,64±0,42	5,72±0,56	4,59±0,41	4,94±0,30	P_{1-2} -;P_{1-3} -;P_{1-4} - P_{2-3} -;P_{2-4} -;P_{3-4} -
10	Экзальтирова-нная	6,52±0,35	7,32±0,58	4,19±0,43	7,50±0,36	P_{1-2} -;P_{1-3} -;P_{1-4} - P_{2-3} -;P_{2-4} -;P_{3-4} -

Сравнительный анализ выявил достоверные отличия по двум шкалам методики акцентуаций характера К. Леонгарда [44] у больных гипертонической болезнью 2 стадии и больных гипертонической болезнью 3 стадии: «возбудимая акцентуация» и «эмотивная акцентуация». Данный результат свидетельствует, что у больных наблюдалась повышенная раздражительность, склонность к агрессии, несдержанность, угрюмость, занудливость, а также льстивость, услужливость, замедленность в беседе.

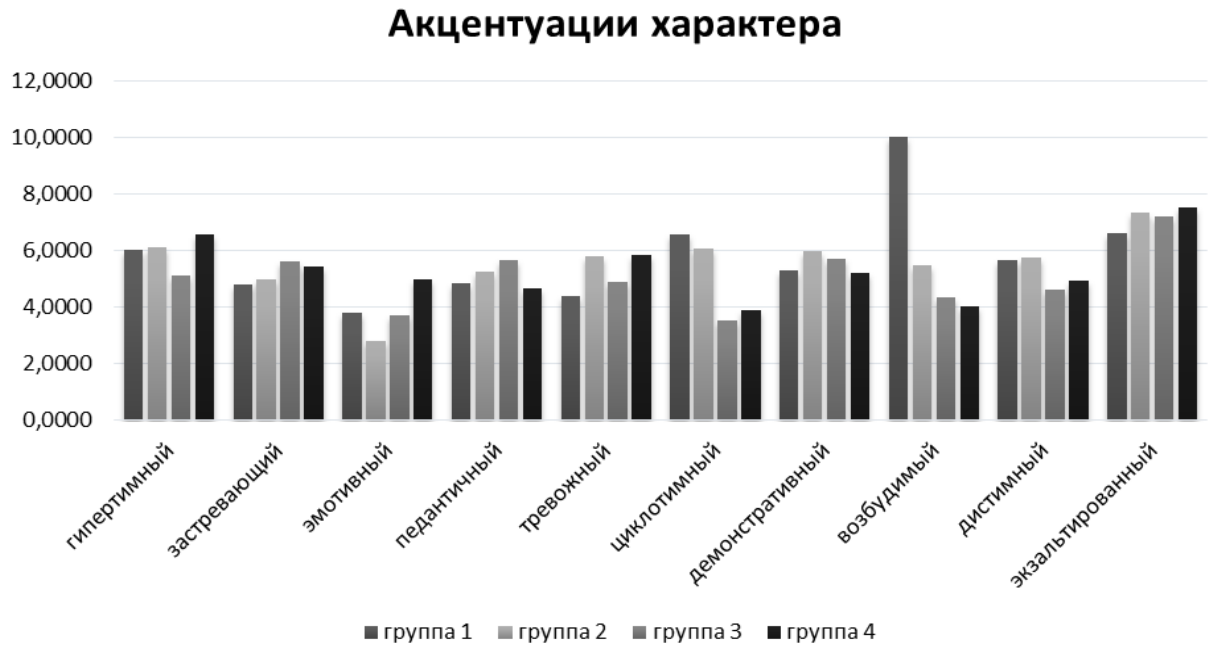
Они активно и часто конфликтуют, не избегают ссор с начальством, неуживчивы в коллективе, в семье деспотичны и жестоки [67]. Эмотивному типу акцентуаций характерны эмоциональность, чувствительность, любые жизненные события воспринимают серьезнее,

чем другие люди. Вероятно, что подобные качества служат фактором, сдерживающим конфликтное поведение.

Были выявлены достоверные отличия между больными 1 группы (ГБ, 2 ст.) и больными 3 группы (ГЭП) по двум шкалам из десяти: «циклотимная» и «возбудимая» акцентуации характера. Полученный результат свидетельствует о склонности к циклическим колебаниям настроения, что также может провоцировать конфликты с окружающими. Для них характерно повышенная импульсивность и раздражительность. Полученные данные свидетельствуют о широкой распространенности среди данных лиц акцентуаций, относящихся к конфликтогенным [32, 56].

Как и в предыдущих случаях, выявлено по шкалам «возбудимая акцентуация», «циклотимная акцентуация» и «тревожная акцентуация» достоверное отличие между больными первой группы (ГБ, 2 ст.) и практически здоровыми лицами. Данные показатели выше у больных гипертонической болезнью 2 стадии, указывает на повышенное беспокойство, циклические колебания в настроении, что также указывает на необходимость оказания профессиональной психологической помощи данной группе больных.

Были выявлены достоверные отличия между больными второй группы (ГБ, 3 стадии) и группой больных гастроэнтерологического профиля по показателю «циклотимная акцентуация». Этот результат свидетельствует об эмоциональной неустойчивости второй группы (ГБ, 2 стадии). Были выявлены достоверные отличия между больными 2 группы и больными 3 группы (ГЭП) по двум шкалам: «циклотимная» и «возбудимая» акцентуации характера. Это подтверждается склонностью к циклическим колебаниям настроения, что также может провоцировать конфликты с окружающими. Как указывалось, выше, данные акцентуации являются конфликтогенными.



1 группа – больные с гипертонической болезнью 2 стадии, 2 группа – больные с гипертонической болезнью 3 стадии, 3 группа – больные ГЭП, 4 группа – практически здоровые лица.

Рисунок 3.7. Средние значения показателей акцентуаций в группах больных (по данным методики К. Леонгарда)

Следовательно, в первой группе больных гипертонической болезнью 2 стадии преобладающими акцентуациями характера являются возбудимая (10,1) и циклотимная (6,6). Для данной группы характерна возбудимость, повышенная импульсивность и раздражительность, склонностью к циклическим колебаниям настроения, что также может провоцировать конфликты с окружающими. Для больных гипертонической болезнью 3 стадии ведущими акцентуациями характера являются – экзальтированная (7,3) и циклотимная (6,1). Они характеризуются высокой общительностью, контактностью, однако, им свойственна частая смена настроения. Среди больных гастроэнтерологического профиля 3 группы отмечается застревающая (5,6) и демонстративная (5,6) акцентуация характера. Для них характерны заносчивость, часто выступают инициатором конфликтов. Сравнительный анализ выявил достоверные отличия по двум шкалам методики акцентуаций характера К. Леонгарда у больных гипертонической болезнью 2 стадии и больных гипертонической болезнью 3 стадии: «возбудимая акцентуация» и «эмотивная акцентуация». Были выявлены достоверные отличия между больными 1 группы и больными 3 группы (ГЭП) по двум шкалам из десяти: «циклотимная» и «возбудимая» акцентуации характера. Иными словами, мы можем сказать, что больные с ГБ имеют различные акцентуации в сравнении с больными ГЭП, а также группой здоровых.

Таким образом, в группе больных гипертонической болезнью 2 стадии преобладающими являются возбудимая и циклотимная акцентуациями характера, что характеризует их возбудимость, повышенную импульсивность и раздражительность, склонность к колебаниям настроения, которые обусловливают конфликтное поведение и дезадаптивные стратегии копинг поведения. У больных гипертонической болезнью 3 стадии ведущими акцентуациями характера являются экзальтированная и циклотимная, что характеризует их как общительных, контактных, однако, им свойственна частая смена настроения. У больных гастроэнтерологического профиля доминировали застревающая и демонстративная акцентуация характера, что отражает дезадаптивные стратегии их конфликтного поведения. Кроме того, у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадией выявлены достоверные отличия по двум шкалам «возбудимая акцентуация» и «эмотивная акцентуация», а между больными 1 группы (ГБ, 2 стадии) и 3 группы (ГЭП) - шкалам «циклотимная» и «возбудимая» акцентуации характера. Иными словами, мы можем сказать, что больные с ГБ имеют различные акцентуации в сравнении с больными ГЭП, а также группой здоровых.

3.5. Социально-психологические портреты больных гипертонической болезнью

На основе проведённого эмпирического исследования были составлены психологические портреты больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. Первый социально-психологический портрет – больных гипертонической болезнью 2 стадии.

Средний возраст больных данной группы – 46 лет. Основной диагноз заболевания – гипертоническая болезнь, 2-ая стадия. Давление постоянно повышено (Систолическое/диастолическое: 160-179 / 100-109 мм. рт.с.) Часто возникают гипертонические кризы, поражение органов-мишеней. В ходе наблюдения и бесед был диагностирован эргопатический тип, который характеризуется как «уход от болезни в работу». Даже при существенной тяжести заболевания и страданиях такой человек старается во что бы то ни стало работу продолжать. Также у больных первой группы чаще наблюдались периодические конфликты в семье проживания и ближайшими родственниками.

В таблице 3.15 приводятся наиболее яркие (по которым выявлены достоверные отличия) психологические черты, характеризующие данную группу больных (ГБ 2 стадии) в сравнении с группой практически здоровых лиц (КГ).

Для первой группы больных гипертонической болезнью 2 стадии преобладающими стратегиями поведения в конфликтных ситуациях являются – «конкуренция» (8,45; Rm=1), «компромисс» (6,16; Rm=2) и «приспособление» (5,66; Rm=3), что характеризует их как активных и конфликтных, с мотивацией активно-оборонительного поведения и/или самоутверждения в качестве доминирующих мотиваций. Вместе с тем, для них также характерно то, что они могут поступиться своими интересами при невозможности «продавливания» партнёра по общению.

Таблица 3.15.

Ведущие (по которым выявлены достоверные отличия) психологические показатели больных ГБ 2 стадии и контрольной группы

№ п/п	Психодиагностический показатель	1-я группа (ГБ, 2 ст.)	4-я группа (КГ)	P<
Методика Томаса-Килманна				
1	Конкуренция	8,45±0,48	2,53±0,18	0,001
2	Приспособление	5,66±0,28	7,33±0,23	0,001
3	Компромисс	6,16±0,24	7,55±0,20	0,001
4	Избегание	4,76±0,31	6,70±0,38	0,01
Шкала тревожности Спилбергера-Ханина				
5	Ситуативная тревожность	40,79±1,14	36,58±0,36	0,01
6	Личностная тревожность	42,25±1,06	36,48±0,31	0,001
Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге				
7	Стрессоустойчивость и социальная адаптация	283,86±5,92	253,53±5,07	0,001
Тест руки Э. Вагнера «hand-test»				
8	Агрессия	4,20±0,17	2,47±0,11	0,001
9	Директивность	4,29±0,20	2,23±0,11	0,001
10	Аффектация	3,63±0,25	1,77±0,12	0,001
11	Зависимость	1,82±0,21	1,32±0,11	0,05
12	Эксгибиционизм	1,27±0,12	0,67±0,07	0,001
13	Напряжение	1,91±0,21	1,23±0,08	0,01
14	Активные безличные ответы	1,09±0,17	0,57±0,05	0,01
15	Пассивные безличные ответы	0,64±0,13	0,40±0,11	0,05
16	Галлюцинации	1,79±0,25	0,83±0,07	0,001
17	Склонность к открытому агрессивному поведению	1,78±0,20	0,98±0,18	0,05
Опросник А. Басса и А. Дарки				
18	Физическая агрессия	7,08±0,16	5,03±0,09	0,001
19	Косвенная агрессия	6,83±0,16	5,18±0,10	0,001
20	Раздражение	6,78±0,15	5,01±0,10	0,001
21	Негативизм	6,29±0,18	5,09±0,10	0,001
22	Обида	6,81±0,16	5,12±0,10	0,001
23	Подозрительность	6,63±0,18	5,04±0,10	0,001
24	Вербальная агрессия	6,74±0,16	5,08±0,11	0,001
25	Чувство вины	6,09±0,19	5,21±0,10	0,001
26	Индекс враждебности	13,08±0,38	6,57±0,09	0,001

27	Индекс агрессивности	26,74±0,20	19,57±0,18	0,001
Характерологический опросник К. Леонгарда				
28	Тревожная	4,40±0,45	5,83±0,39	0,05
29	Циклотимная	6,58±0,48	3,87±0,28	0,001
30	Возбудимая	10,01±0,76	4,03±0,23	0,001

При этом, достоверные отличия, между больными с гипертонической болезнью 2 стадии и практически здоровыми лицами выявлены по четырём стратегиям поведения в конфликтных ситуациях: «конкуренция», «приспособление», «компромисс» и «избегание». У больных первой группы достоверно выше показатель активной дезадаптивной стратегии «конкуренция», а показатели остальных пассивных стратегий («приспособление», «компромисс» и «избегание») достоверно выше у практически здоровых лиц.

У больных ГБ 2 стадии отмечается умеренная как ситуативная (40,8), так и личностная тревожность (42,2), но с тенденцией к высоким значениям. Можно говорить об их устойчивой склонности воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Повышенная тревожность также может быть связана с подавляемой агрессией и наличием внутренних невротических конфликтов, связанных с проблемными отношениями с ближайшим окружением.

Уровень психосоциального стресса свыше 150 баллов по шкале стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге, в адаптации Н.Е. Водопьяновой [15], указывает на низкую стрессоустойчивость больных ГБ 2 стадии, способствующую конфликтному поведению и обуславливающую формирование и развитие неконструктивных, в том числе конфликтных форм и стратегий поведения. В целом, низкая стрессоустойчивость может оказывать негативное патологическое влияние на сердечно-сосудистую систему.

Анализ показателей проективного теста руки Э. Вагнера «hand-test», модифицированного Т.Н. Курбатовой [40, 41], у больных ГБ 2 стадии позволил зафиксировать высокие показатели по шкалам «агрессия», «директивность», «аффектация», «зависимость», «пассивные безличные ответы», «галлюцинации», «описание», «напряжение», «активные безличные ответы», «отказ от ответа» и «склонность к открытому агрессивному поведению». Для них характерна эмоциональная неуравновешенность, активно-оборонительные, агрессивные тенденции, сильные переживания фрустрирующих ситуаций, склонность к импульсивной реализации эмоционального напряжения, в том числе в виде агрессивных реакций. В своём восприятии и оценке ситуаций больные с ГБ 2 стадии более настороженные и подозрительные, менее искренние в эмоциональных проявлениях, склонны к доминирующе-подчиняющимся отношениям.

Больные с ГБ 2 стадии не испытывают потребности в эмоциональном одобрении, но нуждаются в общении и принятии в референтной группе. При этом они испытывают потребность подчинить другого человека своему влиянию, ощутить превосходство над другими людьми, демонстрируют повышенную готовность использовать других людей в своих интересах. Аффектация отражает желание субъекта к активной социальной жизни. Поведенческая тенденция напряжения говорит о том, что субъект затрачивает определённую энергию, но практически ничего не достигает. Энергия уходит на то, чтобы удержать свои чувства в сложных ситуациях. Показатель психопатологии складывается за счёт показателей дезадаптации и напряжения, проявление негативизма снижает напряжение. Изменение привычного образа и жизни и необходимость адаптироваться в болезни приводит к изменению восприятия окружающей реальности, к уходу от неё в болезнь.

Для больных гипертонической болезнью 2 стадии в конфликтных ситуациях характерны реакции с открытым конфликтным поведением либо скрытые агрессивные формы на фоне выраженного негативизма и враждебности по отношению к социуму. Для них характерен более спонтанный, импульсивный характер проявления агрессивных реакций. При этом отмечалось большая доля в первой группе больных ГБ 2 склонны к проявлению истероидных и невротических черт личности.

Согласно опроснику А. Басса и А. Дарки, адаптированному на российской выборке С.Н. Ениколоповым и А.К. Осницким и описанному Н.Е. Водопьяновой [15] и Б.В. Шостаковичем [95], преобладающими формами агрессии у больных ГБ 2 стадии являются «физическая агрессия» (7,1), «косвенная агрессия» (6,8), «раздражение» (6,8). Можно говорить о том, что больные указанной группы более склонны к оппозиционному поведению, менее толерантны к антагонистичным мировоззренческим позициям (в том числе более объективно отражающим реальность), что находит своё выражение, как в скрытой форме, так и в открытых поведенческих реакциях. Среди больных первой группы наблюдается тенденция в проявлении большей склонности к раздражительности и реализации психоэмоционального напряжения через агрессивные реакции. Они более предрасположены к физической агрессии, склонны к обидчивости, негативизму, раздражительности, острому восприятию фрустрирующих ситуаций как проявлению несправедливости со стороны внешнего мира.

Характерологические особенностями больных ГБ 2 стадии являются конфликтогенные акцентуации характера: возбудимая (10,1) и циклотимная (6,6). Для данной группы характерна возбудимость, повышенная импульсивность и раздражительность, склонностью к циклическим колебаниям настроения, что также может провоцировать конфликты с окружающими.

В целом, полученные результаты свидетельствуют о более выраженной психофизиологической и эмоциональной нестабильности больных ГБ 2 стадии, наличии у них достаточно выраженных личностных деформаций, способствующих агрессивным и дезадаптивным, в целом, поведенческим проявлениям, ухудшающим их психологический статус и способствующим дальнейшему развитию болезни.

Второй социально-психологический портрет – портрет больных гипертонической болезнью 3 стадии.

Средний возраст больных данной группы – 46 лет. Основной диагноз заболевания – гипертоническая болезнь, 3-я стадия. Давление постоянно повышено (Систолическое/диастолическое более 180/110 мм рт. ст.) Часто возникают гипертонические кризы, поражение органов-мишеней. У данной группы, так же, как и у больных первой группы (ГБ, 2 ст.), отмечались периодические конфликты в семье и с ближайшими родственниками.

Для второй группы больных гипертонической болезнью 3 стадии преобладающими стратегиями поведения в конфликтных ситуациях являются – «компромисс» (7,11; Rm=1), «избегание» (6,53; Rm=2) и «приспособление» (6,51; Rm=3). Данный результат свидетельствует о желании идти на уступки, а также стремление игнорировать возникающие проблемы, стремление любой ценой приспосабливаться под обстоятельства и лидирующих индивидов для этой категории больных.

При этом, достоверные отличия, между больными с гипертонической болезнью 3 стадии и практически здоровыми лицами выявлены по двум стратегиям поведения в конфликтных ситуациях: «конкуренция» и «приспособление». У больных второй группы достоверно выше показатель активной дезадаптивной стратегии «конкуренция», а показатели пассивной стратегии «приспособление» достоверно выше у практически здоровых лиц.

В таблице 3.16 приводятся наиболее яркие психологические черты, характеризующие данную группу больных (ГБ 3 стадии) в сравнении с группой практически здоровых лиц (КГ). Достоверно более высокие показали, как ситуативной, так и личностной тревожности у второй группы больных (ГБ 3 стадии) указывает на их более высокое в сравнении с контрольной группой эмоциональное напряжение, обеспокоенность, нервозность, связанное с текущей жизненной ситуацией заболевания. Наблюдаемые высокие уровни ситуативной и личностной тревожностью во второй группе больных (ГБ 3 стадии) относительно контрольной группы может говорить об их общей склонности воспринимать большой круг жизненных ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием повышенной тревоги. Можно предположить наличие подавляемой агрессии и невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями у больных данной группы. У больных ГБ 3 стадии отмечается низкая стрессоустойчивость, способствующая их конфликтному поведению, формированию и развитию неконструктивных, в том числе агрессивных форм и стратегий поведения в конфликте, что оказывает негативное влияние на сердечно-сосудистую систему.

Таблица 3.16.

Ведущие (по которым выявлены достоверные отличия) психологические показатели больных ГБ 3 стадии и контрольной группы

№ п/п	Психодиагностический показатель	2-я группа (ГБ, 3 ст.)	4-я группа (КГ)	P<
Методика Томаса-Килманна				
1	Конкуренция	4,32±0,51	2,53±0,18	0,001
2	Приспособление	6,51±0,31	7,33±0,23	0,05
Шкала тревожности Спилбергера-Ханина				
3	Ситуативная тревожность	39,89±1,18	36,58±0,36	0,05
4	Личностная тревожность	41,05±1,16	36,48±0,31	0,01
Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге				
5	Стрессоустойчивость и социальная адаптация	281,67±6,81	253,53±5,07	0,01
Тест руки Э. Вагнера «hand-test»				
6	Агрессия	3,87±0,22	2,47±0,11	0,001
7	Директивность	3,35±0,20	2,23±0,11	0,001
8	Аффектация	2,93±0,27	1,77±0,12	0,001
9	Активные безличные ответы	1,02±0,16	0,57±0,05	0,01
10	Галлюцинации	1,60±0,24	0,83±0,07	0,001
11	Проявление тенденции ухода от реальности	1,97±0,42	0,98±0,18	0,05
12	Психопатология	1,78±0,09	0,57±0,11	0,001
Опросник А. Басса и А. Дарки				
13	Физическая агрессия	6,53±0,20	5,03±0,09	0,001
14	Косвенная агрессия	6,10±0,17	5,18±0,10	0,001
15	Раздражение	5,93±0,18	5,01±0,10	0,001
16	Негативизм	6,05±0,17	5,09±0,10	0,001
17	Обида	6,09±0,17	5,12±0,10	0,001
18	Подозрительность	6,41±0,21	5,04±0,10	0,001
19	Вербальная агрессия	5,91±0,21	5,08±0,11	0,001
20	Чувство вины	6,10±0,19	5,21±0,10	0,001

21	Индекс враждебности	12,71±0,42	6,57±0,09	0,001
22	Индекс агрессивности	24,02±0,47	19,57±0,18	0,001
Характерологический опросник К. Леонгарда				
23	Эмотивная	2,79±0,25	4,97±0,40	0,001
24	Циклотимная	6,68±0,45	3,87±0,28	0,001
25	Возбудимая	5,45±0,52	4,03±0,23	0,01

Достоверные отличия между группой больных ГБ 3 стадии и группой практически здоровых лиц (КГ) были выявлены по факторам «агрессия», «директивность», «аффектация», «галлюцинации», «активные безличные ответы», «проявление тенденции ухода от реальности» и «психопатология» теста руки Э. Вагнера «hand-test».

Более высокие показатели по шкале «агрессия» (по сравнению с КГ) говорят о более высокой вероятности проявления конфликтности в поведении больных ГБ 3 стадии, что дополняют также повышенные показатели по шкале «директивность» указывающие на психологические установки превосходства над другими людьми, стремление к директивному руководству, к влиянию, повышенной готовности использовать других людей в своих интересах, а также ожидание того, что окружающие должны вести себя в соответствии с намерениями испытуемого, а не наоборот.

При этом, достоверно более высокие показатели по шкале «аффектация» указывают на способности больных ГБ 3 стадии к более высокой активности в социальной жизни, настрой на сотрудничество с окружающими, на позитивное эмоциональное общение, способность проявлять любовь и привязанность. Вместе с тем достоверно более высокие показатели по шкале «галлюцинации» могут указывать на тенденции ухода от реальности, наличия личностной дезадаптации и психопатологии, что в свою очередь подтверждается достоверно более высокими значениями по шкалам «психопатология» и «проявление тенденции ухода от реальности».

Согласно опроснику А. Басса и А. Дарки, описанному в работах Н.Е. Водопьяновой [15] и Б.В. Шостаковича [95], преобладающими формами агрессии у больных ГБ 3 стадии являются «физическая агрессия» (6,5), «подозрительность» (6,4) и «косвенная агрессия» (6,1). Можно говорить о том, что больные указанной группы более подозрительны и недоверчивы по отношению к окружающим, что находит своё выражение как в скрытой, так и в открытой формах поведения. Также, среди больных второй группы наблюдается тенденция к использованию в поведении косвенных форм агрессии. Вероятно, это является следствием особенностей микросоциума, в котором находятся больные – необходимостью более осторожного выражения агрессивного поведения. У них сохраняется предрасположенность к физической агрессии, но чаще она выражается чрез обидчивость, негативизм, раздражительность, острое восприятие фрустрирующих ситуаций как проявлению несправедливости со стороны внешнего мира.

Для больных гипертонической болезнью 3 стадии ведущими акцентуациями характера являются – «возбудимая» (5,5) и «циклотимная» (6,7). Для данной группы больных характерна склонность к циклическим колебаниям настроения, при повышенной возбудимости, импульсивность и раздражительность, что повышает уровень конфликтогенности во взаимодействии с окружающими. Кроме того, для больных ГБ 3 стадии характерны самые низкие среди всех исследованных групп показатели «эмотивности», что указывает на их более низкую по сравнению с другими эмоциональность и чувствительность.

Таким образом, результаты больных ГБ 3 стадии свидетельствуют о наличии у них непродуктивных механизмов совладания со стрессом, выраженной психофизиологической и эмоциональной нестабильности, наличии у них достаточно существенных личностных деформаций, проявляющихся в большей степени в чертах непрямой агрессивности и более осторожного выражения агрессивного поведения.

Изменение привычного образа и жизни и необходимость адаптироваться в болезни приводит к изменению восприятия окружающей реальности, к уходу от неё в болезненные переживания и дезадаптивное поведение, продолжающее ухудшать их психологический статус и способствующее дальнейшему развитию болезни.

3.6. Результаты факторного анализа показателей психологических тестов

Для выявления закономерностей и общих механизмов психологических особенностей, стратегий поведения в конфликтных ситуациях и экспертной оценки, уменьшения размерности исходных данных больных ГБ 2 и 3 стадии ко всем трём выделенным группам) нами был использован многомерный факторный анализ (метод главных компонент).

В основе факторного анализа находятся преобразования с матрицей интеркорреляций исходных (первичных) переменных. Результатом «вращения» этой матрицы является обрастание «весом» своих корреляционных связей каждой измеренной переменной, позволяющих проводить ранжирование всех переменных по их «весу», определяющемуся в структуре всех переменных. Суммарная дисперсия или так называемый «общий вес» всех переменных при представлении каждого «фактора» измеряется в виде общей дисперсии в относительных величинах – процентах. Интерпретация (название) фактора определяется на основе авторского подхода и доминирующих «весов» переменных. Анализ проводился с использованием метода главных компонент.

Факторный анализ индивидуально-психологических характеристик первой группы больных гипертонической болезнью 2 стадии позволил выделить 5 факторов, с суммарной дисперсией, охватывающей 77,32% полученных показателей. Результаты факторного анализа представлены в таблицах 3.17 – 3.21.

В состав первого фактора F1 (Дп – 21,29%) вошли 10 показателей, большая часть из которых принадлежат к тесту руки Э. Вагнера «hand-test» (табл. 3.17).

Исходя из состава компонентов, вошедших в первый фактор F1 он был нами назван «Приспособление к социуму и подавление агрессии», ведущую роль в нём играют показатели проективного теста «Hand-test» («коммуникация», «аффектация», «зависимость», «страх») относящиеся к категории ответов, указывающих на преобладании в поведении первой группы больных действий, направленных на приспособление к социальной среде с незначительной вероятностью проявления открытого агрессивного поведения. При этом в данной группе больных могут проявляться элементы раздражения в виде готовности к проявлению негативных чувств в случае возникновения стрессовых ситуаций, при этом наличие в факторе пассивной копинг стратегии «избегание» подтверждает стремление данной группы больных к сдерживанию открытого проявления агрессии в поведении.

Таблица 3.17.

Состав первого фактора группы больных гипертонической болезнью 2 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F1 (Дп – 21,29%) «Приспособление к социуму и подавление агрессии»	- коммуникация, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,822
	- описание, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,806
	- аффектация, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,762
	- галлюцинации, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,745
	- зависимость, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,627
	- страх, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,620
	- эксгибиционизм, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,784
	- раздражение, опросник А. Басса и А. Дарки	0,587
	- директивность, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,554
	- избегание, методика Томаса-Килманна	0,504

В состав второго по значимости фактора F2 (Дп – 18,78%) вошли преимущественно показатели, связанные с тревожностью и стрессоустойчивостью (табл. 3.18).

В частности – ситуативная и личностная тревожность (шкала тревожности Спилбергера-Ханина), тревожный тип акцентуации характера (характерологический опросник К. Леонгарда). Два других показателя связаны с возбудимыми чертами характера и пороговой стрессоустойчивостью (281,67 баллов, средний показатель в группе), близкой к низким показателям, что в целом указывает на высокие внутреннее психологическое напряжение и тревожность в рассматриваемой группе больных. Исходя из вышесказанного и преобладания в факторе показателей тревожности (3 из 5) второй фактор был нами назван фактором «тревожности».

Таблица 3.18.

Состав второго фактора группы больных гипертонической болезнью 2 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F2 (Дп – 18,78%) «Тревожность»	- ситуативная тревожность, шкала тревожности Спилбергера-Ханина	0,803
	- стрессоустойчивость, методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге	0,730
	- личностная тревожность, шкала тревожности Спилбергера-Ханина	0,692
	- возбудимый тип акцентуации, характерологический опросник К. Леонгарда	0,657
	- тревожный тип акцентуации, характерологический опросник К. Леонгарда	0,590

В состав третьего по значимости фактора F3 (Дп – 15,27%) вошли преимущественно показатели, связанные с агрессивным поведением (табл. 3.19).

Таблица 3.19.

Состав третьего фактора группы больных гипертонической болезнью 2 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F3 (Дп – 15,27%) «Внешняя агрессия»	- физическая агрессия, опросник А. Басса и А. Дарки	0,715
	- индекс агрессии, опросник А. Басса и А. Дарки	0,640
	- отказ от ответа, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,539

На первом и втором местах в третьем факторе F3 присутствуют показатели «физическая агрессия» и интегрального показателя агрессивности «индекс агрессии» опросника А. Басса и А. Дарки, описанного в работах Н.Е. Водопьяновой [15] и Б.В. Шостаковича [95]. В свою очередь «индекс агрессии» включает в себя показатели шкал «физическая агрессия», «раздражение», «вербальная агрессия» указывающие на преобладании в поведении исследуемой группы больных проявлений открытой внешней агрессии, как на вербальном, так даже и на физическом уровне, что также косвенно свидетельствует об их высоком внутреннем напряжении, выливающимся на окружающих в виде агрессивных актов.

Присутствие в составе третьего фактора показателя «отказ от ответов» теста руки Э. Вагнера «hand-test» может указывать на стремление к сдерживанию агрессивных проявлений в рассматриваемой группе больных гипертонической болезнью 2 стадии. Исходя из вышесказанного, третий фактор F3 нами был назван фактором «внешней агрессии».

В состав четвёртого по значимости фактора F4 (Дп – 12,88%) вошли показатели, связанные с перепадами настроения и напряжённым состоянием (табл. 3.20).

Таблица 3.20.

Состав четвёртого фактора группы больных гипертонической болезнью 2 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F4 (Дп – 12,88%) «Напряжение»	- напряжение, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,502
	- циклотимная акцентуация, характерологический опросник К. Леонгарда	0,501

Внутреннее напряжение в четвёртом факторе F4 связано с частыми периодическими сменами настроения, чередующимися гипертимными и дистимными состояниями, что отражается на поведении второй группы больных в плане частой смены манеры общения с окружающими, фазы активности и повышенной говорливости сменяются состоянием подавленности, молчаливости, раздражительности и гневливости, что приводит к конфликтному поведению и провоцированию дополнительных негативных переживаний, общей внутренней напряжённости. Исходя из этого, данный фактор мы назвали «напряжение», т.к., по нашему мнению, именно эта личностная характеристика является ведущей в рассматриваемом факторе.

В состав пятого по значимости фактора F5 (Дп – 8,49%) вошли показатели, также связанные с использованием амбивалентных копинг стратегий «приспособление» и «конкуренция», выявляемых с помощью методики Томаса-Килманна в адаптации Н.В. Гришиной [22] (табл. 3.21).

Таблица 3.21.

Состав пятого фактора группы больных гипертонической болезнью 2 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F5 (Дп – 8,49%) «Амбивален-тность»	- приспособление, методика Томаса-Килманна	0,766
	- конкуренция, методика Томаса-Килманна	0,753

Преобладание в поведении копинг стратегии «приспособление» предполагает жертвование собственных интересов ради интересов других, тогда как «конкуренция» предполагает стремление к удовлетворению в первоочередном порядке собственных интересов в ущерб интересов окружающих. В целом можно говорить о продолжении циклотимических тенденций в поведении больных второй группы, только в данном случае проявляющихся в первую очередь во взаимодействии с окружающими. В связи с вышесказанным пятый фактор F5 нами был назван «амбивалентность».

Факторный анализ индивидуально-психологических характеристик второй группы больных гипертонической болезнью 3 стадии позволил выделить 5 факторов, с суммарной дисперсией, охватывающей 68,93% полученных показателей. Результаты факторного анализа представлены в таблицах 3.22 – 3.26.

В состав первого фактора F1 (Дп – 20,81%) вошли 9 показателей, относящихся к проективному тесту руки «Hand-test» (табл. 3.22).

Также, как и у больных второй группы у больных третьей группы в первый, наиболее весомый фактор вошли показатели «описания», «страха», «аффектации», «коммуникации» и «зависимости», указывающие на стремление данной группы больных к приспособлению и адаптации к социальной среде и малой вероятности агрессивного поведения. Вместе с тем в первом факторе F1 второй группы больных присутствуют категории «директивности», «эксгибиционизма», «описания» «галлюцинаций» и «активных безличных ответов», свидетельствующие о стремлении к демонстративному поведению, активности, управлению окружающими на основе своих представлений, зачастую не совсем соответствующих реальности. Поэтому можно предполагать доминирование во второй группе больных манипулятивного поведения, когда с одной стороны демонстрируется стремление к приспособлению к окружающим, но с другой стороны присутствует стремление управлять происходящим и быть в центре внимания окружающих. Поэтому данный фактор мы назвали «манипулятивное поведение».

Таблица 3.22.

Состав первого фактора группы больных гипертонической болезнью 3 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F1 (Дп – 20,81 %) «Манипулятивное поведение»	- описание, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,867
	- галлюцинации, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,853
	- эксгибиционизм, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,785
	- страх, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,746
	- аффектация, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,744
	- активные безличные ответы, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,698
	- зависимость, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,655
	- директивность, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,629
	- коммуникация, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,628

В состав второго по значимости фактора F2 (Дп – 19,12%) вошли 9 показателей, связанных с акцентуациями, тревожностью, стрессоустойчивостью и пассивным типом копинг поведения (табл. 3.23).

Исходя из состава второго фактора F2 у больных второй группы можно отметить высокую лабильность психики, легкомысленность и повышенную активность, стремление командовать окружающими, быть на виду, занимать исключительное положение (акцентуации «экзальтированность», «гипертимность», «демонстративность» имеющие наибольший вес в факторе). При этом присутствуют «тревожный» и «возбудимый» типы акцентуаций, указывающие на импульсивность, раздражительность и вспыльчивость которые могут сопровождаться чувством неуверенности в себе, неполноценности и повышенной тревожности.

Таблица 3.23.

Состав второго фактора группы больных гипертонической болезнью 3 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F2 (Дп – 19,12%) «Акцентуированность и тревожность»	- экзальтированный тип акцентуации, характерологический опросник К. Леонгарда	0,831
	- гипертимный тип акцентуации, характерологический опросник К. Леонгарда	0,729
	- демонстративный тип акцентуации, характерологический опросник К. Леонгарда	0,671
	- тревожный тип акцентуации, характерологический опросник К. Леонгарда	0,649
	- возбудимый тип акцентуации, характерологический опросник К. Леонгарда	0,629
	- избегание, методика Томаса-Килманна	0,614
	- личностная тревожность, шкала тревожности Спилбергера-Ханина	0,584

	- стрессоустойчивость, методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге	0,566
	- ситуативная тревожность, шкала тревожности Спилбергера-Ханина	0,505

Тревожность в данном факторе F2 играет также значимую роль, поскольку о её высоком уровне свидетельствуют показатели тревожной акцентуации характерологического опросника К. Леонгарда [44], личностной и ситуативной тревожности по шкале тревожности Спилбергера-Ханина [89] при пороговом (ближе к низкому) уровне стрессоустойчивости (266) по методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге, адаптированного Н.Е. Водопьяновой [15]. При этом, значимую роль в факторе играет копинг стратегия «избегание», указывающая на отсутствие стремления к кооперации с другими и активного стремления к достижению собственных целей.

В целом состав второго фактора F2 носит достаточно противоречивый характер, поэтому нами было подобрано ему название в соответствии с ведущими показателями – «акцентуированность и тревожность».

В состав третьего по значимости фактора F3 (Дп – 12,5%) вошли 4 показателя, связанные в большей степени с агрессивным поведения (табл. 3.24).

Прежде всего, в третьем факторе F3 обращает на себя внимание присутствие двух показателей опросника А. Басса и А. Дарки, описанного в работах [15, 95], «вербальная агрессия» и интегральный показатель «индекс агрессивности» включающий в себя показатели шкал «физическая агрессия», «раздражение», «вербальная агрессия» указывающие на преобладании в поведении второй группы больных проявлений открытой внешней агрессии, как на вербальном, так и на физическом уровне, что также косвенно свидетельствует об их высоком внутреннем напряжении, выливающимся на окружающих в виде агрессивных актов. На напряжение указывает присутствие в факторе показателей «напряжение» и «пассивные безличные ответы» проективного теста руки Э. Вагнера «Hand-test», адаптированного Т.Н. Курбатовой [40, 41]. В целом, исходя из вышеприведённых характеристик третий фактор F3 нами был назван «внешняя вербальная агрессия», по наиболее выделяющемуся показателю фактора.

Таблица 3.24.

Состав третьего фактора группы больных гипертонической болезнью 3 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F3 (Дп – 12,50%) «Внешняя вербальная агрессия»	- пассивные безличные ответы, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,665
	- вербальная агрессия, опросник А. Басса и А. Дарки	0,653
	- напряжение, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,649
	- индекс агрессии, опросник А. Басса и А. Дарки	0,624

В состав четвёртого по значимости фактора F4 (Дп – 9,45%) вошли 4 показателя, связанные преимущественно с копинг стратегиями больных второй группы (табл. 3.25). Состав четвёртого фактора F4 представлен тремя копинг стратегиями «конкуренция»,

«компромисс» и «сотрудничество» полученными с помощью методики Томаса-Килманна в адаптации Н.В. Гришиной [22].

Таблица 3.25.

Состав четвёртого фактора группы больных гипертонической болезнью 3 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F4 (Дп – 9,45%) «Сотрудничество и педантизм»	- конкуренция, методика Томаса-Килманна	0,797
	- компромисс, методика Томаса-Килманна	0,583
	- сотрудничество, методика Томаса-Килманна	0,561
	- педантичная акцентуация, характерологический опросник К. Леонгарда	0,528

Данные стратегии по своей направленности противоположно направленны, т.к. «конкуренция» предполагает преследование собственных интересов в ущерб интересов других, а «компромисс» и «сотрудничество» предполагают поиск вариантов и альтернатив, полностью удовлетворяющих интересы всех взаимодействующих сторон. Кроме того, в рассматриваемый фактор вошёл «педантичный» тип акцентуации по характерологическому опроснику К. Леонгарда [44], что указывает на ригидные черты характера, инертность психических процессов, зацикленности и долгом переживании травмирующих событий. Такие люди характеризуются большей пассивностью, стремлением во всём к порядку, пунктуальности, добросовестности, самокритике и формализму. Поэтому, исходя из вышеприведённого анализа состава четвёртого фактора F4 для него нами было предложено название «сотрудничество и педантизм», в соответствии с ведущими показателями фактора.

В состав пятого по значимости фактора F5 (Дп – 7,05%) вошли 3 показателя, связанные с агрессивностью, чувством физической неадекватности и стремлением к приспособлению больных второй группы (табл. 3.26).

Таблица 3.26.

Состав пятого фактора группы больных гипертонической болезнью 3 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F5 (Дп – 7,05%) «физическая ущербность и агрессивность»	- увечность, тест руки Э. Вагнера «hand-test»	0,768
	- физическая агрессия, опросник А. Басса и А. Дарки	0,572
	- приспособление, методика Томаса-Килманна	0,566

Показатель «увечность» проективного теста руки Э. Вагнера «Hand-test», адаптированного Т.Н. Курбатовой [40, 41] отражают чувства больных второй группы, связанные с переживанием физической неадекватности, деформированности и ущербности, что, по всей видимости, является проекцией внутренних переживаний своей болезни. По всей видимости, данное чувство может быть связано с использованием физической силы в спорных ситуациях, на что указывает показатель «физическая агрессия» опросника А. Басса и А. Дарки.

Данные показатели вступают в противоречие с использованием копинг стратегии «приспособление» методики Томаса-Килманна, адаптированного Н.В. Гришиной [22],

говорящей о принесении в жертву собственных интересов ради другого, хотя возможно именно этим «жертвованием» обосновывается возможность применения физической агрессии при необходимости. Исходя из вышесказанного нами данному фактору было дано название «физическая ущербность и агрессивность».

3.7. Разработка психодиагностической модели прогнозирования конфликтного поведения у больных ГБ

В диссертационном исследовании был использован множественный регрессионный анализ – это метод установления возможности предсказания некоторого результата по ряду предварительно измеренных характеристик.

Регрессионный анализ позволил выявить зависимость между уровнем агрессивности, нежелания идти на компромисс и конфликтности больных гипертонической болезнью от их личностных качеств.

Результат проверки дисперсии был равен 73%, что означает зависимость уровня агрессивности, нежелания идти на компромисс и конфликтности в поведении больных от их личностных особенностей.

Уравнение регрессии (психодиагностический алгоритм прогноза конфликтного поведения) для больных гипертонической болезнью имел следующий вид (1):

$$AS=-0,89*A1+0,27*A2-0,36*A3-0,12*A4+0,1*A5-0,23*A6-0,5*A7+0,01*A8+12,44 \quad (1)$$

где:

AS – экспертно полученный объективный показатель уровня конфликтного поведения, который получен на основе экспертных оценок (в качестве экспертов выступили врачи и медперсонал, взаимодействовавшие с обследованными лицами в количестве 37 человек, а также близкие родственники пациентов). Они с помощью анкеты (приложение 3) оценивали уровни конфликтного поведения, отмечая «высокий», «средний» или «низкий».

A1 – сотрудничество (методика Томаса-Килманна);

A2 – конкуренция (методика Томаса-Килманна);

A3 – компромисс (методика Томаса-Килманна);

A4 – увечность (тест руки Э. Вагнера «hand-test»);

A5 – личностная тревожность (шкала тревожности Спилбергера-Ханина);

A6 – избегание (методика Томаса-Килманна);

A7 – коммуникация (тест руки Э. Вагнера «hand-test»);

A8 – стрессоустойчивость (методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге).

Исходя из состава регрессионного уравнения видна значимость (вклад) различных личностных показателей больных гипертонической болезнью в уровень их конфликтности и нежелания идти на компромисс.

Полученные результаты вполне согласуются с ранее полученными данными сравнительного и факторного анализов, указывающие на ведущую роль стратегий «сотрудничество», «конкуренция» и «компромисс» (методика Томаса-Килманна, в адаптации Н.В. Гришиной [22]), личностной тревожности (шкала тревожности Спилбергера-Ханина [89]), коммуникации и увечности (тест руки Э. Вагнера «Hand-test» в модификации Т.Н. Курбатовой [40, 41]) в формировании уровня конфликтности и нежелания идти на

компромисс больных, использующих различные стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

Примеры расчёта уровня конфликтного поведения для обследованных групп:

1) уровень конфликтного поведения для больных гипертонической болезнью 2 стадии:

AS=–0,89*4,84+0,27*8,45–0,36*6,16–0,12*1,44+0,1*42,25–0,23*4,76–0,5*2,44+0,01*283,86+12,44=12,8;

2) уровень конфликтного поведения для больных гипертонической болезнью 3 стадии:

AS=–0,89*5,56+0,27*4,32–0,36*7,11–0,12*1,38+0,1*41,05–0,23*6,53–0,5*2,73+0,01*281,67+12,44=9,9;

3) уровень конфликтного поведения для практически здоровых лиц контрольной группы:

AS=–0,89*5,84+0,27*2,53–0,36*7,55–0,12*1,36+0,1*36,48–0,23*6,7–0,5*2,25+0,01*253,53+12,44=8,4

Таким образом, регрессионный анализ позволил на основе информативных показателей психодиагностических тестов разработать регрессионные модели прогнозирования конфликтного поведения у больных ГБ 2 и 3 стадии, больных ГЭП и практически здоровых лиц контрольной группы.

3.8. Рекомендации по диагностике и профилактике конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью

На основе анализа теоретической и эмпирической частей исследования была разработана программа психологической работы с больными с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, направленная на повышение стрессоустойчивости, снижение уровня тревожности и обучение навыкам конструктивного и адаптивного поведения в различных жизненных ситуациях, включая конфликтные, снижение психологического дискомфорта.

Данная программа включает этапы, формы и методы работы медицинского психолога с больными гипертонической болезнью 2 и 3 стадии.

Каждый этап предполагает различные организационные и методические формы, целевые функции и мероприятия (таблица 3.27).

Первый этап работы – диагностический. Этот этап начинается в период лечения в стационаре. Используются психодиагностические тесты: методика Томаса-Килманна в адаптации Н.В. Гришиной [22]; шкала тревожности Спилбергера-Ханина [89]; методика оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге в адаптации Н.В. Водопьяновой [15], тест руки Э. Вагнера «hand-test» в адаптации Т.Н. Курбатовой [40, 41].

Этап включает психологическую диагностику больных ГБ с целью оценки психического (психологического) статуса и выявления конфликтного поведения с помощью анкеты, беседы, наблюдения, а также метода экспертной оценки поведения больных медицинским персоналом и родственниками. На этом этапе при поступлении больных на лечение медицинский психолог проводит:

1. Сбор анамнеза (анализ библиографических данных психологического климата в семье, поиск и выявление психологических и социальных факторов риска конфликтного поведения, формирование доверительных отношений с больным).

2. Анализ клинической симптоматики заболевания (уточнение психопатологической симптоматики, определение связи между проявлениями конфликтного поведения и степенью

тяжести и длительности заболевания). Данный этап может проводиться совместно с врачом отделения.

3. Психологическое обследование на выявление стратегий поведения в конфликте; форм агрессивного поведения.

4. Обсуждение с больными положительных аспектов лечения и реабилитации, что позволит снизить стрессогенность ситуации лечения и предотвратить возникновение ситуационно обусловленных аффективных и поведенческих реакций.

Таблица 3.27.

Основные этапы и содержание мероприятий психологической работы медицинского психолога в стационаре с больными ГБ

№	Наименование этапа и основных мероприятий	Период	Цель мероприятия
1.	**Диагностический этап:** психодиагностическая оценка психического (психологического) статуса, выявление конфликтного поведения с помощью анкеты, беседы, наблюдения, метода экспертной оценки, психодиагностических тестов - методика Томаса-Килманна; шкала тревожности Спилбергера-Ханина; методика оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге; тест руки Э. Вагнера «hand-test».	В период лечения в стационаре	Оценка психологического статуса, стратегий поведения в конфликте, агрессивности
2.	**Этап экстренной психологической помощи: индивидуальные формы психологической (психотерапевтической) коррекции** (беседа, метод рациональной психотерапии, поведенческая психотерапия, активная и пассивная мышечная релаксация).	В период лечения в стационаре	Экстренная психологическая помощь, коррекция и профилактика конфликтного поведения
3.	**Этап психокоррекционной работы** включает: - индивидуальные и групповые формы психологической коррекции конфликтного поведения больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии (беседа, метод рациональной психотерапии, поведенческая психотерапия, активная и пассивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, транзактный анализ, гештальт-терапия, телесно-ориентированная терапия и др.). - проведение тренингов развития навыков преодоления гнева; - консультация врача-психотерапевта, психотерапевтическая помощь больного - групповая психотерапевтическая работа	В период лечения в стационаре	Комплексная психокоррекционная и психотерапевтическая помощь
4.	**Мониторинг психологического состояния**: динамическая оценка (контроль) психологического статуса больных гипертонической болезнью использующих дезадаптивные типы поведения, с использованием психодиагностических тестов (интервью; методика Томаса-Килманна; методика оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге, шкала тревожности Спилбергера-Ханина).	В период лечения в стационаре	Динамическая оценка психологического статуса, копиг поведения и агрессивности

5.	**Психологическая помощь и мероприятия с родственниками и близким больных гипертонической болезнью:** беседа, групповые занятия и психологические тренинги, информирование, консультирование по вопросам профилактики конфликтного поведения.	В период лечения в стаци-онаре	Повышение информированности о психологических аспектах конфликтного поведения, методах их раннего выявления и профилактики в семье

При поступлении больных на лечение клинический психолог помогает создать «группу поддержки» из лиц, находящихся в стационаре продолжительное время. Необходимы дополнительные мероприятия, направленные на оказание эмоциональной поддержки и консультирование близких и родных больных.

Второй этап работы – этап экстренной психологической помощи: индивидуальные формы психологической коррекции. Данный этап включает в себя беседу, применение методов рациональной психотерапии, активную и пассивную мышечную релаксацию, аутогенную тренировку, психологическую релаксацию, психоэмоциональная разгрузку. Целесообразно проводить психокоррекционную работу, направленную на формирование адекватного отношения к болезни, прежде всего приверженность к психотерапевтической и фармакологической коррекции.

Третий этап – комплексная психолого-педагогическая и психокоррекционная работа. Он должен предусматривать проведение индивидуальных программ реабилитации, индивидуальные и групповые формы психологической коррекции конфликтного поведения больных гипертонической болезнью (беседа, консультации психолога, психотерапия, психоэмоциональная разгрузка и др.), а также проведение тренингов развития навыков преодоления гнева.

Для больных ГБ 2 стадии, с преобладающими стратегиями в конфликте: соревнование, компромисс, приспособление, разработать и провести тренинг, направленный на:

1. Развитие способности адекватного реагирования на различные конфликтные ситуации;

2. Формирование адекватных поведенческих стратегий путем поведенческой психотерапии.

С больными, у которых выражен аффективный компонент конфликтного поведения (больные с ГБ 2 и 3 стадии), целесообразно проводить тренинги развития навыков преодоления гнева, которые должны быть направлены на осознание больными причин конфликтного поведения; формирование умений самостоятельно контролировать вспышки гнева; освоение навыков релаксации (медитативные техники). Актуально использовать техники, направленные на освоение больными адекватного проявления гнева и снижение возбуждения.

Для большей эффективности программы реабилитационных мероприятий, необходимо использовать техники и методы работы одновременно с поведенческой, когнитивной и аффективной сферой больных.

Четвертый этап – мониторинг психологического состояния. Мы полагаем, что

мониторинг психологического состояния должен быть ориентирован на динамическую оценку (контроль) психологического статуса больных гипертонической болезнью с целью прогноза конфликтного поведения. При проведении мониторинга рекомендуется применение комплекса информативных стандартизированных психодиагностических тестов: методика Томаса-Килманна, в адаптации Н.В. Гришиной [22]; методика оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге, адаптированная Н.Е. Водопьяновой [15]; шкала тревожности Спилбергера-Ханина [88].

Следующий важный пятый этап – психологическая помощь и мероприятия родственникам и близким больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. Этот этап включает: беседу, групповые занятия и психолого-педагогические тренинги, информирование, консультирование по вопросам конфликтного поведения.

При проведении психологического консультирования медицинские психологи должны проводить работу совместно с ближним окружением больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. Работа с семьёй должна включать следующие основные моменты:

1. Обучение навыкам бесконфликтного общения больных и родственников;
2. Упражнения по выработке эмпатии и терпимости друг другу;
3. Повышение информированности о психологических аспектах конфликтности, методах ее раннего выявления и нейтрализации в семье.

Специалистами полипрофессиональных (медицинский персонал, медицинские психологи, социальные работники) бригад должны быть предприняты усилия по восстановлению прерванных контактов или утраченных связей в семьях больных. В таких случаях целесообразно осуществлять формирование конструктивных моделей поведения в индивидуальной форме.

Для оценки эффективности программы нами проводились скрининговые обследования больных (в рамках первого и четвёртого этапов программы) с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии до и после их участия в мероприятиях, реализуемых нами по предлагаемой программе, с использованием следующих методик: шкала тревожности Спилбергера-Ханина [88]; методика оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге в адаптации Н.Е. Водопьяновой [15]; методика Томаса-Килманна в адаптации Н.В. Гришиной [22].

Всего в психологической работе медицинского психолога в стационаре с больными с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии по предложенной программе приняли участие 48 больных.

Ниже в таблице 3.28 приводятся результаты сравнительного анализа показателей скрининговых методик у рассматриваемой группы больных до психокоррекционной работы с ними и после.

По итогам оценки была выявлена достаточно высокая эффективность предложенной программы работы психологической работы с больными с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. По результатам сравнительного анализа выявлено статистически достоверное улучшение 5 из 8 показателей, что составило 62,5% сравниваемых показателей. При этом по остальным показателям также отмечается улучшение. В частности, достоверно снизился показатель личностной тревожности (ситуативная тревожность также снизилась по абсолютному значению), при этом достоверно улучшились показатели стрессоустойчивости, что указывает на положительную динамику в психологическом статусе больных.

Таблица 3.28.

Психологические показатели по скрининговым методикам больных с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии

№ п/п	Психодиагностический показатель	До участия в программе	После участия в программе	P<
Шкала тревожности Спилбергера-Ханина				
1	Ситуативная тревожность	40,34±1,26	38,23±0,81	-
2	Личностная тревожность	41,65±1,12	37,41±0,73	0,01
Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге				
3	Стрессоустойчивость и социальная адаптация	282,77±6,31	264,11±5,73	0,05
Методика Томаса-Килманна				
4	Конкуренция	6,92±0,43 Rm=1	5,11±0,37 Rm=5	0,01
5	Приспособление	6,01±0,29 Rm=3	5,92±0,31 Rm=4	-
6	Компромисс	6,64±0,27 Rm=2	6,88±0,40 Rm=1	-
7	Избегание	5,65±0,36 Rm=4	6,83±0,33 Rm=2	0,05
8	Сотрудничество	5,21±0,41 Rm=5	6,52±0,31 Rm=3	0,05
Выявлены достоверные отличия по 5 из 8 показателей (62,5%)				

Кроме того, существенным образом изменилась структура стратегий поведения в конфликтных ситуациях: до психологической работы на первом месте была активная дезадаптивная стратегия «конкуренция», а на последнем месте активная адаптивная стратегия «сотрудничество»; после психологической работы по предложенной программе на первое место вышла стратегия «компромисс», стратегия «сотрудничество» вышла на третье место по значимости, а стратегия «конкуренция» опустилась на пятое место.

Помимо изменения структуры стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии отмечается достоверное более частое использование в своём поведении активной адаптивной стратегии «сотрудничество» при достоверном снижении частоты использования активной дезадаптивной стратегии поведения в конфликтных ситуациях «конкуренция» (см. табл. 3.28). В целом можно отметить достаточно высокую эффективность предложенной нами программы психологической работы с больными с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии и рекомендовать её использование в медицинских учреждениях, работающих с больными рассматриваемого профиля.

3.9. Резюме по главе

Третья глава монографии посвящена изложению результатов собственного исследования, посвященного оценке психологических особенностей больных гипертонической болезнью, в том числе с различными стратегиями поведения в конфликтных ситуациях, а также обоснованию рекомендаций (программа, цели, задачи, методики) по диагностике и профилактике конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью в стационаре.

На основе результатов проведённого анализа можно отметить следующее.

Конфликтные отношения с ближайшими родственниками у больных ГБ 2 и 3 стадии являются проявлениями индивидуально-психологических особенностей личности и психологического статуса пациентов.

Поведение, направленное на подавление инициативы окружающих, а также решение конфликтов путём противоборства достоверно более распространено среди больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадий, чем у больных хроническим гастритом или практически здоровых лиц контрольной группы.

Полученные результаты свидетельствуют о более выраженной психофизиологической и эмоциональной нестабильности больных ГБ 2 стадии, наличии у них достаточно выраженных личностных деформаций, способствующих конфликтным и дезадаптивным поведенческим проявлениям, ухудшающим их психологический статус и способствующим дальнейшему развитию болезни.

Результаты обследования больных ГБ 3 стадии свидетельствуют о наличии у них непродуктивных механизмов совладания со стрессом, выраженной эмоциональной нестабильности, наличии у них достаточно существенных личностных деформаций, проявляющихся в большей степени в чертах непрямой агрессивности и более осторожном выражении конфликтного поведения. Изменение привычного образа и жизни и необходимость адаптироваться в болезни приводит к изменению восприятия окружающей реальности, к уходу от неё в болезненные переживания и дезадаптивное поведение, продолжающее ухудшать их психологический статус и способствующее дальнейшему развитию болезни.

Факторная структура психологических показателей больных гипертонической болезнью 2 стадии свидетельствует об их подавленной агрессивности, повышенной тревожности и сниженной стрессоустойчивости при доминировании пассивных стратегий поведения в конфликтных ситуациях и накоплении внутреннего напряжения.

Факторная структура психологических показателей больных гипертонической болезнью 3 стадии во многом схожа с факторной структурой психологических показателей больных гипертонической болезнью 2 стадии, что свидетельствует о преобладании у них схожих психических состояний, при этом обращает на себя внимание, проявляющееся у них ощущение собственной ущербности, более низкой стрессоустойчивости и более высокой тревожности, при стремлении манипулировать окружающими с использованием своей болезни и агрессивных выпадов на вербальном уровне.

Общие результаты факторного анализа индивидуально-психологических характеристик больных различными стадиями гипертонической болезни убедительно свидетельствуют о влиянии на текущее психическое состояние повышенного уровня сдерживаемой агрессии, высокого уровня ситуативной и личностной тревожности, а также преобладания негативных стратегий поведения в конфликтных ситуациях. Это необходимо учитывать в качестве психокоррекционных (психотерапевтических) «мишеней» при выборе методов психологической коррекции и психотерапевтического лечения;

С помощью регрессионного анализа была разработана на основе личностных показателей диагностическое уравнение прогноза конфликтного поведения больных гипертонической болезнью.

На основе анализа теоретической и эмпирической частей исследования была разработана программа психологической работы с больными с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, направленная на повышение стрессоустойчивости, снижение уровня тревожности и

обучение навыкам конструктивного и адаптивного поведения в различных жизненных ситуациях, включая конфликтные, снижение психологического дискомфорта. Установлено, что программа имеет достаточно высокую эффективность при организации психологической работы с больными с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, что позволяет рекомендовать её использование в медицинских учреждениях.

Заключение

Высокий уровень конфликтности и агрессивности больных гипертонической болезнью, а также предупреждение разрушительных и саморазрушающих действий со стороны больных гипертонической болезнью представляет одну из основных задач современной медицинской психологии.

Возможность проявлений конфликтного поведения больными с гипертонической болезнью находится в тесной взаимосвязи с множеством индивидуально-психологических особенностей личности (ценностной иерархии, характера мотивации, эмоционально-волевого статуса, сформировавшихся поведенческих реакций), с личностными деформациями (акцентуациями характера) [8, 11, 15, 18, 36].

Понимание и дифференцированный учет этой взаимосвязи является важным инструментом в психологической консультационно-коррекционной и профилактической работах, направленных на снижение уровня конфликтных и агрессивных проявлений и формирование конструктивной психологической атмосферы в социуме.

К настоящему времени накоплен большой теоретический и практический материал по факторам риска, клинико-психологическим особенностям и методам профилактики конфликтного и агрессивного поведения больных гипертонической болезнью. В то же время, фрагментарность, несистематизированность и неоднозначность имеющихся данных препятствуют эффективному ведению психолого-профилактической работы по снижению уровня конфликтности и агрессивности и предотвращению конфликтного и агрессивного поведения среди данного контингента. Отсутствуют работы по клинико-психологическому сравнительному анализу конфликтного поведения больных гипертонической болезнью, а также по факторам риска, провоцирующим подобное поведение. Практически не представлены клинико-психологические материалы прогностического характера.

Учитывая высокую психосоциальную и научно-практическую значимость указанной проблемы, нами была определена цель настоящего исследования: на основе оценки психологического статуса, стратегий поведения в конфликтных ситуациях и агрессивности больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, выявить ведущие патопсихологические факторы, обосновать психодиагностическую модель и рекомендации по психологической диагностике и профилактике конфликтного поведения у этих больных в стационаре.

Для реализации поставленной цели наше экспериментально-психологическое исследование проводилось на базе частного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть» (г. Астрахань).

Критерием отбора больных послужили клинические наблюдения медицинским персоналом за поведением больных, в группы с конфликтным поведением включались больные, в клинике заболеваний которых наблюдались аффективная неустойчивость, возбудимость, напряженность, нежелание идти на компромисс, повышенная конфликтность.

Всего было обследовано 437 человек, среди которых были выделены четыре группы: первая группа (74 человека) – больные с гипертонической болезнью 2 стадии; вторая группа (73 человека) – больные с гипертонической болезнью 3 стадии; третья группа (71 человек) – больные гастроэнтерологического (хронический гастрит) профиля; четвертая группа (171 человек) – практически здоровые лица из числа контрольной группы, аналогичного пола, возраста, образования, места проживания, занятости, семейного положения. Кроме того, для оценки эффективности предложенной нами программы диагностики и профилактики конфликтного поведения проведено обследование 48 больных гипертонической болезнью.

Для достижения поставленной цели и решения задач исследования нами были использованы следующие методы исследования:

– метод наблюдения – проводился в форме внешнего наблюдения и помог получить информацию для предварительного психологического анализа личностных особенностей больных;

– метод беседы и анкетирования – проводился как в виде свободного диалога, так и в форме целенаправленного опроса объекта исследования (анамнестическая анкета, определение факторов агрессивного поведения, – приложение 1) и лиц, взаимодействующих с ним (медицинский персонал, родственники – анкета экспертной оценки конфликтного поведения);

– психодиагностические методы исследования включал в себя следующую батарею тестов: характерологический опросник по определению акцентуаций К. Леонгарда [44], тест на выявление уровня тревожности (Ч. Спилбергер в модификации Ю.Л. Ханина [88], тест выявления склонности к конфликтному поведению Томаса-Килмана в алаптации Н.В. Гришиной [22], опросник оценки индекса агрессивности и враждебности, проективная методика исследования характерологических особенностей личности «Hand-тест», методика оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации.

Для сравнительного анализа диагностических показателей использовался t-критерий Стьюдента. В исследовании также был использован метод многомерного анализа данных – факторный анализ с использованием метода главных компонент. Помимо факторного анализа в диссертационном исследовании был использован регрессионный анализ, как метод прогнозирования конфликтного поведения на основе характеристик психологического статуса больных ГБ.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета прикладных программ Statistica 21 и Microsoft Office Excel 2019.

Первый этап исследования был посвящен выявлению анамнестических факторов конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии в сравнении с больными ГЭП и контрольной группой практически здоровых лиц.

Достоверных отличия между рассматриваемыми группами выявлены по показателям «хорошие» взаимоотношения в семье проживания и «периодически конфликтные» отношения и по показателям «хорошие» взаимоотношения с ближайшими родственниками и «периодически конфликтные» взаимоотношения с ближайшими родственниками.

По показателю «хорошие» взаимоотношения в семье проживания значения достоверно ниже ($p<0,05$) в группах больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии чем у лиц контрольной группы (КГ), тогда как по показателю «периодически конфликтные» отношения значения достоверно выше ($p<0,05$) в группах больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии чем у лиц контрольной группы (КГ).

Кроме того, достоверно более часто встречаются «хорошие» и бесконфликтные взаимоотношения с ближайшими родственниками в контрольной группе практически здоровых лиц, тогда как «периодически конфликтные» отношения с ближайшими родственниками достоверно более часто встречаются в группе больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии.

Таким образом, с определённой долей уверенности можно предположить, что конфликтные отношения с ближайшими родственниками у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии являются проявлениями индивидуально-психологических особенностей личности и психологического статуса пациентов указывающие на их

конфликтное поведение. Статистически достоверных различий между третьей и четвертой группами обнаружено не было. Поэтому, указанные показатели можно считать предиктором конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. Это подтверждается наличием периодических конфликтов в семье проживания.

Второй этап исследования был посвящен оценке ситуативной и личностной тревожности, стрессоустойчивости и социальной адаптации выявить особенности психологического статуса у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии.

Оценка ситуативной и личностной тревожности больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии свидетельствует о наличии более высоких показателей ситуативной и личностной тревожности у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, ГЭП в сравнении с группой здоровых, что является объективным отражением психологического статуса больных психосомати-ческого профиля и внутренней картины их болезни, имеющей устойчивый тип течения и возможные негативные последствия (гипертонические кризы, острые нарушения мозгового кровообращения, острый коронарный синдром и др.).

Оценка стрессоустойчивости и социальной адаптации больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии показала наличие достоверных отличий между группами больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии и четвёртой группой практически здоровых лиц по шкале «стрессоустойчивость и социальная адаптация». По данной шкале отмечаются достоверно более высокие показатели у больных гипертонической болезнью. Это является отражением эмоционально неустойчивого лабильного психологического статуса и устойчивой личностной (стрессонеустойчивость) чертой пациентов с ГБ, которые обусловливают их конфликтное поведение и эмоциональные реакции, вызывающие стресс и повышения артериального давления или гипертонии-ческих кризов. Следовательно, высокий уровень психосоциального стресса является важным психологическим показателем, имеющим патологическое влияние на сердечно-сосудистую систему, а также фактором, способствующим конфликтному поведению больных гипертонической болезнью.

Третий этап исследования был ориентирован на оценку значимости, структуры доминирующих типов стратегий поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью.

Установлено, что в первой группе (ГБ, 2 ст.) доминирующими стратегиями поведения в конфликте являются: «конкуренция» (8,45; Rm=1), «компромисс» (6,16; Rm=2), «приспособление» (5,66; Rm=3). При этом, показатель стратегии «конкуренция» у больных ГБ 2 стадии достоверно ($p<0,001$) выше, чем других группах, а показатель стратегии «компромисс» достоверно ($p<0,05$, $p<0,05$, $p<0,001$) ниже, чем в остальных группах обследованных.

Также у больных ГБ 2 стадии достоверно ниже ($p<0,05$, $p<0,001$) показатель стратегии «приспособление», чем в группе больных гипертонической болезнью 3 стадии и в контрольной группе практически здоровых лиц. Это характеризует пациентов с ГБ 2 стадии, как активных и конфликтных, с мотивацией активно-оборонительного поведения и/или самоутверждения в качестве доминирующих мотиваций. Однако, для них также характерно то, что они могут поступиться своими интересами. Это наиболее опасный стиль, который может перевести конфликт в прямую конфронтацию, результатом такой стратегии будут отрицательные эмоции (злость, обида, разочарование и др.), которые формируют устойчивое психологическое состояние и не способствуют выздоровлению или достижению ремиссии.

В целом, согласно полученным данным, поведение, направленное на доминирование, а также решение конфликтов путём открытого противоборства достоверно более выражено среди больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадий, чем у больных хроническим гастритом или практически здоровых лиц контрольной группы.

В данном контексте мы можем говорить о феномене подавляемой агрессивности и высокой конфликтности больных гипертонической болезнью, тем самым просматривается психосоматический механизм формирования гипертонической болезни. Кроме того, в первой группе больных (ГБ, 2 ст.) достоверно преобладает стратегия активного конфронтационного поведения в конфликтной ситуации («конкуренция», $p<0,001$), тогда как во второй группе больных (ГБ, 3 ст.) по сравнению с первой достоверно преобладают стратегии пассивного поведения в конфликтной ситуации («приспособление», $p<0,05$; «компромисс», $p<0,05$; «избегание», $p<0,01$), что может свидетельствовать об их стремлении к более сдержанному поведению и подавлении открытой агрессии. Это, по нашему мнению, является психологическим отражением адаптации к болезни.

В свою очередь в контрольной группе практически здоровых лиц преобладает стратегия избегания конфликтных ситуаций (стратегия «компромисс», Rm=1) и приспособления к существующим условиям (стратегия «приспособление», Rm=2) при достоверно меньшей выраженности (по сравнению с группами больных) стратегии на бескомпромиссное и конфронтационное поведение в конфликтных ситуациях (стратегия «конкуренция», Rm=5).

У больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии и группе практически здоровых лиц почти все стратегии поведения в конфликтных ситуациях достоверно различаются ($p<0,001$), с преобладанием в первой группе больных (ГБ, 2 ст.) активной дезадаптивной стратегии «конкуренция», имеющей максимальное среднее значение – 8,45 среди всех рассматриваемых групп. При этом данная стратегия также достоверно более выражена во второй (ГБ, 3 ст.) и третьей (ГЭП) группах больных по сравнению с практически здоровыми лицами контрольной группы, что позволяет говорить о преимущественном влиянии конфликтного поведения на формирование психологического статуса личности и межличностное поведение в социуме. Этот результат хорошо согласуется с ранее представленными нами результатами анамнестической оценки показателей конфликтного поведения больных гипертонической болезнью (2 и 3 стадий).

По частоте использования в поведении во всех обследованных группах больных и практических здоровых лиц преобладают пассивные дезадаптивные стратегии копинг поведения («приспособление», «компромисс» и «избегание»), более выражены они у практически здоровых лиц (71%) и больных ГБ 2 стадии. При этом, более трети (35%) больных гипертонической болезнью 2 стадии и больных гастроэнтерологического профиля имеют «высокий» уровень агрессивности, нежелания идти на компромисс и конфликтности (доминирующая активная дезадаптивная стратегия «конкуренция»).

Четвертый этап исследования был ориентирован на оценку агрессивности, акцентуаций характера и форм агрессии у больных гипертонической болезнью и обоснованию их социально-психологических портретов.

По результатам оценки агрессивности больные первой и второй групп более склонны к оппозиционному поведению, менее толерантны к антагонистичным мировоззренческим позициям (в том числе более объективно отражающим реальность) по сравнению с лицами контрольной группы, что находит своё выражение как в скрытой форме, так и в открытых

поведенческих реакциях. Среди больных первой группы наблюдается тенденция в проявлении большей склонности к раздражительности и реализации психоэмоционального напряжения через агрессивные реакции. Во второй группе больных наблюдается негативизм, характеризующаяся оппозиционной манерой в поведении.

Нами отмечено, что больные с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии предрасположены к агрессии, склонности к обидчивости, негативизму, раздражительности, острому восприятию фрустрирующих ситуаций как проявлению несправедливости со стороны внешнего мира. Это свидетельствует об их эмоциональной нестабильности, по сравнению с лицами контрольной группой, наличии у них личностных деформаций, способствующих агрессивным поведенческим проявлениям.

Для больных гипертонической болезнью в конфликтных ситуациях характерны реакции агрессии (например, вербальной или предметной) либо скрытые агрессивные формы на фоне негативизма по отношению к социуму.

По итогам исследования акцентуаций характера в группе больных гипертонической болезнью 2 стадии преобладающими являются возбудимая и циклотимная акцентуациями характера, что характеризует их возбудимость, повышенную импульсивность и раздражительность, склонность к колебаниям настроения, которые обусловливают конфликтное поведение и дезадаптивные стратегии копинг поведения. У больных гипертонической болезнью 3 стадии ведущими акцентуациями характера являются экзальтированная и циклотимная, что характеризует их как общительных, контактных, однако, им свойственна частая смена настроения. У больных гастроэнтерологического профиля доминировали застревающая и демонстративная акцентуация характера, что отражает дезадаптивные стратегии их конфликтного поведения. Кроме того, у больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадией выявлены достоверные отличия по двум шкалам «возбудимая акцентуация» и «эмотивная акцентуация», а между больными 1 группы (ГБ, 2 ст.) и 3 группы (ГЭП) – шкалам «циклотимная» и «возбудимая» акцентуации характера. Иными словами, мы можем сказать, что больные с ГБ имеют различные акцентуации в сравнении с больными ГЭП, а также группой здоровых.

На основе всех результатов психодиагностического исследования нами были составлены социально-психологические портреты больных гипертонической болезнью свидетельствующие о более выраженной психофизиологической и эмоциональной нестабильности больных ГБ 2 стадии, наличии у них достаточно выраженных личностных деформаций, способствующих агрессивным и дезадаптивным в целом поведенческим проявлениям, ухудшающим их психологический статус и способствующим дальнейшему развитию болезни.

Тогда как, у больных ГБ 3 стадии также проявляются непродуктивных механизмы совладания со стрессом, выраженная психофизиологическая и эмоциональная нестабильность, существенные личностные деформации, проявляющихся в большей степени в чертах непрямой агрессивности и более осторожного выражения агрессивного поведения. Изменение привычного образа и жизни и необходимость адаптироваться в болезни приводит к изменению восприятия окружающей реальности, к уходу от неё в болезненные переживания и дезадаптивное поведение, продолжающее ухудшать их психологический статус и способствующее дальнейшему развитию болезни.

Пятый этап исследования был посвящен выявлению ведущих патопсихологических факторов и разработке психодиагностической модели прогнозирования конфликтного поведения больных гипертонической болезнью и программы его профилактики.

Результаты факторного анализа показали, что структура факторов индивидуально-психологических показателей больных гипертонической болезнью 2 стадии свидетельствует об их подавленной агрессивности, повышенной тревожности и сниженной стрессоустойчивости при доминировании пассивных стратегий поведения в конфликтных ситуациях и накоплении внутреннего напряжения.

Факторная структура индивидуально-психологических показателей больных гипертонической болезнью 3 стадии во многом схожа с факторной структурой индивидуально-психологических показателей больных гипертонической болезнью 2 стадии, что свидетельствует о преобладании у них схожих психических состояний, при этом обращает на себя внимание, проявляющееся у них ощущение собственной ущербности, более низкой стрессоустойчивости и более высокой тревожности, при стремлении манипулировать окружающими с использованием своей болезни и агрессивных выпадов на вербальном уровне.

Общие результаты факторного анализа индивидуально-психологических характеристик больных различными стадиями гипертонии-ческой болезни убедительно свидетельствуют о влиянии на текущее психическое состояние повышенного уровня сдерживаемой агрессии, высокого уровня ситуативной и личностной тревожности, а также преобладания негативных стратегий поведения в конфликтных ситуациях. Это необходимо учитывать в качестве психокоррекционных (психотерапевтических) «мишеней» при выборе методов психологической коррекции и психотерапевтического лечения.

В свою очередь, результаты регрессионного анализа позволили на основе информативных показателей психодиагностических тестов разработать регрессионные модели прогнозирования конфликтного поведения у больных ГБ 2 и 3 стадии, больных ГЭП и практически здоровых лиц контрольной группы.

Исходя из состава регрессионного уравнения выявлена значимость (вклад) различных личностных показателей больных гипертонической болезнью в уровень их конфликтности и нежелания идти на компромисс. Полученные результаты вполне согласуются с ранее полученными данными сравнительного и факторного анализов, указывающие на ведущую роль стратегий «сотрудничество», «конкуренция» и «компромисс» (методика для выявления склонности к конфликтному поведению Томаса-Килманна), личностной тревожности (шкала тревожности Спилбергера-Ханина), коммуникации и увечности (проективный тест руки «Hand-test») в формировании уровня конфликтности и нежелания идти на компромисс больных, использующих различные стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

На основе всех результатов эмпирического исследования и их статистической обработки нами были сформулированы рекомендации по диагностике и профилактике конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью в виде программы психологической работы с больными гипертонической болезнью 2 и 3 стадии.

Программа включает 5 этапов (диагностический этап, этап экстренной психологической помощи: индивидуальные формы психологической коррекции, этап психокоррекционной работы, этап мониторинга психологического состояния, этап психологической помощи и мероприятий с родственниками и близкими больных гипертонической болезнью), а также формы и методы работы медицинского психолога с больными гипертонической болезнью 2 и 3 стадии.

Для оценки эффективности программы нами были проведены скрининговые обследования больных (в рамках первого и четвёртого этапов программы) гипертонической болезнью 2 и 3 стадии до и после их участия в мероприятиях, реализуемых нами по предлагаемой программе. Скрининг проводился на основе следующих методик: шкала

тревожности Спилбергера-Ханина [88]; методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге, адаптированная Н.Е. Водопьяновой [15]; методика Томаса-Килманна в адаптации Н.В. Гришиной [22].

Всего в оценке эффективности нашей программы приняли участие 48 больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии.

По итогам оценки нами была выявлена достаточно высокая эффективность предложенной программы, по результатам сравнительного анализа выявлено статистически достоверное улучшение 5 из 8 показателей, что составило 62,5% показателей. При этом по остальным показателям также отмечается улучшение. В частности, достоверно снизился показатель личностной тревожности (ситуативная тревожность также снизилась по абсолютному значению), при этом достоверно улучшились показатели стрессоустойчивости, что указывает на положительную динамику в психологическом статусе больных.

Помимо вышесказанного было отмечено изменение используемой больными гипертонической болезнью 2 и 3 стадии структуры стратегий поведения в конфликтных ситуациях: до психологической работы на первом месте была активная дезадаптивная стратегия «конкуренция», а на последнем месте активная адаптивная стратегия «сотрудничество»; после психологиче-ской работы по предложенной программе на первое место вышла стратегия «компромисс», стратегия «сотрудничество» вышла на третье место по значимости, а стратегия «конкуренция» опустилась на пятое место.

Поэтому можно говорить о достаточно высокой эффективности предложенной программы психологической работы с больными с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии и на основе оценки эффективности рекомендовать её использование в медицинских учреждениях, оказывающих специализированную медицинскую помощь кардиологическим больным и имеющим в штате медицинских психологов.

Список литературы

1. Абрамова А.А. Агрессивность при депрессивных расстройствах: автореферат дис. … канд. психол. наук : 19.00.04. Москва, 2005. – 23 с.

2. Александер Ф. [Alexander F.] Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. Москва: Эксмо-Пресс, 2002. – 352 с.

3. Аммон Г. Психосоматическая терапия / Г. Амон. – СПб: Речь, 2005. – 238 с.

4. Антонян Ю.М. Психология преступника и расследования преступлений / Ю.М. Антонян, М.И. Еникеев, В.Е. Эминов. М., 1996. – 481 с.

5. Анцупов А.Я. Конфликтология / А.Я. Анцупов. – СПб.: Питер, 2013. – 512 с.

6. Ашанина Е.Н. Психология копинг-поведения сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России: концепция, модель, технологии: авторефат дис. ... д-ра психол. наук. – Санкт-Петербург, 2011. – 45 с.

7. Берковиц Л. [Berkowitz L.] Агрессия: причины, последствия и контроль: СПб: Прайм-Еврознак : НЕВА ; 2001. – 510 с.

8. Бодров В.А. Информационный стресс / В.А. Бодров. – М.: PerSe, 2000. – 351 с.

9. Бойцов С.А. Достижения и проблемы практической кардиологии в России на современном этапе / С.А. Бойцов, А.Е. Демкина, Е.В. Ощепкова, Ю.А. Долгушева // Кардиология. – 2019. – Т. 59, № 3. – С. 53-59.

10. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М.: Информ.-изд. дом "Филинъ", 1996. – 469 с.

11. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. [Broytigam V., Christian P., Rad M.] Психосоматическая медицина: краткий учебник : Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

12. Бурминская Т.В. Взаимосвязь особенностей развития личности подростков и форм агрессивных реакций: дис. … канд. психол. наук : 19.00.07. – Ставрополь, 2004. – 199 с.

13. Бэрон Р., Ричардсон Д. [Baron R., Richardson D.] Агрессия: Пер. с англ. С. Меленевская, Д. Викторова, С. Шпак. – СПб: Питер, 2000. – 352 с.

14. Веденяпина О.Ю. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у больных с сердечно-сосудистой патологией: автореферат дис. … канд. мед. наук : 14.00.06. – Москва, 2001. – 24 с.

15. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. - Москва [и др.] : Питер, 2009. – 329 с.

16. Волков В.С. О механизмах формирования психосоматических соотношений при гипертонической болезни / В.С. Волков, Е.С. Мазур, В.В. Калязина // Кардиология. –1998. – № 3. – С. 71-72.

17. Волков В.С. Лечение и профилактика артериальной гипертонии / В.С. Волков, Ю.М Поздняков. – М.: БИНОМ, 2003. – 226 с.

18. Ворожейкин И.Е. Конфликтология: Учебник / А.Я. Кибанов, И.Е. Ворожейкин, Д.К. Захаров, В.Г. Коновалова; Под ред. А.Я. Кибанов. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 301 с.

19. Гаргаева Н.П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема / Н.П. Гаргаева, Ф.Ф. Тенев, В.Я. Семке, В.П. Леонов // Клиническая медицина. – 2004. – № 1.– С. 35-41.

20. Гогин Е.Е. Артериальная гипертония или гипертоническая болезнь: аргументы в пользу нозологического диагноза / Е.Е. Гогин, И.В. Мартынов // Терапевтический архив. – 2000. – № 4. – С. 5-8.

21. Грановская Р.М. Элементы практической психологии: монография / Р.М. Грановская. – Санкт-Петербург: Свет, 1997. – 608 с.

22. Гришина Н.В. Психология конфликта / Н.В. Гришина. - СПб.: Питер, 2008. – 544 с.

23. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н. Гурвич; – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 1999. – 1023 с.

24. Дмитриева Т.Б. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича; СПб: Юридический центр Пресс, 2002. – 464 с.

25. Евдокимов В.И. Анализ диссертационных исследований по специальности 19.00.04 «Медицинская психология» (1980–2011 гг.) / В.И. Евдокимов, В.Ю. Рыбников, А.В. Зотова; Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 168 с.

26. Еремеев А.Г. Психосоматические аспекты гипертонической болезни // Сибирский медицинский журнал. – 2020. Т. 35. – № 1. – С. 22-27.

27. Зеленков М.Ю. Конфликтология: Учебник / М.Ю. Зеленков. – М.: Дашков и К, 2015. – 324 с.

28. Змановская Е.В. Структурно-динамическая концепция девиантного поведения // Вестник Томского государственного педагогического университета. –2013. – № 5 (133). С. 189–195.

29. Змановская Е.В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е.В. Змановская, В.Ю. Рыбников. – СПб., 2010 – 352 с.

30. Индин А.С. Агрессивное поведение у больных алкоголизмом с коморбидными расстройствами личности (факторы риска, клиника, терапия, профилактика): автореф. дис. … канд. мед. наук : 14.00.18 / Москва, 2009. – 28 с.

31. Исаева Е.Р. Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева // Медицинская психология в России. 2015. № 1 (30). С. 8.

32. Ишутина Н.Т. Особенности эмоциональных реакций на стресс у больных артериальной гипертонией / Н.Т. Ишутина, Т.В. Раева, Н.В. Юдина // II Актуальные проблемы кардиологии: Тезисы научн.-практ. конф. – Тюмень. – 2001. – С. 69-71.

33. Кернберг О.Ф. [Kernberg O.F.] Агрессия при расстройствах личности и перверсиях: пер. с англ. А.Ф. Ускова. М. : Независимая фирма "Класс", 1998. – 364 с.

34. Кишко М.В. Внутриличностные детерминанты выбора стратегии поведения в конфликте : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Ур. гос. ун-т им. А.М. Горького. – Екатеринбург, 2003. – 26 с.

35. Кобалава Ж.Д. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, В.С. Моисеев. М.: ГЕОТАРД-Медиа, 2009. – 864 с.

36. Копнина Е.И. Оптимизация лечения больных артериальной гипертензией с использованием психокоррекционной программы: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.05. – Астрахань, 2009. – 23 с.

37. Корнева С.И. Индивидуальные особенности свойств темперамента больных артериальной гипертонией // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2004. № 4. С. 35–40.

38. Кортнева Ю.В. Диагностика актуальной проблемы. Методика Леонгарда-Шмишека/ Ю.В. Кортнева. – Москва : Ин-т общегуманитарных исслед., 2004. – 237 с.

39. Крылов А.А. Психосоматические особенности у больных гипертонической болезнью / А.А. Крылов, Г.С. Крылова // Клиническая медицина. – 2001. – № 6. – С. 56-59.

40. Курбатова Т.Н. Психология агрессии // Агрессия. Сборник статей конференции: Агрессия: биологические, психологические и философские аспекты. Под ред. Ильяшевич А.М. – СПб., 2004. – С. 114-124.

41. Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Проективная методика исследования личности «Hand-test». Метод. руководство. / Курбатова Т.Н., Муляр О.И. – СПб. : ИМАТОН, 2001. – 64 с.

42. Лазарева Е.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2016. Т. 12. – № 2. – С. 54-64.

43. Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические особенности адаптационного потенциала личности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: авторефер. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. – Чебоксары, 2016. – 25 с.

44. Леонгард К. [Leonard K.] Акцентуированные личности: пер. с нем. В.М. Лещинской. Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 544 с.

45. Леонов Н.И. Психология конфликтного поведения: автореф. ... д-ра психол. наук : 19.00.05 / Ярослав. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль, 2002. – 46 с.

46. Лоренц К. [Lorenz K.] Агрессия: так называемое «зло» / Конрад Лоренц; Пер. с нем. Г.Ф. Швейника. – М. : Прогресс : Изд. фирма "Универс", Б. г. (1994). – 269 с.

47. Мазур Е.С. Психологические особенности курящих и некурящих больных эссенциальной гипертонией / Е.С. Мазур, В.В. Калязина // Кардиология. – 1998. –№ 6. – С. 58-60.

48. Макарова И.А. Особенности психоэмоционального статуса пациентов с контролируемой гипертонической болезнью / И.А. Макарова, И.В. Морозова // Психическое здоровье. – 2017. Т. 15. – № 1 (128). – С. 38-44.

49. Максимова Ж.В. Артериальная гипертония у лиц трудоспособного возраста: гендерные особенности и взаимосвязь с уровнем образования / Ж.В. Максимова, Д.М. Максимов // Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 2. – С. 24-32.

50. Макурина А.П. Психологические факторы внутрибольничной агрессии у психически больных женщин, совершивших общественно опасные деяния: автореф. дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / А.П. Макурина. – Санкт-Петербург, 2015. – 23 с.

51. Мартынов А.И. Гипертоническая болезнь (стандартизированные подходы к диагностике и лечению) / А.И. Мартынов // Атмосфера. Кардиология. – 2006. – № 3. – С. 32-38.

52. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина / Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.; М.: МЕД-пресс-информ, 2002. – 578 с.

53. Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения [Электронный ресурс] // Статистические материалы «Социально-значимые заболевания населения России в 2018 г.» URL: https://www.rosminzdrav.ru (дата обращения: 3.04.2020).

54. Михайлова О.Ю. Криминальная сексуальная агрессия: экспериментально-психологическое исследование // Под ред. П.Н. Ермакова. Р-н-Д. Изд-во РГУ, 2000. – 138 с.

55. Михайлова Т.В. Психологические факторы в декомпенсации хронической сердечной недостаточности: автореф. дис. … канд. психол. наук : 19.00.04. / Т.В. Михайлова. – Санкт Петербург, 2006. – 21 с.

56. Можгинский Ю.Б. Агрессия подростков: учебное пособие / Ю.Б. Можгинский; М.: МЕДпресс, 2006. – 128 с.

57. Николаев Е.Л. Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. Т. 11. – № 1. – С. 57-76.

58. Петричко Т.А. Эффективность структурированной обучающей программы в профилактике осложнений артериальной гипертонии путем модификации факторов риска: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.05. / Т.А. Петричко. – Хабаровск, 2002. – 21 с.

59. Петрова Н.Н. Структура психических расстройств, личностно-психологические характеристики и качество жизни пациентов с гипертонической болезнью / Н.Н. Петрова // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2019. Т. 3. – № 1. – С. 495-499.

60. Петрухин И.С. Роль физической активности в профилактике сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний: Пособие для врачей / И.С. Петрухин, А.И. Родионов. – Тверь, 2001. – 11 с.

61. Петрюк А.П. Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учётом качества жизни больных / А.П. Петрюк // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 3. – С. 99-102.

62. Положенцев С.Д. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А) / С.Д. Положенцев, Д.А. Руднев. – Л. : Наука : Ленингр. отд-ние, 1990. – 171 с.

63. Профессиональный стандарт 2.025. Врач-кардиолог (приказ №140н от 14.03. 2018), 12 с.

64. Психологический словарь / Под ред. Юрчук В.В. Минск. – Элайда, 2000. – С. 6.

65. Ратинов А.Р. Насилие, агрессия, жестокость как объекты криминально-психологического исследования: Сб-к научных трудов / А.Р. Ратинов, О.Д. Ситковская. – М., 1989. – С. 15.

66. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2002. – 720 с.

67. Румянцева Т.Г. Агрессия: проблемы и поиски в западной философии и науке / Т.Г. Румянцева. - Минск : Университет, 1991. – 148 с.

68. Румянцева Т.Г. Философский анализ методологических и концептуальных оснований теорий человеческой агрессии : автореферат дис. ... доктора философских наук : 09.00.01 / Т.Г. Румянцева. – Минск, 1991. – 40с.

69. Румянцева Т.Г. Агрессия. Проблемы и поиски в западной философии и науке / Т.Г. Румянцева. Мн.: «Университетское», 1991. – 148 с.

70. Рыбников В.Ю. Диагностические возможности теоретического конструкта «самоконтроль» / В.Ю. Рыбников, В.Г. Булыгина // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1. – С. 11-16.

71. Самедов А.А. Агрессия при расстройствах личности / А.А. Самедов // Журнал «Вестник Ассоциации психиатров Украины». – 2011. – № 2. – С. 18-27.

72. Самыгин С.И. Конфликтология в социальной работе: Учебное пособие для бакалавров / С.И. Самыгин, В.Н. Коновалов. – М.: Дашков и К, 2015. – 300 с.

73. Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции / Л.М. Семенюк. – М., 1996. – 254 с.

74. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпресс информ, 2006. – 568 с.

75. Сидоров П.Я. Введение в клиническую психологию: Учебник для студентов медицинских вузов / П.Я. Сидоров, Л.В. Парняков.- М.: 2000.–320 с.

76. Словарь по психоанализу. / Под ред. Лапланш Ж., Понталис Ж.-б. 2008. - С. 6.

77. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 4. – С. 35-40.

78. Смулевич А.Б. Психокардиология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов. – М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 778 с.

79. Соколов Е.И. Психологический тип личности как фактор риска в патогенезе ишемической болезни сердца / Е.И. Соколов, А.П. Заев, В.М. Фомина, О.Ф. Алексеева, Т.П. Хованская, Г.Н. Щукина // Кардиология. – 1991. – № 7. – С. 102-105.

80. Соловьева С.Л. Агрессивность как свойство личности в норме и патологии: автореф. дис. … д-ра психол. наук : 19.00.04, 14.00.18 / С.Л. Соловьева. – Санкт Петербург, 1997. – 42 с.

81. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений / перевод. Николаев В.И. – М.: Когито-Центр, 2005. – 560 с.

82. Степаненко А.Д. Современные представления о стратегиях поведения в конфликтных ситуациях // Психология и педагогика в Крыму: пути развития. – 2019. – № 2. – С. 119-128.

83. Степанов Е.И. Современная конфликтология: Общие подходы к моделированию, мониторингу и менеджменту социальных конфликтов / Е.И. Степанов. – М.: ЛКИ, 2015. – 176 с.

84. Сукиасян С.Г. Агрессия: природа человеческой агрессивности / С.Г. Сукиасян. – М.: Прайм – Еврознак, 2003. – 190 с.

85. Федеральная служба государственной статистики (Росстат) [Электронный ресурс] // Здравоохранение в России. 2019. URL: https:// www.gks.ru (дата обращения: 3.04.2020).

86. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002. – 362 с.

87. Фрейд З. [Freud Z.] Психология бессознательного / Зигмунд Фрейд ; [пер. с нем. Г.В. Барышниковой]. – М.: Изд-во АСТ: Хранитель, 2007. – 605 с.

88. Фромм Э. [Fromm E.] Анатомия человеческой деструктивности: пер. с англ. Э.М. Телятникова, Т.В. Панфилова М., Изд-во Аст, 2004. – 635 с.

89. Ханин Ю.Л. Краткое руководство по применению шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера. – Л.: ЛНИИФК, 1976. – 32 с.

90. Хлыстова Н.М. Социально-психологическая причинность агрессивности личности: автореф. дис. … канд. психол. наук : 19.00.01 / Н.М. Хлыстова. Новосиб. гос. пед. ун-т. – Новосибирск, 2003. – 20 с.

91. Чалдини Р., Д. Кеприп, С. Нейсберг [Cialdini R., D. Keprip, S. Neisberg] Социальная психология: Агрессия. Лидерство. Альтруизм. Конфликт. Группы: [Пер. с англ. Н. Миронов и др.]. – СПб. : ПРАЙМ-Еврознак ; М. : Изд. дом Нева, 2002. – 254 с.

92. Чапала Т.Л. Психологические факторы риска в клинической динамике ишемической болезни сердца: автореф. дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / Т.Л. Чапала. – Самара, 2012. – 25 с.

93. Чермянин С.В. Психологические особенности больных кардиологического профиля с типом личности D / С.В. Чермянин, Е.И. Кустова, М.Е. Кузнецова, Е.А. Лелякова // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2017. №2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-bolnyh-kardiologi-che-skogo-profilya-s-tipom-lichnosti-d (дата обращения: 04.04.2020).

94. Шелаева М.М. Стратегии и стили поведения в конфликтной ситуации / М.М. Шелаева // Развитие профессионализма. – 2016. – № 1 (1). – С. 119-120.

95. Шостакович Б.В. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. – СПб: Юридический центр Пресс, 2002. – 464 с.

96. Шустикова А.П., Алексеева Л.Ф. Аддикции в обществе посттоталитаризма: актуализация проблемы / А.П. Шустикова, Л.Ф. Алексеева // Современные исследования социальных проблем. – 2011. Т. 6. – № 2. – С. 242-244.

97. Шхвацабая И.К. Особенности больных гипертонической болезнью / И.К. Шхвацабая, В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян // Кардиология. – 1980. Т. 20. – № 5. – С. 37-41.

98. Эргашева З.А. Особенности психотерапии при лечении гипертонической болезни / З.А. Эргашева, М.Б. Усманова, А.Х. Абдурахимов // Re-health journal. – 2019. – № 1. – С. 16-20.

99. Юнг К.Г. [Jung K.G.] Проблемы души нашего времени / К. Г. Юнг; Перевод с нем. А. М. Боковикова; [Предисл. А. В. Брушлинского]. – М. : Прогресс : Универс, Б. г. (1994). – 329 с.

100. Ямалитдинов Р.Х. Агрессия при гипертонической болезни: конструктивные и деструктивные аспекты / Р.Х. Ямалитдинов, Д.В. Попов // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2017. – № 3. – С. 120-129.

101. Akashi Y.J. et al. Cardiac autonomic imbalance in patients with reversible ventricular dysfunction takotsubo cardiomyopathy / Y.J. Akashi , G. Barbaro, T. Sakurai // Quart. J. Med. – 2007. – Vol. 100. № 6. – P. 335-343.

102. Bandura A. Psychological mechanisms of aggression / A. Bandura // Aggression: Theoretical and empirical reviews. Vol. 1. Theoretical and methodological issues / ed. by R.G. Geen, E.I. Donnerstein. New York: Academic Press, 1983. – P. 140.

103. Baron R.A. Human Aggression / R.A. Baron. N.Y.: Plenum, 1994. – P. 236.

104. Bass C. Et al. Type A behavior and coronary heart disease (letter) / C. Bass // Lancet. 1983. – Vol. 2. – № 8340. – P. 44-45.

105. Berkowitz L. Aggression: Its causes, consequences and control. New York: McGraw-Hill / L. Berkowitz/ 1993. – P. 204.

106. Bjorkqvist K. Sex differences in physical, verbal and indirect aggression: A review of recent research / K. Bjorkqvist // Sex Roles. – 1994. – Vol. 30, № 4. – P. 177-188.

107. Blanchard E.B. Biofeedback treatments of essential hypertension / E.B. Blanchard // Biofeedback and Selfregulation. – 1990. Vol. 15. № 3. – P. 209-228.

108. Blessing E. Recurrence of takotsubo cardiomyopathy with variant forms of left ventricular dysfunction / E. Blessing, H. Steen, M. Rosenbergetal // J. Am. Soc. Echocardiogr. – 2007. Vol. 20. – № 4. P. 439.

109. Bohart A. The active client: therapy as self-help / A. Bohart, K. Tallman // Journal of Humanistic psychology. – 1996. № 36. – P. 730.

110. Boulouffe C. Stress-induced cardiomyopathy: takotsubo left ventricular dysfunction / C. Boulouffe, D. Vanpee, L. Gabriel // Am. J. Emerg. Med. – 2007. –Vol.25, № 2. – P. 243-244.

111. Cedoret R.J. Genetic and environmental factors in adoptee antisocial personality / R.J. Cedoret, E. Troughton, J. Bagford // Europ. Arch. Psychiatry. Neurol. Sei. 1990. Vol. 239, № 4. – P. 231-240.

112. Chesney M.A. Anger and hostility: Future implications for behavioral medicine // M.A. Chesney and R.H. Rosenman (Eds.). Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders. Washington, D.C.: Hemisphere. 1985. – P. 277-290.

113. Chida Y. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: ameta-analytic review of prospective evidence / Y. Chida, A. Steptoe // J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – Vol. 53(11). – P. 936-946.

114. Coelho A.M. Essential arterial hypertension: psychopathology compliance and quality of life / A.M. Coelho, R. Coelho, H. Barres et al. // Rev.-Port. Cardiol. 1997. № 16. – P. 873-883.

115. Deter H.C. Psychophiziolodical and psychological aspects of mild hypertension / H.C. Deter, B. Blum, U. Schwarz // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. – 2002. Vol. 52. – № 6. P. 265-274.

116. Dodge K.A., Coie J.D. Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups / K.A. Dodge, J.D. Coie // Journal of personality and social psychology. – 1987. – Vol. 53. – P. 1146-1158.

117. Drory Y. Clinical outcome and psychosocial adjustment 10-13 years after a first acute myocardial infarction: preliminary findings / Y. Drory, Y. Gerber // Harefuah. – 2009. – Vol. 148(10). – P. 688-693, 734.

118. Drory Y. Israeli Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-termmental health of men after a first acute myocardial infarction / Y. Drory, S. Kravetz, G. Hirschberger // Arch Phys Med Rehabil. – 2002. – Vol. 83(3). – P. 352-359.

119. Drory Y. Israeli Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-termmental health of women after a first acute myocardial infarction / Y. Drory, S. Kravetz, G. Hirschberger // Arch Phys Med Rehabil. – 2003. – Vol. 84(10). – P. 1492-1498.

120. Feldstein C.A. Salt intake, hypertension and diabetes mellitus / C.A. Feldstein // J. Hum. Hypertension. 2002. Vol. 16. – P. 48-51.

121. Franklin B.A. Impact of psychosocial risk factors on the heart: changingparadigms and perceptions / B.A Franklin // Phys. Sportsmed. – 2009. – Vol. 37. – № 3. Oct. – P. 35-37.

122. Frasure-Smith N. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? / N. Frasure-Smith, F. Lesperance, M. Talajic // Health Psychol. – 1995. – Vol. 14. – P. 388-398.

123. Friedman R. Psychological variables in hypertension: relationship to casual or ambulatory blood pressure in men / R. Friedman, J.E. Schwartz et al. // Psychosomatic. Med. 2001. № 63. – P. 19-31.

124. Gerber Y. Long-term predictors of smoking cessation in a cohort of myocardial infarction survivors: a longitudinal study / Y. Gerber, N. Koren-Morag, V. Myers, Y. Benyamini, U. Goldbourt, Y. Drory; Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. – 2011. – Vol. 18(3). – P. 533-541.

125. Haas D.C. Hostility is an independent predictor of recurrent coronary heart disease events in men but not women: results from a population based study / D.C. Haas, W.F. Chaplin, D. Shimbo, T.G. Pickering, M. Burg, K.W. Davidson // Heart. – 2005. – Vol. 91. – P. 1609-1610.

126. Ignatova G.L. Clinical efficacy of anti-ige therapy in adult patients withevere atopic severe uncontrolled asthma in real practice / G.L. Ignatova, E.V. Blinova, I.A. Zakharova, S.A. Kochetkova, N.P. Revel-Muroz // Allergy. 2018. T. 73. № S105. C. 671.

127. Isogai T. Out-of-hospital versus in-hospital Takotsubo cardiomyopathy: analysis of 3719 patients in the Diagnosis Procedure Combination database in Japan / T. Isogai, H. Yasunaga, H. Matsuietal. // Int. J. Cardiol. – 2014. –Vol. 176, №2. – P. 413-417.

128. King K.M. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance / K.M. King, D.P. Humen, H.L. Smith, C.L. Phan, K.K. Teo // Heart. – 2001. – Vol. 85. – P. 290-294.

129. Kokkinos P.F. Exercise and hypertension / P.F. Kokkinos, U. Papademetrion // Coron. Artery Dis. 2000. Vol. 11. № 2. – P.99-102.

130. Kristofferzon M-L. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction / M-L. Kristofferzon, R. Löfmark, M. Carlsson // J Adv Nurs. – 2005. – Vol. 52. – P. 113-124.

131. Labbate L.A. Physical fitness and perceived stress. Relationships with coronary artery disease risk factors / L.A. Labbate, M. Fava, M. Oleshansky et al. // Psychosomatics. – 1995. – №6. – P. 555-560.

132. Lin E.H. Frustrating patients: physician and patient perspectives among.distressed high users of medical services / E.H. Lin, W. Kanton, M. Von Korff et al. // J. Gen. Intern. Med. – 2001. – №3. – P.241-246.

133. Mizin V.I. Red wines countering the metabolic syndrome / V.I. Mizin, V.V. Iezhov, N.A. Severin, A.Ya. Yalaneckyy // Russian Open Medical Journal. – 2018. T.7. – № 4. – P. 414.

134. Osterman K. Cross-cultural evidence of female indirect aggression / K. Osterman, K. Bjorkqvist, K.M.J. Lagerspetz, A. Kaukiainen, S.F. Landau, A. Fraczer, G.V. Caprara // Aggressive Behavior. – 1998. Vol. 24, № 1. – P. 1-8.

135. Pavin D. Human stress cardiomyopathy mimicking acute myocardial syndrome / D. Pavin, H. Le Breton, C. Daubert // Heart. – 1997. – Vol. 78, №5. – P. 509-511.

Приложение

Приложение 1

Анкета по выявлению конфликтных и агрессивных тенденций в поведении

1. Фамилия, Имя, Отчество (по желанию)_____

2. Пол: жен._____ муж._____

3. Дата рождения, возраст (полных лет) _____

4. Место жительства: а) город; б) сельская местность

5.Диагноз заболевания (по желанию) _____

6. Образование: а) среднее б) среднее специальное; в) незаконченное высшее; г) высшее.

7. Трудовой статус _____

8. Материальное положение _____

а) хорошее; в) удовлетворительное; г) неудовлетворительное

9. Семейное положение _____

а) не замужем/не женат; б) замужем/женат; в) живет гражданским браком; г) разведен; д) вдовец

10. Дети: а) есть; б) нет; в) соматически больные; г) психически больные; д) умерли

11. Взаимоотношения: 1 – в семье проживания (с супругой, с родителями); 2 – с детьми; 3 – с ближайшими родственниками

1) _____2) _____ 3) _____

а) хорошие; б) периодически конфликтные; в) постоянно конфликтные; г) отсутствие общения.

12. Условия воспитания в семье:

а) воспитывался в полной семье; б) воспитывался в неполной семье; в) воспитывался у родственников или знакомых; з) в детском доме.

13. Каков характер семейных взаимоотношений между Вашими родителями? а) хорошие; б) периодически конфликтные; в) постоянно конфликтные; г) отсутствие общения.

Приложение 2

Типичные клинические наблюдения, иллюстрирующие положение диссертационного исследования

Наблюдение 1 (признание и принятие заболевания, интеграция нового опыта существования): мужчина, 52 года, образование высшее, экономическое, занимает руководящую должность, материальное положение - удовлетворительное, женат, имеет двоих детей, хорошие взаимоотношения в семье проживания и с ближайшими родственниками. Больной воспитывался в полной семье. С 2008 года поставлен диагноз гипертоническая болезнь 2 стадии. Вредных привычек не имеет. Основная причина обращения к врачу – трудности, которые пациент испытывает на работе из-за неприятных ощущений в голове. Он не может эффективно работать с документами, стало труднее воспринимать информацию и планировать рабочий день: за последний месяц пациент дважды забыл о важных деловых встречах. Жалуется на плохой сон, а также ощущение ненужности. О назначенных врачом препаратах информирован, принимает регулярно и планирует после выписки соблюдать рекомендации специалиста. Считает, что человек с заболеванием сердечно-сосудистой системы должен вести размеренный образ жизни, контролировать свое поведении и сдерживать свои эмоции.

Тип отношения к болезни – эргопатический. Данный тип отношения к болезни («уход в работу») и высокие эмоциональные перегрузки спровоцировали гипертоническую болезнь у больного. По результатам тестирования у больного была диагностирована возбудимая (10,4) акцентуация характера, которая характеризуется высокой контактностью, повышенной раздражительностью и склонностью к агрессии.

Также зарегистрирован высокий показатель в уровне ситуативной (45,2) и умеренную личностную тревожность (46,0). Доминирующая стратегия поведения в конфликтных ситуациях – соревнование (6,8), которая характеризуется открытой конфронтацией и относится к конфликтогенным. У больного наблюдается низкая стрессоустойчивость (284,8).

По результатам проведенной методики Басса-Дарки, мы обнаружили у больного высокий показатель вербальной агрессии (6,7), чувство вины (6,4) и подозрительность (6,1), что, в свою очередь, свидетельствуют об открытом проявлении негативных чувств, в грубости, недоверии.

По результатам методики «Hand-тест» высокие показатели по шкалам «агрессия» (3,4), «директивность» (3,3), «негативизм» (6,3).

Таким образом, по результатам комплексного диагностирования, мы обнаружили, что пациент предрасположен к открытому агрессивному поведению, характерны немотивированные вспышки гнева. Склонен к реализации эмоциональных переживаний через открытие агрессивные реакции.

Наблюдение 2 (переживание нового опыта существования): женщина37 лет, образование среднее специальное, не замужем, детей не имеет, работает. У больной удовлетворительное материальное положение, однако, постоянные конфликты в семье и с ближайшими родственниками, воспитывалась в неполной семье. Гипертоническая болезнь 2 стадии диагностирована с 2011 года, но не наблюдалась у специалиста, самоназначение, прием препаратов нерегулярный. Курит с 30 лет. Жалуется на частые головные боли, нарушение сна, периодическое «потемнение в глазах», а также вспышки раздражения, плаксивости. По просьбе врача ведет дневник самоконтроля артериального давления ежедневно. Связывают свою болезнь с семейными конфликтами, ссора с матерью «стала «последней каплей», пациентка чувствует беспомощность и обиду. При этом тип отношения к болезни - неврастенический. Планирует меньше нервничать и реагировать на внешние стрессовые факторы.

По результатам комплексной психологической диагностики мы получили следующие результаты: у больной циклотимная акцентуация характера (6,6), которая характеризуется циклическим колебаниям в настроении.

Обнаружены высокие показатели ситуативной (49,1) и личностной тревожности (45,2). Стиль поведения в конфликтных ситуациях у больной – приспособление (6,6), которая характеризуется стремлением приспособиться, готовность отказаться от собственного мнения. У больного низкий уровень стрессоустойчивости (283,6). Особое внимание следует обратить, что у больной зарегистрированы высокие показатели как в косвенной агрессии (6,8), так и в раздражении (6,7) по результатам методики Басса-Дарки. По результатам методики «Hand-тест» высокие показатели по шкалам «агрессия» (4,2), «аффектация» (3,6).

Таким образом, заболевание влияет на формирование реактивной и личностной тревожности больной, а низкая стрессоустойчивость и социальная адаптивность являются важным психологическими показателями, способствующими конфликтному и агрессивному поведению. Высокий показатель косвенной агрессии у больной свидетельствует об осторожном проявлении агрессивных реакций. Также на формирование агрессивного поведения влияли социальные факторы, такие как конфликты в семье и с ближайшими родственниками.

Приложение 3

Анкета экспертной оценки конфликтного поведения и агрессии больного

Инструкция: Просим Вас выступить экспертом и оценить уровень конфликтного поведения, агрессии и нежелания идти на компромисс больного по шкале «высокий», «средний» и «низкий» (нужное подчеркнуть).

«высокий» - практически постоянно присутствует в поведении и общении больного с окружающими;

«средний» - время от времени встречается в поведении и общении больного с окружающими;

«низкий» - редко встречается в поведении и общении больного с окружающими.

ФИО больного:
Диагноз: *заполнять не обязательно*
Дата:

1. Как вы оцениваете уровень конфликтности больного по отношению к другим больным в отделении:
«высокий», «средний» и «низкий» (нужное подчеркнуть).

2. Как вы оцениваете уровень конфликтности больного по отношению к врачам и медперсоналу:
«высокий», «средний» и «низкий» (нужное подчеркнуть).

3. Как вы оцениваете уровень конфликтности больного по отношению к посетителям (родственникам, друзьям):
«высокий», «средний» и «низкий» (нужное подчеркнуть).

4. Как вы оцениваете уровень агрессивности больного по отношению к другим больным в отделении:
«высокий», «средний» и «низкий» (нужное подчеркнуть).

5. Как вы оцениваете уровень агрессивности больного по отношению к врачам и медперсоналу:
«высокий», «средний» и «низкий» (нужное подчеркнуть).

6. Как вы оцениваете уровень агрессивности больного по отношению к посетителям (родственникам, друзьям):
«высокий», «средний» и «низкий» (нужное подчеркнуть).

7. Как вы оцениваете уровень нежелания больного идти на компромисс:
«высокий», «средний» и «низкий» (нужное подчеркнуть).

8. Как вы оцениваете уровень нежелания больного сотрудничать с медперсоналом:
«высокий», «средний» и «низкий» (нужное подчеркнуть).

Обработка анкеты эксперта:
За каждый ответ «низкий» присваивается 0 баллов.
За каждый ответ «средний» присваивается 1 балл.

За каждый ответ «высокий» присваивается 2 балла.

Минимальное количество баллов – 0 соответствует мало агрессивному, неконфликтному поведению больного, склонного к компромиссам и сотрудничеству.

Максимальное количество баллов – 16 соответствует высоко агрессивному, конфликтному поведению больного, склонного к конфронтации и конкуренции.

При обработке данных опроса экспертов были рассчитаны значения средней арифметической и +0,67 G и получены следующие градации:

Показатели в диапазоне 0-6 баллов – низкий уровень конфликтного поведения, агрессии и нежелания идти на компромисс.

Показатели в диапазоне 7-11 баллов – средний уровень конфликтного поведения, агрессии и нежелания идти на компромисс.

Показатели в диапазоне 12-16 баллов и выше – высокий уровень конфликтного поведения, агрессии и нежелания идти на компромисс.

Приложение 4

Психодиагностические методики исследования

Методика Томаса-Килманна. адаптирована в России Н.В. Гришиной [22], и предназначена для выявления склонности к конфликтному поведению. Она была включена нами в комплекс диагностических методик для определения личностной предрасположенности больных к конфликтному поведению, а также оценки типичных способов реагирования в конфликтных ситуациях [22].

Методика базируется на представлениях как о невозможности абсолютного устранения конфликтных ситуаций из жизни, так и о пользе конфликтов, отражающих проблемные стороны решаемых вопросов и необходимость поиска наиболее эффективных способов выхода из стрессовых ситуаций [22]. В ходе анализа вопроса о стратегиях поведения в конфликтных ситуациях авторы теста выделили два основных стиля поведения: 1) напористость, для которой характерна защита собственных интересов; 2) кооперация, которая связана с вниманием личности к интересам других людей, находящихся в конфликте [22]. На основе этих стилей были определены основные поведенческие реакции, наиболее характерные для того или иного индивида. Таким образом, в соответствии с выделенными способами реагирования на конфликтные ситуации, у каждого из обследованных было определено доминирование одной из пяти стратегий поведения [22]:

– Соперничество (соревнование, конкуренция) – выражается в стремлении добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому человеку. Относится к наименее эффективному, но наиболее часто используемому способу поведения в конфликтах.

– Приспособление – проявляется принесением в жертву собственных интересов ради интересов другого человека. Относится к стратегии, противоположной соперничеству.

– Компромисс – представляет собой поиск взаимного соглашения между участниками конфликта путем взаимных уступок.

– Уклонение (избегание) – стратегия поведения, характеризующаяся как отсутствием стремления к кооперации, так и отсутствие тенденций к достижениям собственной цели.

– Кооперация (сотрудничество) – проявляется в поиске участниками ситуации альтернативы, полностью удовлетворяющей интересам обеих сторон.

По мнению Н.В. Гришиной [22], в случае уклонения от конфликта ни одна из сторон не достигает результатов. А при таком стиле поведения, как соревнование, адаптация и компромисс, либо один из участников выигрывает, а другой проигрывает, либо оба проигрывают, потому что идут на компромисс. Наиболее продуктивной является стратегия сотрудничества, при которой обе стороны оказываются в выигрыше.

Методика Томаса-Килманна, адаптированная Н.В. Гришиной [22], состоит из 30 пар суждений, в каждой из которых обследуемому предлагается выбирать то, которое точнее характеризует его поведение. Перечисленные выше варианты стратегии поведения представлены в опроснике 12 суждениями о поведении индивида в конфликтной ситуации, которые сгруппированы в различных сочетаниях. В ходе парного выбора в каждом из 30 сочетаний выстраивалась структура признаков доминирующих поведенческих реакций.

Диагностика стратегий поведения проводилась нами как в виде индивидуальной, так и в виде коллективной форм работы. Перед началом обследования раздавались бланки, предлагалась инструкция по работе с опросником. Выяснялось, насколько обследуемые усвоили инструкцию. При необходимости давались дополнительные разъяснения. После окончания обследования бланки собирались. С помощью ключа проводилось подведение итогов. Результаты фиксировались в протоколе. На основе полученных данных определялись адаптационные и коммуникативные особенности личности, стиль межличностного взаимодействия.

Характерологический опросник К. Леонгарда [44] по выявлению акцентуаций включен в психодиагностический комплекс для выявления наличия и типа характерологических особенностей (акцентуаций) личности у больных. Опросник характеризуется относительной

простотой в использовании, но, в то же время, информативен и в сочетании с другими психодиагностическими тестами и позволяет сформировать наиболее полное представление об акцентуациях личности обследуемого [18].

Опросник К. Леонгарда [44] состоит из 88 вопросов, ответы на которые распределяются по 10 шкалам, соответствующим определенным акцентуациям характера. Таким образом, проведенное тестирование выявило определенные агрессивные тенденции у больных в контексте следующих типов [44]:

1) гипертимый – характеризующийся доминированием приподнятого настроения, в ряде случаев даже без каких-либо внешних поводов. Отличается общительностью (вплоть до навязчивости), повышенной самооценкой, оптимизмом, высокой активностью и жаждой деятельности. Склонен к нарушению личностной дистанции, к доминированию в отношениях, к гедонизму, к аморальным поступкам, повышенной раздражительности, прожектерству, безответственности. С трудом переносит жесткую дисциплину, монотонную деятельность и одиночество.

2) возбудимый – отличается ослаблением контроля над влечениями и побуждениями, повышенной импульсивностью поведения, доминирующей ролью физиологических влечений и слабоконтролируемых инстинктов. Вспыльчив, раздражителен, хамоват, груб, склонен к провоцированию конфликтов и агрессивным реакциям. Эгоцентричен. Склонен к доминированию. Негативно относится к труду и учебе. Настроен на извлечение максимального удовольствия из настоящего и более равнодушен к будущему.

3) эмотивный – отличается высокой эмоциональной чувствительностью, тонкостью эмоционального реагирования. Крайне впечатлителен как по отношению к реальным, так и к вымышленным ситуациям (сцены из фильмов, литературные произведения), которые могут переживаться на протяжении длительного периода. Склонен к слезливости. Обиды носит в себе. Старается избегать конфликтов.

4) педантичный – склонен к тщательному соблюдению порядка, требователен к себе и, особенно, к другим. Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов. В конфликты вступает редко. Долго переживает травмирующие события. Неспособен к быстрым социальным переменам. Обстоятелен и нерешителен при принятии ответственных решений.

5) тревожный – отличается робостью, пугливостью, мнительностью, неуверенностью в себе, обидчив, застенчив. Характеризуется низкой социальной контактностью. Тяжело переживает контрольные, экзамены, проверки. Нередко беззащитный и ведомый.

6) циклотимный – характеризуется частой сменой гипертимных и дистимных состояний, выраженной зависимостью настроения и самооценки от внешних событий, что отражается на манерах поведения с окружающими людьми.

7) демонстративный – отличается жаждой постоянного внимания к своей персоне, тщеславием, стремлением к власти, лидерству, похвале. Легко приспосабливается к окружающим и устанавливает социальные контакты. Внешне эмоционально лабилен, но глубоких чувств зачастую не испытывает. Склонен к авантюризму, интригам, артистизму, позерству, фантазерству, лживости и притворству. Крайне эгоцентричен. Самооценка завышена и далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью, стремлением к самовосхвалению и высокомерием. Систематически провоцирует конфликты, при этом нередко выставляет себя мнимой жертвой. Обладает высокой способностью к вытеснению нежелательных мыслей, воспоминаний, оценок.

8) застревающий – характеризуется занудством, склонностью к нравоучениям, умеренной общительностью, настороженностью, недоверчивостью, высокой чувствительностью к обидам, ригидностью установок, мстительностью. Нередко проявляет жесткость установок, заносчивость, самонадеянность, настойчивость в реализации своих интересов. Склонен к эмоциональным аффектам, конфликтен.

9) дистимный – отличается доминированием сниженного фона настроения, неразговорчивостью, моторной и интеллектуальной медлительностью, слабостью волевых

усилий, пессимизмом. Сосредоточен на негативных аспектах событий, склонен к замкнутому образу жизни, подчиняемости.

10) экзальтированный – характеризуется крайней впечатлительностью, легко возникающими бурными реакциями в ответ на радостные события (восторг) и печальные события (вплоть до отчаяния). Общителен, склонен к спорам. В конфликтных ситуациях выполняет как активную, так и пассивную роль.

Шкала тревожности Спилбергера-Ханина [89] использовалась для определения у больных уровня реактивной и личностной тревожности. Под тревожностью понимается состояние, выражающееся в повышенной эмоцио-нальной напряженности, сопровождающейся беспокойством, опасениями, страхами, мешающими нормальной деятельности или социальному взаимодействию [30, 41, 44, 75]. Методика Спилбергера-Ханина [89] построена на положении о том, что тревожность является относительно устойчивым персональным характерологическим качеством и может проявляться в двух разновидностях – ситуационной (реактивной) и личностной. При этом подразумевается, что реактивная тревожность – это временное состояние тревожности, проявляющееся только в отдельных конкретных жизненных ситуациях (например, при устройстве на работу, при общении с незнакомыми людьми, при проявлении каких-либо негативных примет и т.п.). Характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Является привычной эмоциональной и поведенческой реакцией на такие ситуации. Очень высокий уровень ситуативной тревожности может говорить о склонности больных к чрезвычайной осторожности или к непродуманным, импульсивным поступкам, об искажении самооценки и вероятном снижении способности объективной оценки определенных ситуаций.

В отличие от реактивной, личностная тревожность – устойчивое восприятие большого круга ситуаций как негативных и угрожающих [35, 61, 88]. Высокие показатели личностной тревожности зачастую говорят о склонности индивида к эмоциональным срывам, наличии невротического конфликта и психосоматических заболеваний. В то же время, наличие у испытуемого определенного оптимального индивидуального уровня «полезной тревожности» является естественным и нормальным показателем социально активной личности [11, 41, 105].

Перед началом обследования раздавалась инструкция и бланк тестирования, на котором были представлены утверждения и по четыре варианта ответов к каждому из них. Разъяснялась структура диагностической работы по данной методике. При необходимости давались дополнительные разъяснения. По окончании обследования с помощью ключа подводились итоги, а результаты фиксировались в протоколе. Были сформированы предварительные выводы об уровне личностной и ситуативной тревожности у каждого обследованного и в выделенных группах.

Опросник А. Басса и А. Дарки для выявления агрессивности и враждебности, адаптированный С.Н. Ениколоповым и А.К. Осницким и описанный в работах Н.Е. Водопьяновой [15] и Б.В. Шостаковича [95], применялся нами с целью выявления наиболее характерных для обследуемых форм агрессии и враждебных реакций, он описывается в работах [15. 95, 100, 104, 106, 116].

Опросник основан на представлении об агрессивности как о свойстве личности, характеризующейся наличием доминирующих деструктивных тенденций в области субъектно-субъектных отношений [15, 95]. При этом полагается, что агрессивность имеет различную степень выраженности – от почти полного отсутствия до предельного развития. Каждой личности свойственно наличие той или иной степени агрессивности. Ее минимизация зачастую приводит к пассивности, ведомости, конформности, а чрезмерное развитие – к конфликтности и неспособности на сознательную кооперацию. Агрессивность может проявляться в различных поведенческих формах, каждая из которых более или менее свойственна той или иной личности.

В ходе обследования у каждого была выявлена характерная для него склонность к проявлению агрессии в той или иной форме, а именно: а) физической агрессии – склонности к использованию физической силы против другого лица; б) вербальной агрессии – склонности

выражать негативные чувства как через форму (ссора, крик, визг), так и через словесные обращения к другим лицам (угрозы, проклятие, ругань); в) косвенной агрессии – склонности направлять агрессию окольным путем в виде сплетен, шуток или проявлять ненаправленные, неупорядоченные, взрывы ярости – в крике, топании ногами и т.п.; г) негативизма – склонности к проявлению оппозиционных форм поведения, направленных обычно против авторитета руководства, которые могут нарастать от пассивности до активных поступков против требований, норм, законов; д) раздражительности – склонности к раздражению, готовности при малейшем возбуждении изливается вспыльчивостью, резкостью, грубостью; е) подозрительности – недоверие и осторожное отношение к людям, проистекающим из убеждений, что окружающие могут причинить вред; ж) обидчивости – склонности к проявлению зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то конкретно или всем миром за действительные или мнимые страдания; з) аутоагрессивности или активизации чувства вины, при котором оценки и действия по отношению к себе и окружающим, проистекают из убеждения испытуемого в том, что он является плохой личностью, поступает плохо: вредно, агрессивно или бессовестно.

Применяя данный опросник, мы помнили о том, что опросник не свободный от мотивационного искажения (к примеру, связь с социальной желательностью). Кроме того, учитывалось, что агрессивность как свойство личности и агрессия как поведенческий акт могут быть поняты в контексте целостного психологического анализа мотивационно-потребностной сферы личности. Поэтому окончательная оценка результатов проводилась в совокупности с показателями по другим методикам.

Перед началом обследования раздавались бланки, содержащие 75 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Затем зачитывалась инструкция: «Читая расположенные перед вами утверждения, определите, насколько они соответствуют вашей стратегии поведения, образу жизни. Ответьте на каждое из них». После окончания обследования бланки собирались. С помощью ключа подводились итоги. Полученные результаты фиксировались в протоколе.

Тест руки Э. Вагнера «Hand-тест», модифицированный Т.Н. Курбатовой [40, 41], включен нами в психодиагностический комплекс с целью выявления склонности к внешней агрессии, наличия конфликтных установок, мотивации деятельности и взаимодействия [41].

Методика характеризуется высокой валидностью и надежностью результатов. Спектр исследований различных категорий делинквентных и криминальных личностей – от случайных правонарушителей до рецидивистов. Тест хорошо себя зарекомендовал при выявлении групп риска и прогнозировании рецидивизма среди правонарушителей. Доказана прогностическая возможность «Hand-теста» в дифференциации агрессивных и неагрессивных (без нанесения телесных повреждений) делинквентов, а также прогностические возможности теста в выявлении лиц, склонных к насильственному и деструктивному поведению. Выбор данного теста основывался также на простоте работы для больных со стимульным материалом, неподдельного интереса обследуемых к методике, возможности переключиться с работы по опросникам, относительной независимости эффективности работы от образовательного и культурного уровня респондентов [41].

Методика базируется на положении об устойчивой взаимосвязи между практической деятельностью человека (сопровождаемой определенной жестикуляцией и другими действиями, осуществляемыми с помощью рук) и ассоциативным восприятием соответствующих стимулов (изображение руки в разных положениях). Именно по характеру индивидуальных ассоциаций можно судить о тенденциях в поведении обследуемых.

Полученные в ходе исследования данные были рассмотрены по ряду факторов, каждый из которых помог дополнить общую картину о индивидуально-психологических особенностях больных и лиц контрольной группы.

Общее количество ответов помогло определить имеющийся у каждого испытуемого энергетический потенциал, запас тенденций к действию и степень активированности личности. Абсолютное количество ответов по каждой категории дало представление о

возможном потенциале проявления рассматриваемой тенденции в поведении больного. Процентное соотношение ответов по каждой категории помогло увидеть значимость данной тенденции в психической жизни респондентов.

Базовые характеристики по тесту рассматривались согласно следующим факторам [41]:

1) Агрессия (Agg). Показатели по этой категории помогли нам определить вероятность проявления агрессии в открытом поведении испытуемого.

2) Директивность (Dir). Ответы по этому фактору выявили у ряда больных психологические установки превосходства над другими людьми, стремление к директивному руководству, к влиянию, повышенную готовность использовать других людей в своих интересах, а также ожидание того, что окружающие должны вести себя в соответствии с намерениями испытуемого, а не наоборот.

3) Аффектация (Aff), или «показатель эмоционального общения». Эти ответы отражены в способности испытуемого в активности в социальной жизни, настрой субъекта на сотрудничество с окружающими, на позитивное эмоциональное общение, способность проявлять любовь и привязанность.

4) Коммуникация (Com), или «показатель делового общения». Данный фактор показал нам уровень коммуникативности обследуемых, роль эмоций при построении отношений (доминирование «холодного интеллекта» или эмоционально-оценочных суждений «нравится – не нравится»), характер взаимоотношений с людьми (стремление к равенству или подчиненности).

5) Зависимость (Dep). Выявляет наличие потребности в поддержке и помощи, стремление переложить ответственность за свое положение на окружающих людей, зависимость от других и чувство обиды за свой статус, наличие дефицита чувства социальной ответственности.

6) Страх (F). Определяет наличие у испытуемого страха перед другими людьми, ожидание агрессивных реакций со стороны окружающих, ощущение себя жертвой и потребность в защите, стремление оградиться от физических воздействий и травм, возможность мазохистских тенденций.

7) Эксгибиционизм (Ex). Выявляет наличие истероидных черт в характере, эгоцентричность, стремление к деятельности, связанной с развлечениями и самовыражением.

8) Увечность (калечность) (Grip). Показывает уровень ипохондрических черт характера или наличие легкомысленного отношения к своему физическому состоянию. Выявляет особенности переживаний по поводу реальных проблем со здоровьем.

9) Описание (Des). Иллюстрирует наличие эмоциональной амбивалентности, развитого творческого мышления, склонности к размышлениям, мечтательности, переживанию, сочетающихся с отсутствием тенденций к реальным действиям. В определенных случаях свидетельствует о неразвитости воображения, инертности и ригидности мыслительных процессов. Бывает признаком невротических черт или шизофрении.

10) Напряжение (Ten). Определяет уровень тревожности (нейротизма), наличие психоэмоционального напряжения, особенности эмоциональной неустойчивости, склонности переживать по малейшему поводу, в том числе – по поводу надуманных проблем.

11) Активные безличные ответы (Act). Выявляет тенденцию к минимизированию значения взаимодействия с социумом. При этом сохраняется волевая активность, которая в большей степени направлена на физическую среду, а не на других людей. Может характеризовать примитивность, низкую содержательность внутреннего мира обследуемого, его незрелость, низкий уровень интеллекта или говорить о тревожности человека, повышенной чувствительностью в межличностных отношениях.

12) Пассивные безличные ответы (Pas). Диагностирует во многом похожие характеристики, что и фактор Act, но при этом свидетельствует о снижении уровня волевой активности испытуемого.

13) Галлюцинации (Bas). Служит признаком чрезвычайно развитого творческого мышления или тенденции ухода от реальности, наличия личностной дезадаптации и психопатологии.

14) Отказ от ответа (Fail). В контексте других показателей может свидетельствовать как о наличии эмоциональной шоковой реакции в ответ на данный стимул, так и о симптомах психической истощаемости или о негативном отношении к обследованию.

Дополнительно на основе вышеописанных показателей были оценены такие особенности, как склонность к открытому агрессивному поведению [I = (Agg + Dir) – (Aff + Com + Dep)], степень личностной дезадаптации [MAL = Ten + Crip + F], тенденция к уходу от реальности [WITH = Des + Bas + Fail], наличие психопатологии [PATH = MAL+2 WITH].

Учитывая проективный характер методики, а также комплексный характер обследования, полученные результаты анализировались как в рамках данного теста, так и совместно с другими методиками.

Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации, разработанная Т. Холмс и Р. Раге и описанная Н.Е. Водопьяновой [15], применялась в психодиагностическом исследовании с целью определения наличия или отсутствия стресса и степени его выраженности. Итоговая сумма определяла одновременно и степень сопротивляемости стрессу. Большое количество баллов показывало сигнал тревоги, предупреждающий об опасности. Подсчитанная сумма имела еще одно важное значение – она выражала (в цифрах) степень стрессовой нагрузки. Для наглядности приводим сравнительную таблицу стрессовых характеристик. Показатели 150-199, означают высокую сопротивляемость к стрессу, 200-299 пороговую сопротивляемость. Сумма баллов – свыше 300, это означает реальную опасность, т.е. угроза психосоматического заболевания, поскольку фаза близка к нервному истощению. Подсчет суммы баллов дал возможность воссоздать картину стрессовых состояний больных. Это давало понимание, что не отдельные незначительные события в жизни больных являются причиной возникновения стрессовой ситуации, а их комплексное воздействие.

Костина Лариса Александровна

Кубекова Алия Салаватовна

Психологический статус больных гипертонической болезнью

Монография издана в авторской редакции

Сетевое издание

Главный редактор – Кирсанов К.А.

Ответственный за выпуск – Алимова Н.К.

Научное издание

Системные требования:
операционная система Windows XP или новее, macOS 10.12 или новее, Linux.
Программное обеспечение для чтения файлов PDF.

Объем данных 2 Мб

Принято к публикации «14» сентября 2021 года

Режим доступа: https://izd-mn.com/PDF/39MNNPM21.pdf свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус., англ.

ООО «Издательство «Мир науки»

«Publishing company «World of science», LLC

Адрес:

Юридический адрес – 127055, г. Москва, пер. Порядковый, д. 21, офис 401.

Почтовый адрес – 127055, г. Москва, пер. Порядковый, д. 21, офис 401.

https://izd-mn.com/

ДАННОЕ ИЗДАНИЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ