

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Студент

С.В. Личино

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

к.псх.н. Т.В. Чапала

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2021

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретический обзор проблемы социально-психологических аспектов психопрофилактики лиц с сахарным диабетом.....	9
1.1 Мультифакторный анализ этиологии возникновения и развития заболевания (сахарный диабет) у взрослых.....	14
1.2 Анализ социально-психологических характеристик больных сахарным диабетом.....	20
1.3 Социально-психологические характеристики больных сахарным диабетом в исследованиях российских и зарубежных исследователей.....	32
Глава 2 Эмпирическое исследование социально-психологических характеристик лиц с сахарным диабетом.....	42
2.1 Организация, обоснование методов и проведение эмпирического исследования.....	42
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования социально-психологических характеристик лиц с сахарным диабетом.....	51
Заключение.....	100
Список используемой литературы.....	102
Приложение А Коэффициенты для перевода баллов и значения уровней различных форм агрессии для методики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки.....	107
Приложение Б Результаты корреляционного анализа группы лиц с сахарным диабетом.....	108

Введение

Охрана здоровья граждан является важнейшей государственной задачей и включает в себя профилактику заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, что закреплено в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года N 323 ФЗ [31].

Сохранение населения, здоровье и благополучие людей определены как национальные цели в указе Президента Российской Федерации «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» от 21 июля 2020 года N 474 [30].

Сахарный диабет является хроническим заболеванием с высоким риском осложнений, в том числе сердечно-сосудистых, а также вероятностью ранней инвалидизации. Смертность от сахарного диабета за последние 5 лет увеличилась на 20 процентов [28].

Поэтому важной задачей является оказание помощи людям с сахарным диабетом и предотвращение осложнений.

Количество заболевших сахарным диабетом во всем мире таково, что можно говорить об эпидемии. И ежегодный прирост продолжает увеличиваться. Данные Всемирной организации здравоохранения говорят о достигнутой доле заболевшей в 10 процентов от общей численности населения. Прогнозные данные говорят о возможном числе заболевших более 300 миллионов к 2025 году. К группе риска относятся лица пожилого возраста, курильщики, лица, ведущие нездоровый образ жизни, не поддерживающие оптимальный вес тела. Среди детей также наблюдается рост заболеваемости. В такой неблагоприятной ситуации по распространению сахарного диабета настоятельно необходимо проводить исследования в сфере оптимизации помощи больным сахарным диабетом, в том числе психологической.

Проблема психопрофилактической помощи лицам с сахарным диабетом рассматривается специалистами различных направлений: эндокринологами, психиатрами, психотерапевтами, психологами. (И.И. Дедовым, М.В. Шестаковой, В.А. Петерковой, А.Ю. Майоровым, Г.А. Мельниченко, П.И. Сидоровым, А.И. Баськовой, В. Бройтигамом, П. Кристианом, Ю.А. Александровским, С.А. Кулаковым и другими).

Социально-психологические аспекты характерные для лиц с сахарным диабетом также рассматриваются в работах многих авторов (П.И. Сидорова, А.В. Древалю, Н.Р. Усмановой, Е.С. Боярской, Е.А. Трифионовой, Н.П. Гарганеевой, В.Я. Семке, М.Ф. Белокрыловой, А.Ю. Майорова, Д.А. Валиевой, Е.Н. Настиной, О.Е. Кириченко и других). Рекомендации по психопрофилактической помощи лицам с сахарным диабетом разрабатывались с использованием работ А. Лоуэна, Н.Д. Линде, И.Г. Малкиной-Пых и других.

Психологическое состояние человека имеет большое значение при лечении различных заболеваний. Изменение образа жизни, повышение активности, нормализация веса тела, отказ от вредных привычек ведут к успешному управлению диабетом, а также помогает предотвратить старт заболевания в группах риска.

В связи с этим представляет интерес изучить социально-психологические аспекты психопрофилактики лиц с сахарным диабетом.

Цель исследования: выявить типичные для лиц с заболеванием «сахарный диабет» психологические переменные социально-психологических характеристик, разработать предложения по психопрофилактике лиц с сахарным диабетом.

Объект исследования: социально-психологические характеристики лиц с сахарным диабетом.

Предмет исследования: уровень субъективного контроля, активность, уровень и тип агрессивности, уровень враждебности у лиц с сахарным диабетом.

Гипотеза исследования: для лиц с заболеванием «сахарный диабет», типичными психологическими переменными являются пониженная активность и низкий уровень субъективного контроля над жизненными ситуациями, пониженный уровень внешнего проявления агрессивности, повышенная враждебность.

Задачи исследования:

1. Изучить социально-психологические аспекты психопрофилактики лиц с сахарным диабетом (уровень субъективного контроля над жизненными ситуациями, активность, агрессивность) лиц с сахарным диабетом в зарубежной и отечественной литературе.

2. На основе теоретического анализа выделить социально-психологические аспекты психопрофилактики лиц с сахарным диабетом.

3. Провести эмпирическое исследование социально-психологических особенностей лиц с диагнозом «сахарный диабет», выявить «мишени» для проведения психопрофилактики.

Теоретико-методологическая база: методологическим основанием исследования являются работы отечественных психологов по проблемам здоровья человека (Л.С. Выготского, В.А. Ананьева, Г.С. Никифорова, В.П. Зинченко), работы отечественных и зарубежных авторов в области психологии личности, социальных взаимоотношений (А. Адлера, А.Х. Маслоу, А.Н. Леонтьева, А.А. Волочкова, Г. Амона, В.А. Кулганова, В.Г. Белова, Ю.А. Парфёнова, Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко, С.Л. Соловьевой, Р. Кочюнаса). Методологические подходы биопсихосоциальной модели Джорджа Энгеля, концептуальные положения соматизации и развития психосоматических процессов Ф.Г. Александера, А. Митчерлиха, работы по методологии психологической диагностики соматических больных Л.И. Вассермана.

Методы исследования:

- теоретические методы (методы анализа психологической и медицинской литературы по проблеме социально-психологических аспектов психопрофилактики лиц с сахарным диабетом);
- эмпирические методы: психодиагностика (диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд) [41], методика «Личностный Дифференциал» (авторы Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд), вариант, адаптированный в НИИ им. В.М. Бехтерева [41], методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки адаптация А.К. Осницкого [33]);
- методы количественного и качественного анализа экспериментальных данных;
- методы математической статистики: критерий Колмогорова-Смирнова, критерий t-Стьюдента, критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ по критерию rs-Спирмена.

Эмпирическая база исследования: базой исследования стало ГБУ Рязанской области "Областная клиническая больница" (эндокринологическое отделение). Главный врач – Карпунин Андрей Юрьевич, руководитель практики от организации – Кузин Михаил Николаевич, заведующий эндокринологическим отделением, врач высшей квалификационной категории.

Научная новизна исследования заключается в комплексном рассмотрении во взаимосвязи таких характеристик лиц с сахарным диабетом, как уровень субъективного контроля, активность, агрессивность, враждебность.

Теоретическая значимость исследования заключается в дополнении имеющихся исследований новыми данными об особенностях психопрофилактической работы с лицами с сахарным диабетом, что

составляет научный интерес для дальнейших исследований путей психопрофилактики лиц с сахарным диабетом.

Практическая значимость исследования заключается в предложенных рекомендациях по проведению психопрофилактических занятий с лицами с сахарным диабетом. Результаты диагностики, выводы, предложения и рекомендации, содержащиеся в работе, имеют практическую значимость для психологов. В частности, данные исследования могут послужить основой для разработки программы по улучшению психологического состояния лиц с сахарным диабетом.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивалось соблюдением нормативов теоретического и эмпирического исследования; содержательным и статистическим анализом полученных результатов.

Личное участие автора заключается в постановке цели и задач исследования, изучении научной литературы, обработке и интерпретации результатов, разработке рекомендаций по проведению психопрофилактической работы с лицами с сахарным диабетом.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Лица с сахарным диабетом обладают пониженной активностью и низким уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями, пониженный уровень внешнего проявления агрессивности при повышенной враждебности.

2. У лиц с сахарным диабетом существуют взаимосвязи между активностью, враждебностью, уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями.

3. Лица с сахарным диабетом имеют отличия от лиц без диагноза «сахарный диабет» в уровнях активности, субъективного контроля над жизненными ситуациями, агрессивности, враждебности.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, включающих параграфы, заключения, списка литературы, содержит 22 рисунка, 4 таблицы и 2 приложения.

Во введении представлена актуальность исследования, а также научный аппарат исследования.

В первой главе изложены теоретические взгляды разных авторов на психологические аспекты психопрофилактики лиц с сахарным диабетом.

Во второй главе представлено эмпирическое исследование психологических характеристик лиц с сахарным диабетом и контрольной группы, даны рекомендации по проведению психопрофилактического занятия для лиц с сахарным диабетом.

В заключении представлены основные выводы и рекомендации, сделанные в работе.

Список литературы включает в себя 50 источников, из них 5 источников на английском языке.

Глава 1 Теоретический обзор проблемы социально-психологических аспектов психопрофилактики лиц с сахарным диабетом

Психология здоровья в настоящее время становится все более востребованной отраслью психологии [44].

Многие проблемы человека, которые в последнее время все больше обостряются и становятся все более насущными, являются предметом исследования психологии здоровья. Психологические проблемы отношения к своему здоровью, здоровому образу жизни, а также влияние психологических моментов на протекание болезни, определение самих понятий здоровья и болезни, а также многие другие важнейшие аспекты находятся в ведении психологии здоровья [45].

Все указанные проблемы требуют рассмотрения при комплексном подходе к лечению лиц с сахарным диабетом.

Сахарный диабет на настоящий момент является хроническим неизлечимым заболеванием обмена веществ. Основным признаком считается увеличение количества глюкозы в крови, которое называется гипергликемия, и вызывается нарушением производства в организме инсулина или же нарушением действия инсулина. Возможны случаи, когда происходят оба нарушения.

Сахарный диабет относят к эндокринным заболеваниям, в основе которого лежит абсолютная или относительная инсулиновая недостаточность. При сахарном диабете нарушаются несколько видов обмена веществ: углеводный, жировой и другие. Сахарный диабет как первого, так и второго типа диагностируется на основании критериев уровня глюкозы в плазме крови. Диагностическим критерием сахарного диабета является уровень содержания гликированного гемоглобина в крови не менее 6,5 процента, к группе риска относят людей с уровнем гликированного гемоглобина в крови от 5,7 до 6,4 процента. Название «сахарный» произошло

от латинского слова и связано с состоянием гипергликемии, как основного симптома. Слово диабет происходит от греческого слова, которое в переводе означает «прохожу насквозь». Когда уровень сахара в крови превышает определенный предел у больного развивается глюкозурия (выделение сахара с мочой). У больного выделяется более трех литров мочи в день, что приводит к обезвоживанию. Больные чувствуют постоянную жажду и выпивают большой объем воды. В тяжелых случаях в организме начинает выделяться ацетон [14].

Хроническая гипергликемия у больных сахарным диабетом приводит к значительно более высоким рискам развития микро- и макрососудистых осложнений, связанных с диабетом. Раннее выявление диабета или состояния преддиабета посредством анализа крови увеличивает вероятность выявления лиц группы риска и обеспечивает адекватное лечение для снижения тяжести протекания диабета и его осложнений. Сахарный диабет, определяемый повышенными гликемическими маркерами, является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются наиболее частой причиной смерти среди взрослых с сахарным диабетом.

В настоящее время медицина выделяет одним из приоритетов в происхождении и течении сахарного диабета психогенные факторы, в научной литературе приводятся примеры возникновения сахарного диабета вслед за сильным стрессом. Экзамены, смерть близких и другие случаи могут быть сильнейшими стрессорами. Появление симптомов диабета может быть разным по времени от момента наличия стрессовой ситуации. От нескольких часов до нескольких лет, когда психические стрессы скапливаются и дают кумулятивный эффект. Как указывал Г. Селье, стресс может быть не только непосредственной причиной возникновения заболевания, но и являться запускающим фактором дестабилизации организма.

Тяжесть и распространенность данного заболевания, взаимосвязь его с психическими процессами определили необходимость широких исследований проблемы социально-психологических аспектов

психопрофилактики лиц с сахарным диабетом, чему уделяется большое внимание научного сообщества. Заболевание сахарный диабет несет в себе сложные связи соматических, психических и психосоциальных факторов, которые требуют подробного изучения. Сейчас уже доказано, что биологические, физиологические и психосоциальные факторы действуют как сложные части процессов жизнедеятельности организма, которые влияют на возникновение и протекание сахарного диабета.

Исследователи рассматривают гипотезу о положительной связи стресса и депрессии с риском развития сахарного диабета второго типа [48].

Учеными проводятся исследования о наличии астено-депрессивного, тревожного и астенического синдромов, подробно рассматривается внутренняя картина болезни лиц с сахарным диабетом, их социальная адаптация [36].

Исследуются тревожность, психоэмоциональный фон, стратегии совладания со стрессом, различные личностные особенности больных сахарным диабетом, агрессивность, невротизация, ригидность, наличие фрустрированных потребностей и другие.

Сахарный диабет считается психосоматическим заболеванием. Рассмотрим взгляды разных авторов на психосоматические заболевания. Ф.Г. Александер пишет: «В последнее время появляется все больше свидетельств тому, что большинство функций эндокринных желез подчиняется функциям высших мозговых центров, то есть, другими словами, психической жизни».

Ф.Г. Александер считается одним из основателей психосоматической медицины. Он разделял взгляды З. Фрейда на истерию и ее происхождение. С точки зрения Фрейда в результате хронического эмоционального напряжения могут возникать соматические симптомы как выражение эмоциональных конфликтов, подавляемых человеком. Такие соматические изменения наблюдались исследователями в мышцах, органах чувств, сенсорике. Ф.Г. Александер считал, что одно из важнейших открытий

Фрейд состоит именно в том, что, не выраженная эмоция путем обычной моторной произвольной активности (плач, смех, движения и другое) может стать причиной соматических нарушений. Однако, Ф.Г. Александер провел четкую линию, разделяя конверсионную истерию и вегетативный невроз внутренних органов. Он предложил идею специфичности для объяснения некоторых соматических заболеваний. Поражаемый внутренний орган выбирался в зависимости от типа неосознаваемого интрапсихического конфликта. И некоторые соматические болезни содержат в себе психическое содержание. Им был составлен список из семи заболеваний, относимых к психосоматическим: бронхиальная астма, ревматоидный артрит, гипертонию, язвенный колит, гипертиреоз, язву желудка и нейродермит.

Франц Габриэль Александер предполагал, что человек с соответствующим внутренним неосознаваемым конфликтом при попадании в стрессовую ситуацию, когда психических сил не хватает для защиты, может получить соматическое заболевание, также учитывая его конституциональные особенности [18, с. 66].

Рассмотрим взгляды А.Х. Митчерлиха на процесс зарождения и протекания психосоматического заболевания.

В случае, когда человек попадает в ситуацию фрустрации или стресса, сначала вступают в борьбу только психические силы, и он пробует справиться с конфликтом только психическими средствами. Например, он пробует договориться с конфликтующими сторонами, применяет различные копинг-стратегии, выработанные им, чтобы справляться со стрессом, включаются психологические защиты, так называемые зрелые, вытеснение и сублимация.

Если конфликт затягивается, ситуация не находит своего разрешения, психических сил становится недостаточно, у человека включаются невротические механизмы и появляются различные невротические симптомы (бессонница, страхи, навязчивости и другие).

Если ситуация не улучшается, человек не справляется с конфликтом психическими средствами, включается соматизация, сначала функциональные сбои в работе органов, которые затем могут перейти в структурные изменения [18, с. 69].

Рассмотрим вопрос целостного подхода к модели протекания болезни и лечения сахарного диабета в работе Ю.А. Александровского. Он говорит о совместной работе и взаимосвязи биологических и социально-психологических механизмов при возникновении психической или же соматической патологии. Выработка комплексного подхода к лечению пациента в целом, разработка индивидуальных планов лечения будет гораздо успешнее в терапии каждого конкретного больного [2, с. 144].

Некоторые авторы рассматривают сахарный диабет как психосоматическое заболевание с точки зрения пусковых механизмов [5].

Баськова Анна Игоревна говорит о диабете как о психосоматическом заболевании, исходя из устоявшихся воззрений, что пусковые механизмы и динамика протекания диабета тесно связаны с психологическими факторами. Невротизация, затяжной или сильный одномоментный стресс могут стать точкой начала сахарного диабета.

Нельзя не отметить сахарный диабет как социальное заболевание, которое развивается вслед за изменениями в социальной общественной жизни. Уменьшение физического труда, увеличение количества пищи и изменение ее состава в разрезе всего общества, изменения общественных ценностей и многие другие факторы действуют на распространенность сахарного диабета [36].

Комплексному подходу к лечению сахарного диабета соответствует биопсихосоциальная модель развития болезни, разработанная Джорджем Либманом Энгелем. В двадцатом веке биологическая трактовка причин заболеваний стала основной в медицинской практике. Полагалось, что все сложные явления человеческих заболеваний поддаются объяснению законами более простых биологических явлений. В 1997 г. Д.Л. Энгель

разработал биопсихосоциальную модель, кардинально меняющую взгляд на диагностику и лечение в медицине. Биомедицинский подход далеко не всегда приносил успех в понимании причин заболевания, назначении лечения и готовности пациента принимать предложенное лечение. Д.Л. Энгель предлагал учитывать несколько факторов: биологические, психологические и социальные. Недооценка медициной влияний психологического и социального характера, разделение психической жизни и телесной привели к недоступности для лечения ряда психосоматических заболеваний.

Д.Л. Энгель выступал за единство и иерархическую структуру факторов биопсихосоциального характера, индивидуальную в каждом случае, влияющих на здоровье человека в противовес биологизаторской теории, которая выстраивала линейные закономерности [42].

1.1 Мультифакторный анализ возникновения и развития заболевания (сахарный диабет) у взрослых

К настоящему времени считается одним из главных аспектов в происхождении и течении сахарного диабета психогенный фактор. Неоднократно подтверждалось исследованиями связь психологического аспекта и медицинских показателей на физиологическом уровне у лиц, болеющих сахарным диабетом. Сахарный диабет опасен осложнениями, к которым может приводить постоянный повышенный гликемический уровень крови. Осложнения сахарного диабета нарушают деятельность сердечно-сосудистой системы, зрения, мочевыводящей системы, способствуют возникновению ретинопатии. У больных сахарным диабетом может развиваться депрессия и деменция. В тяжелых случаях возможна инвалидизация [12].

Исследователи связывают с риском возникновения осложнений депрессию, которая приводит к снижению качества жизни, более частым развитием когнитивных нарушений, к менее оптимальному поведению по

уходу за собой и более высоким уровням гликемического индекса в крови, появляется более высокий риск микро- и макрососудистых осложнений, осложнений кардиосистемы, более высокий уровень смертности и увеличение затрат на здравоохранение. Тип личности «D» связывается исследователями с более высоким уровнем риска развития депрессии. Депрессия может приводить к развитию такого осложнения как ретинопатия [46].

Исследования психологического профиля декомпенсированных больных сахарным диабетом показали наличие депрессии у 69 процентов опрошенных. Также у этой группы больных наблюдался уход в болезнь и истерическое поведение, склонность к конверсионным защитам. Авторы исследования считают, что декомпенсированный диабет формирует ипохондрический, депрессивный и истерический тип личности [29].

Связь между тревожными и депрессивными симптомами и диабетом является двунаправленной. Депрессия и тревога ухудшают протекание диабета, но и пациенты с симптомами тревоги и депрессии имеют повышенный риск развития диабета второго типа. Некоторые исследователи предполагают, что диабет и депрессия имеют сходное происхождение и наличие одного состояния может увеличивать вероятность другого [47].

В научной литературе психологической и медицинской многие авторы едины в мнении о необходимости психологической помощи лицам с сахарным диабетом. Управление сахарным диабетом невозможно без обучения, без мотивации человека на здоровый образ жизни, осознанный контроль за своим состоянием в течении длительного времени.

Многие авторы рекомендуют консультации психолога или психотерапевта [15, с. 29].

Аналогичное мнение можно прочесть в статье «Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода», Майоров А. Ю. и соавторы считают, что для повышения эффективности

обучения нужно выявлять и учитывать психологические особенности пациентов. А также очень полезной могла бы быть психотерапия [32].

Обучение контролю сахарного диабета занимает большое место в структуре лечения.

Важнейшая роль в успешном управлении диабетом отводится обучению, не только самого больного, но и его семьи. Необходимость знаний, мотивации для изменения в корне своего образа жизни, увеличении физической активности, оптимальному питанию. Такое обучение невозможно качественно произвести без участия психолога. Важное место в терапии диабета отводится такому обучению в рамках рекомендаций в издании «Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями» [40, с. 117].

Здесь же указывается важность стабильного психологического состояния больных сахарным диабетом, что исключает декомпенсацию, возникающую в результате стресса или психологической травмы. Уровень сахара в крови может косвенно зависеть от психологического состояния пациента.

Устойчивое психологическое состояние, положительные социальные контакты оказывают влияние на управление сахарным диабетом. Хотя это влияние и не является прямолинейным.

Современная эндокринология подтверждает влияние нервного напряжения на протекание диабета.

Уменьшение психического напряжения, как одного из аспектов контроля сахарного диабета, указано в книге «Эндокринология. Национальное руководство». Эта мера необходима для профилактики осложнений сахарного диабета и является такой же важной как регулирование массы тела и отказ от вредных привычек.

Осложнения сахарного диабета возникают очень часто и бывают тяжелыми, вплоть до инвалидизации и смерти больного. Поэтому ответственность и грамотный контроль, психологическая готовность к

выполнению предписаний врача, регуляция эмоционального фона больных становятся важными задачами психопрофилактической работы с больными сахарным диабетом.

Дополнительным аргументом является то, что сахарный диабет считают заболеванием психосоматического характера. И психологические, и социальные аспекты приносят свой вклад в возникновение и протекание сахарного диабета. Роль психического стресса в возникновении и течении сахарного диабета подчеркивают многие авторы.

Подробно психосоматическая природа сахарного диабета раскрывается в книге «Сахарный диабет: психосоматические аспекты: руководство для врачей» [36].

Сидоров П.И. и соавторы в книге «Сахарный диабет: психосоматические аспекты: руководство для врачей» высказывают уверенность, что психосоциальные факторы однозначно принимают участие в возникновении и динамике сахарного диабета. Изучение этих факторов необходимо в современной медицине для успешного проведения терапии [36].

Сидоров П.И. и соавторы указывают, что у больных сахарным диабетом наблюдаются психопатологические симптомы и синдромы, например, часто у больных диабетом встречаются астено-депрессивный, тревожный и астенический синдромы. Внутренняя картина болезни также является важным аспектом успешной терапии. Для преодоления этих трудностей авторы предлагают психотерапию, направленную на изменение жизненных ценностей, формирование установки на здоровый образ жизни, рациональное и реалистичное отношение к себе и своему заболеванию [36].

Разработка комплексных программ ведения больных сахарным диабетом должна войти в постоянную практику. Помощь должна оказываться на всех уровнях: медицинском, социальном, психологическом. В таком случае эффективность управления сахарным диабетом каждого отдельного больного повысится.

Мнения исследователей разнятся по поводу влияния стрессов, психологических нарушений на дебют сахарного диабета первого типа (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.) [7, с. 83].

Изменение уровня глюкозы в крови при наличии нервного напряжения было отмечено и ими, по их мнению психологические факторы влияют непосредственно и косвенными путями на уровень глюкозы. Вегетативная нервная система передает нервное напряжение и происходят эндокринные изменения. С данным мнением согласен Александровский Ю.А., который связывает психические перегрузки и возникновение психосоматических заболеваний.

И хотя в литературе высказывается однозначное мнение о необходимости психопрофилактической работы с лицами с сахарным диабетом, все же в настоящее время такая помощь оказывается недостаточно. (Баськова А.И.)

При комплексном биопсихосоциальном подходе к лечению сахарного диабета необходимо ответить на вопросы о составе социально-психологических аспектов программы психопрофилактики, какие из них могут быть наиболее эффективны при работе с больными с сахарным диабетом.

В настоящее время нет единого взгляда на эти вопросы. В научной литературе авторы высказывают различные взгляды на характеристики, влияющие на протекание диабета.

Древаль А.В. говорит, что зачастую бывает, что человек соблюдает все рекомендации врача, правильно питается, но гликемический индекс нормализовать не получается. Далее приводится пример, что если человеку нанести моральный урон, поместить в стрессовую или фрустрирующую ситуацию, то происходит «мобилизация» организма для преодоления стрессовой ситуации. Печень начинает выработку глюкозы, как легкодоступного питания для организма. Тревожность может повышать выработку глюкозы [16].

Усманова Н.Р. связывает некоторые личностные особенности с плохим управлением сахарным диабетом. К ним она относит низкий уровень самоконтроля, повышенную чувствительность [39].

Аналогичного мнения придерживается Боярская Е.С., но уровень глюкозы в крови она соотносит с типом психологических защит, типом отношения к болезни, самооценкой, уровнем притязаний, тревожностью [6].

Гарганеева Н.П. и соавторы изучают связь контроля диабета и различных реакций на стресс: депрессивной, тревожной, аффективной.

Анализ показал статистически значимые связи между наличием сахарного диабета и различными расстройствами психики. Депрессия осложняет протекание диабета второго типа, как и аффективные расстройства [13].

Майоров А.Ю. и соавторы в статье «Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода» изучают зависимое поведение больных сахарным диабетом, а также пассивность в жизненных ситуациях. По их мнению компенсация сахарного диабета зависит от этих психологических факторов. Положительными аспектами для лиц с сахарным диабетом будет поиск новых жизненных целей, повышение самостоятельности, развитие уверенности в себе. Страх и иррациональное убеждение в невозможности справиться со своим состоянием диабета, управлять им провоцируют ухудшение протекания диабета [32].

Изучая работы разных авторов, можно сделать вывод, что в литературе присутствуют исследования различных характеристик лиц с сахарным диабетом, которые авторы связывают с динамикой диабета и контролем гликемии. Для разработки программы психопрофилактики важны такие аспекты как уровень тревожности, сфера семейных отношений, потребность во внимании и зависимости, уровень активности и пассивности, чувство страха, агрессивность. Для успешной психологической помощи лицам с сахарным диабетом психологи нуждаются в четко намеченной линии работы с учетом наиболее эффективных мишеней психопрофилактики.

1.2 Анализ социально-психологических характеристик больных сахарным диабетом

Исходя из представлений о важнейших познавательных психологических процессах и их роли в функционировании личности, а также согласуясь с мнением многочисленных авторов, указанных выше, были выбраны для исследования социально-психологические аспекты, относящиеся к следующим психологическим познавательным процессам:

- волевые;
- эмоциональные.

Эти процессы проявляют себя в таких особенностях личности как активность, пассивность, сила личности, самооценка, различные формы агрессии, локус контроля, отношение к окружающим и другим.

Рассмотрим активность и пассивность, как волевые аспекты и их роль в психосоматических заболеваниях, на примере сахарного диабета. Основным нарушением при котором является увеличение уровня глюкозы в крови.

Маслоу А.Х. считает, что соматические симптомы служат достижению некоторых психологических целей, которые невозможно достичь невротическими симптомами: «Ни один язвенник не стремился заработать язву, не нуждался в ней; его болезнь не несет ему прямой выгоды. (Я пока оставляю в стороне вопрос о вторичной выгоде.) А вот в чем он действительно нуждался, так это в том, чтобы скрыть от окружающих свою пассивность или подавить свою агрессию или соответствовать неким идеалам. Эти цели могут быть достигнуты только ценой соматического здоровья, но эта цена всегда неожиданна для человека, он не предвидит ее. Другими словами, психосоматические симптомы не приносят человеку той (первичной) выгоды, какую приносят невротические симптомы».

Некоторые неодобряемые человеком качества, например, пассивность или злость не могут быть проявлены открыто. Соматический симптом позволяет проявлять эти качества, являясь неким извинением пассивности или же подавления агрессии. Человек неосознанно позволяет себе проявлять

те качества, которые считает социально неодобряемыми. Однако цена разрешения конфликта неожиданно высока для человека, эта цена – его здоровье [25, с. 133].

Психология здоровья считает активность одной из важных составных частей психологического здоровья человека и его гармоничного развития [4].

Гармоничный, целостный, активный человек ощущает себя уравновешенным, благополучным, устойчивым в жизни. И важной составной частью уравновешенности является баланс противоположных внутриличностных векторов – активности и пассивности. Влияние на уравновешенность оказывают индивидуально-характерологические черты, особенности темперамента и состояние целостности, зрелости личности. Уравновешенный человек характеризуется относительным постоянством поведения, конструктивными стратегиями, адекватными внешним факторам. В психологии здоровья одним из признаков психического здоровья считается активность.

К аспекту активности можно отнести и целеустремленность и работоспособность [34, с. 18].

Исследуя гармонию личности, психология здоровья использует понятие активности. Внутреннее пространство человека (мысли, мечты, фантазии, желания, чувства и др.) и внешнее, социальное тесно переплетаются, они взаимосвязаны, многомерны. Никифоров Г.С. в книге «Психология здоровья» пишет: «Присущая человеку активность может быть разделена на два потока. Когда активность, направленная вовне, встречает какие-либо преграды, она не реализуется полностью. Неудовлетворенность результатами проявления внешней активности приводит к накоплению отрицательных оценок собственных достижений. Это постепенно снижает мотивацию к самореализации себя в делах, в социальном взаимодействии и влиянии.» [35, с. 67]

Если действия человека встречают препятствие, непреодолимые преграды возникает внутреннее напряжение. Человек неудовлетворен

результатами своих действий, его самооценка начинает падать. Снижается желание проявлять внешнюю активность из-за предполагаемой невозможности получить результат. Человек начинает сокращать внешнюю активность, избегать социальных связей, привыкать к мысли о невозможности влияния на окружающий мир. Мотивация к действию сокращается, человек отказывается от самореализации во внешнем мире. Неудовлетворенность человека от отсутствия самореализации переносит сферу действия из внешнего мира во внутренний. Гораздо большее значение начинает придаваться всем внутренним событиям, переживаниям, чувствам. Внутренний мир более автономен от внешнего и принадлежит человеку в большей мере и в большей мере подвластен его изменениям. В ситуациях дисгармонии при переходе активности во внутренний мир возможны проявления различных психологических защит, таких как изоляция, уход в фантазии, которые по системе обратной связи еще более отдаляют человека от внешней реальности, приводя к нарушению личной гармонии, устойчивости, успешной адаптации в мире [35].

Никифоров Г.С. указывает, что чрезмерное проявление внешней активности так же неблагоприятно для человека, как и недостаточность: «делает человека уязвимым для воздействий среды, неизбежно ослабляет адаптивные механизмы» [35, с. 88].

Активность человека интересовала исследователей уже давно. Например, А. Адлер в своей теории личности указывает, что характерной чертой человека является осознанная и свободная активность, в которую включается социальный интерес, стремление человека к общению, к построению отношений в социуме. Адлер считает, что социальный интерес является показателем зрелости личности и определяет психологическое здоровье личности. Эмпатия, стремление к позитивному общению, открытость – вот те характеристики, которые Адлер считает важными для здоровой личности. Осознанная активность означает, что человек сам планирует, прогнозирует и направляет свои действия, свое поведение и

отношения в социуме, что он способен осознать последствия своей активности и реализуемых социальных контактов [1].

Об активности с точки зрения теории деятельности можно говорить, когда человек активно включается в деятельность, стремится к действиям, инициативен в профессиональной сфере, общественной жизни, семейных отношениях. Однако активность также важна в сфере саморазвития, саморегуляции и овладении умениями регулировать свою деятельность. Сформированные в детстве такие черты как самостоятельность и активность способствуют высокой мотивации к деятельности во взрослом возрасте.

В основе активности лежит потребность в достижении успеха. Такая позитивная мотивация встречается у людей ответственных, инициативных, уверенных в своих силах, которые координируют свою деятельность в направлении на достижение успеха. Иная ситуация складывается при мотивации на избегание неудачи. Когда активная деятельность либо избегается, заменяясь пассивным ожиданием, либо направлена на избегание ситуаций неуспеха. При решении поставленной задачи или в ситуации выбора активные действия тесно связаны с установкой человека на успех, а пассивное поведение на избегание неудачи и тревожных ожиданий [9, с. 7].

Вопросами активности человека подробно занимался Волочков А.А. Он отмечает в научном мире поиски новых подходов к изучению этого понятия, разработку новых концепций и понятий. И в самих теориях разрастается количество новых элементов, аспектов, компонентов, форм активности человека. По мнению Волочкова А.А. это осложняет практическое использование понятия активности. Он задается вопросом, что же такое активность? С точки зрения философии «мы понимаем активность как всеобщий способ, форму и меру взаимодействия, обеспечивающую единство, развитие и взаимопереходы материального и идеального» [10].

С точки зрения философии активность есть единый характер взаимодействия на разных уровнях развития живого и неживого, особенно значимым является возможная интеграция и синтез соответствующих связей

между разными уровнями. Волочков А.А. определяет активность, являющуюся психологическим понятием, как способ, форма и мера взаимодействий социальной природы. Важным является универсальность этих понятий в каждом роде взаимодействий. Именно в процессе взаимодействий человек развивается, проявляет себя как их субъект, когда действия определяет его внутренняя детерминация, а не внешние вынуждающие причины. Основными функциями психологической сферы он называет:

- реализация взаимодействия различных систем, в том числе сферы психической и реальной действительности;
- реализация через связь единства мира и его развития;
- реализация интегративности субъекта, важнейшая роль в развитии индивидуальности;
- реализация роли одного из главных факторов развития психики, вместе с генетическими факторами и средовыми;
- реализация роли основного «канала» проявления субъекта и субъектности, как индивидуального, так и коллективного;
- реализация адаптации субъектов.

Психология здоровья, рассматривая разные свойства личности как факторы влияющие на здоровье, рассматривает агрессивность как часть психосоматического профиля. Агрессивность рассматривается как свойство личности, проявляемое человеком в социальном окружении. Некоторые черты присущи людям, склонным соматизировать свои переживания, «уходить в болезнь». В список таких черт характера входят следующие:

- чувство униженности собственного достоинства;
- излишнее себялюбие и фокусирование на собственных интересах;
- уход сферы интересов в одном направлении;
- фанатизм;
- чрезмерно высокий уровень притязаний;
- несоответствие уровня притязаний и реальных возможностей;

- агрессивность;
- гиперкомпенсация низкой самооценки;
- чрезмерная аффектация деятельности.

Исследования в области психологии здоровья привели к пониманию насколько важную роль играют психологические и социальные аспекты в динамике состояния здоровья человека [43].

Различные проявления агрессивности от открытых действий до пассивной, скрытой агрессии, вербальных проявлений, эмоциональных реакций злости, гнева, раздражительности, жесткости, враждебности к людям не раз становились предметом исследований применительно к здоровью человека.

И многие авторы утверждают, что наряду с такими чертами, как повышенная ответственность, болезненная реакция на оценку окружающих, бескомпромиссность, стремлением подавить свои эмоции, самообвинением во всем происходящем, затруднения в приспособлении к меняющимся условиям, заниженной самооценкой, болезненностью в отношении переживания своих неудач или негативного отношения со стороны окружающих наличие чрезмерной агрессивности в различных ее проявлениях, и в том числе подавляемой, и неумением высказать свои претензии в асертивной форме, повышает вероятность болезней.

Противоположностью агрессивности как способу получить удовлетворение потребностей в межличностном общении является уверенность и взаимоуважение, конструктивное выражение своих мыслей и чувств без ущемления достоинства партнеров по общению и создания психологического дискомфорта. Уверенный человек адекватно реагирует на критику или замечания, готов выслушать собеседника, учитывать интересы обеих сторон, при этом у него нет эмоциональной реакции на малейшие замечания и восприятия ситуации как обидной для себя, поэтому реакция агрессии не возникает. И наоборот, неуверенный человек будет проявлять себя как деспот, агрессор, отдавая приказы и выражая свои желания

авторитарным тоном, обвинять и оскорблять. Либо при усилении неуверенности применять тактику пассивно-агрессивного поведения, манипуляций, косвенных оскорблений, насмешек или умалчивания информации, отказа от общения, вызывания чувства вины в партнере по общению.

Пассивно агрессивное поведение может выражаться следующими способами:

- человек не выражает свои мысли прямо и искренне, делает намеки и косвенные замечания;
- избегает делать выбор, чтобы не принимать на себя ответственность за него,
- жертвует своими интересами в ходе решения какой-либо задачи;
- испытывает опасения задеть чужие интересы из-за чувства враждебности окружающего мира;
- манипулирование, косвенное управление мыслями окружающих и подчинения их;
- косвенными способами вызвать отрицательные чувства у партнера по общению с целью наказать его;
- молчание, полная пассивность в отношении своих желаний и потребностей с целью обвинить окружающих в невнимательности к нему.

Подобное поведение приводит к затруднениям в межличностном общении, нехватке любви, тепла и симпатии в отношениях. Что может негативно сказаться на здоровье.

И наоборот, человек устойчивый психологически, с адекватной самооценкой, уверенный в себе выстраивает позитивные взаимоотношения, удовлетворяя свою потребность в любви, внимании, заботе, получая достаточное количество положительных эмоций. Это способствует личному состоянию комфорта психологического и соответственно позитивно влияет на физическое здоровье.

В классических трудах по психологии подробно исследуются агрессивные импульсы человека, их проявления, причины и результаты. Например, Маслоу А.Х. говорит что гнев, ненависть, злость и другие агрессивные проявления присущи любому человеку, они могут проявляться явно, а могут приобретать скрытые формы. Он утверждает, что в процессе психотерапии, когда человек обсуждает эти чувства и свои агрессивные желания, они становятся менее интенсивными, менее невротическими, но более реалистическими. Маслоу А.Х. говорит о психотерапии как о личностном росте и стремлении к здоровью, как о процессе, который приводит к самоактуализации личности.

И приводит далее свойства самоактуализирующихся личностей. И первым свойством стоит именно реализация агрессивности. Маслоу А.Х. говорит, что такие люди гораздо реже испытывают злость и ненависть, изменяя качественно их содержание, нездоровые агрессивные тенденции преобразуются в справедливое негодование, в умение отстаивать свои права. Также самоактуализирующиеся люди не боятся своих агрессивных чувств, не подавляют их, не маскируют под другие чувства и манипуляции, они принимают свой гнев и разрешают искренне гневаться. Уже Маслоу А.Х. в своих трудах обращает внимание на связь агрессивности живых существ и эндокринологической системы. Он пишет, что «половые гормоны, а также гормоны, вырабатываемые надпочечной железой и гипофизом, определяют такие характеристики особи, как агрессивность, пассивность, доминантность». Однако эндокринная система человека настолько сложна, взаимосвязана, все железы влияют друг на друга, поэтому трактовка причинно-следственной связи затруднена. Однако Маслоу А.Х. настаивает, что в вопросе агрессивности эндокринная система играет важнейшую роль [25, с. 120].

Это утверждение Маслоу А.Х. мы учитываем в процессе исследования психологических характеристик лиц больных сахарным диабетом, так как болезнь поражает эндокринную систему.

Действительно, важную роль в самочувствии человека играют подавленные эмоции, особенно те, которые таятся в душе долгое время, продолжая вынуждать организм продуцировать соответствующие им гормоны.

Выготский Л.С. пишет о подавлении гнева следующее. Человек как существо сознательное может изменить свои инстинктивные действия в ответ на эмоцию. Например, испытывая страх, инстинктивно человек может стремиться к бегству, а сознательно заставить себя сражаться. Волевым усилием человек изменяет свои инстинктивные действия. Человек может испытывать гнев, но остановить нападение, однако органическое состояние остается прежним. Воля человека останавливает только действие [11, с. 15].

Гюнтер Амон рассматривает три вида агрессии:

- конструктивная,
- деструктивная,
- дефицитарная.

К конструктивной он относит проявление агрессии в социально приемлемой форме, которое характеризуется открытым, прямым способом проявления, дает социально позитивный результат. К деструктивной агрессии он относит также прямое и открытое проявление агрессии, но результат которой либо социально неприемлем, либо форма проявления социально неодобряема. И последний вид – дефицитарная агрессия представляет собой неотрагированную в достаточной мере агрессию вследствие нехватки навыков поведения. Дефицитарная форма агрессии характерна для психосоматических пациентов. Неотрагированные агрессивные импульсы могут хронически накапливаться, эмоции злости, ненависти, гнева, раздражения становятся постоянными, привычными, что может приводить к спазмированию сосудов, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, стенокардии, а также падению иммунитета, что в дальнейшем приводит к проявлению различных заболеваний. Состояние подавленной агрессивности может человеком не осознаваться,

став привычной частью его существования. Внешним симптомом может быть повышенное артериальное давление или другие изменения физиологического состояния. Психолог с помощью профессионального инструментария может распознать амбивалентность в отношении агрессии, с одной стороны наличие агрессивных импульсов, их силу и напряженность, а с другой стороны не одобрение проявления агрессии. Во многих исследованиях установлено наличие подобного противоречия как неспецифического фактора многих психосоматических заболеваний. Действительно, при наличии противоположно направленных векторов значимых личностных тенденций и соответствующих им реакций организма, в основании которых лежат противоположные физиологические процессы (напряжение и расслабление) организм вынужден искать пути примирения этих тенденций и реализации всех необходимых реакций, что находит отражение в разнообразных психосоматических патологиях [3].

Амбивалентное отношение личности к психологическим проявлениям может выражаться следующим образом. Если какое-либо свойство, поведение, чувство:

- одновременно одобряется и не одобряется;
- одновременно признается и отрицается;
- скрывается и проявляется в поведении.

Следующие личностные черты характерны для психосоматических больных: эгоцентризм, склонность к зависимости, инфантильное поведение, эмоциональная незрелость, скрытая или явная агрессивность, алекситимия, отсутствие свободного проявления эмоций

Большую роль в приобретении склонности к психосоматическим заболеваниям играет семья и межличностные отношения. Последние исследования показывают как важно поведение матери в снижении вероятности психосоматических заболеваний у ребенка в будущем. Если мать строит слишком сильную симбиотическую связь с ребенком и не дает ему разорвать эту связь, проявляет себя авторитарно, скрыто враждебно, не

одобряет независимость ребенка и стремления к самостоятельности, прогноз для ребенка в будущем по психосоматическим заболеваниям неблагоприятный [37, с. 144].

Мы в своей работе будем использовать термин агрессия в смысле как поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), причиняющее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние психической напряженности, страха, подавленности) [27].

Ананьев В.А. в книге «Психология здоровья» говорит, что тревожность согласно психоаналитическому учению является главным препятствием на пути развития личности.

Тревожность определяют как «склонность индивида к быстрому возникновению у него состояния тревоги по поводу реальных или воображаемых опасностей» [19, с. 110]. Обычно тревожность разделяют на два вида – ситуационную, возникающую как реакция на внешние обстоятельства, и личностную, проявляющуюся как черта характера человека. Повышенная тревожность среди расстройств эмоциональной сферы встречается очень часто. Под тревогой понимают чувство беспокойства, боязни неких неясных угроз, внутреннего психологического напряжения, нарушенный душевный покой. Она не направлена на какой-то конкретный предмет или ситуацию, а рассматривает опасным некое будущее событие или объект, который может быть опасен в будущем.

Задача тревоги предупредить надвигающуюся опасность, избежать ее и таким образом сохранить организм. В определенных обстоятельствах и возрастных рамках тревога является необходимой. Поэтому нельзя называть ее только отрицательной эмоцией. Тревога помогает человеку в неблагоприятной ситуации задействовать свои физические и психические возможности, чтобы успешно справиться с трудностями. Тревога становится мешающей в случае ее излишней интенсивности, частому проявлению или

тревожному реагированию даже на безопасные стимулы. В таком случае тревога мешает деятельности человека. В состоянии тревоги человек инстинктивно прибегает к действиям, способствующим увеличению контроля и снятию неприятного тревожного состояния. Такими действиями может быть реакция агрессии, избегания, удаления объекта тревоги или ритуалы. Если тревога у человека чрезмерна, он все чаще неосознанно начинает прибегать к подобным способам снятия напряжения, выражая агрессию на объект, на который она может быть направлена безопасно, избегая каких-либо социальных ситуаций или все чаще выполняя ритуальные действия. В результате этого может нарушаться социальная и трудовая жизнь человека, нарастать внутренний психологический дискомфорт. В затяжных случаях может начать проявляться соматическое реагирование на состояние постоянной тревоги [19, с. 103].

Кочюнас Р. в книге «Основы психологического консультирования» говорит, что тревожность проявляется как в нормальной психодинамике, так и в случае возникновения различных симптомов. Он также указывает на важность тревожности как сигнализатора об опасности и угрозе для организма подобно боли. Кочюнас Р. согласен с Фрейдом З., который считал, что тревожность предупреждает Эго о наличии внутреннего конфликта между неприемлемыми желаниями Ид и СуперЭго, силы которого пытаются подавить неприемлемые импульсы. По мнению Фрейда З. именно тревожность задействует психологические защиты. Тревожность имеет внутриспсихические причины, и внешние объекты вызывают ее только в том случае, если они резонируют с внутренними конфликтами. В отличие от страха она направлена на воображаемую угрозу и имеет большую протяженность во времени.

В состоянии тревоги происходит большое количество физиологических изменений в организме. Реагирует сердечно-сосудистая система, изменения происходят в пищеварительной системе, мышечная система активизируется, эндокринная система увеличивает выработку адреналина и других гормонов.

Деятельность организма направляется на преодоление опасности, поэтому продолжительная тревожность вызывает психосоматические реакции [17, с. 143].

Исследования подтверждают наличие высокого уровня тревожности у лиц с сахарным диабетом. Например, Валиева Д.А. при исследовании лиц с сахарным диабетом по методике Тейлора выявила следующие особенности. Повышенная тревожность очень часто проявляется у людей с сахарным диабетом. Очень высокий уровень обнаруживают больные сахарным диабетом второго типа, среди больных сахарным диабетом первого типа очень высоких значений не выявлено. В среднем по группе мужчин с сахарным диабетом первого типа тревога соответствует высокому уровню. Тревожность находит свое выражение в страхах непонимания окружения, одиночества, потери здоровья, страхе смерти, отчуждения близких [8].

1.3 Социально-психологические характеристики больных сахарным диабетом в исследованиях российских и зарубежных исследователей

Рассмотрим психоэмоциональные особенности и личностные черты больных сахарным диабетом. Многие авторы подчеркивают важность личности в исходе диабета. Как психологические переменные, так и факторы личности выступают в качестве точки потенциальной уязвимости для неблагоприятных последствий здоровья лиц с сахарным диабетом.

Данной теме посвящено большое количество исследований. Исследователями наблюдается неустойчивость эмоционального состояния, пониженный фон настроения, сниженные волевые реакции, раздражительность, заикливание на психотравмирующих воспоминаниях, фиксация на состоянии здоровья. В некоторых случаях проявляется полное безразличие к себе, к ухудшению здоровья. Валиева Д.А. в статье «Психоэмоциональные особенности при сахарном диабете» говорит о

наличии выраженной тревожной реакции, а также о подтверждении данных неблагоприятного психологического состояния, эмоционального напряжения, которое может проявляться симптомами депрессивного, астенического или ипохондрического характера.

Валиева Д.А. указывает на наличие общих личностных черт у больных сахарным диабетом, таких как затруднение проявления агрессивных тенденций, по причине полного контроля поведения, желания избежать конфликтов в социуме, путем подавления своих агрессивных тенденций из-за страха перед оппонентом. Изменения личности более ярко проявляются при диабете второго типа [8].

В некоторых исследованиях личность типа «D» была статистически значимо связана с диабетом 2 типа, как и два его составляющих компонента – «социальное торможение» и «негативная аффективность». Йохан Денолле, профессор медицинской психологии Тилбургского университета, дополнил классификацию типов личности, разработанную Мейером Фридманом и Реем Розенманом, типом личности «D». Личности типа «D» сочетают в себе склонность испытывать отрицательные эмоции в течении продолжительного времени и так называемого социального торможения, которое выражается в тенденции подавлять самовыражение. Также тип «D» характеризуется тенденцией подавлять выражение эмоций в социальных контактах, чтобы избежать неодобрения.

Исследователи связывают тип личности «D» с плохим состоянием здоровья при диабете, заболеваемостью сопутствующими заболеваниями и повышенным риском смертности от сердечно – сосудистых заболеваний.

Одним из потенциальных механизмов, с помощью которого тип «D» может оказывать негативное влияние на здоровье, является неоптимальное поведение по уходу за собой и контролю диабета.

Исследования показывают пониженные уровни таких черт личности как «экстраверсия», «покладистость», «сознательность» и «эмоциональная стабильность». Одним из важных моментов при диабете являются волевые

качества, необходимые для ведения здорового образа жизни, соблюдения диеты, регулярного контроля уровня глюкозы в крови. Самоэффективность определяется как вера в свои способности организовывать и выполнять действия, необходимые для достижения цели. Высокий уровень самоэффективности приводит к улучшению самоконтроля при диабете, включая контроль пищевых привычек, физических упражнений, определение уровня глюкозы в крови и соблюдение режима приема лекарств. Низкая самоэффективность была связана в исследованиях с усилением депрессивных симптомов и плохим гликемическим контролем. Самоэффективность влияет на гликемический контроль и протекание диабета [50].

Многие исследователи отмечают, что лица с диабетом имеют более высокий уровень депрессивных и тревожных симптомов по сравнению со здоровыми людьми. Социальная заторможенность и негативные эмоции, личность типа «D» также более распространены при диабете. Они менее экстравертны, менее сознательны, менее приятны в общении и менее эмоционально стабильны. Это объясняется тем, что люди с диабетом испытывают большую стрессовую нагрузку в связи со своей болезнью и имеют другие личностные черты. Необходимо расширять исследования по пониманию биологических, психологических и социальных механизмов, которые связывают психологический стресс с началом заболевания, протеканием и осложнениями при диабете.

Депрессия часто сопутствующее заболевание у людей с диабетом. Исследования показывают, что она встречается почти в два раза чаще, чем у людей без диабета. Депрессивные симптомы при диабете очень стойкие или повторяющиеся, лечение затруднено. В литературе указывается, что недостаточно исследованы риски, связанные с другими формами дистресса при диабете, например, с тревогой. Беспокойство часто сочетается с депрессивными симптомами. Тревожные симптомы, как и депрессия, при диабете также часто повторяющиеся и затяжные, что приводит к снижению качества жизни, ухудшению самоконтроля, снижению физической

активности и как следствие плохим контролем гликемии и возникновением осложнений. Помимо психологических переменных, черты личности выступают как факторы возможной уязвимости для неблагоприятных последствий для здоровья [49].

Леонтьев А.Н. говорит: «Психология человека имеет дело с деятельностью конкретных индивидов, протекающей или в условиях открытой коллективности – среди окружающих людей, совместно с ними и во взаимодействии с ними, или с глазу на глаз с окружающим предметным миром – перед гончарным кругом или за письменным столом. В каких бы, однако, условиях и формах ни протекала деятельность человека, какую бы структуру она ни приобрела, ее нельзя рассматривать как изъятую из общественных отношений, из жизни общества. При всем своем своеобразии деятельность человеческого индивида представляет собой систему, включенную в систему отношений общества. Вне этих отношений человеческая деятельность вообще не существует» [21]. Поэтому важно рассмотреть социальные характеристики личности лиц с сахарным диабетом.

Усманова Н.Р. большое внимание уделяет социальной адаптации, сложностям в общении и чрезмерному желанию внимания больных с сахарным диабетом. Усманова Н.Р. обращает внимание на следующие характеристики: повышенный уровень тревожности, затруднения в социальной сфере, повышенную потребность во внимании, психологическую напряженность, сенситивность к внешним оценкам, пониженный самоконтроль

Усманова Н.Р. выделяет затруднения в межличностном общении, тревожность, потребность во внимании, повышение нервно-психической напряженности, повышенную чувствительность, низкий самоконтроль. Она указывает, что психоэмоциональный статус детей и подростков, больных сахарным диабетом первого типа, характеризуется затруднениями в установлении межличностных контактов, тревожностью, потребностью во внимании и помощи со стороны других людей не только в отношении

заболевания, снижением умственной работоспособности, повышением непродуктивной нервно-психической напряженности [39].

Сидоров П.И. и соавторы указывают, что течением времени особенно при наличии декомпенсации диабета прогрессируют нарушения в социальной адаптации, возникают затруднения в межличностной сфере. Все это снижает качество жизни и ухудшает состояние здоровья лиц с сахарным диабетом [36].

В книге «Сахарный диабет: психосоматические аспекты: руководство для врачей» выделяются сферы, которые особенно страдают при диабете. Это психологическое состояние, профессиональная деятельность, семейная жизнь и социальная адаптация. Особенно положение ухудшается у больных с тяжелым протеканием диабета [36].

Древаль А.В. в своем учебнике диабетика подробно описывает влияние хронического стресса, страха, тревоги и неудовлетворенности межличностными отношениями [16].

Е.С. Боярская считает важными следующие характеристики: гармоничное или дисгармоничное отношение к болезни, тип психологической защиты, оценка собственного благополучия, уровень самооценки, уровень притязаний, наличие тревожности.

В своем исследовании она, изучая подростков с сахарным диабетом 1 типа, делает вывод, что между уровнем глюкозы в крови и вышеперечисленными факторами существует зависимость.

Измеряя среднесуточные показатели глюкозы в крови, исследователь получила связи между фактором негармоничного отношения к болезни и значением гликемического показателя и установила, что на результат влияние оказывает также повышенная тревожность. Уровень притязаний находится в обратной связи с частотой самоконтроля глюкозы в крови: при завышенном уровне притязаний больной меньше обращает внимание на необходимость регулярного контроля.

Е.С. Боярская отмечает, что при длительном протекании заболевания увеличивается дезадаптивное отношение к своему заболеванию, которое превращается в паранояльное, неврастеническое, дисфорическое.

Автор предлагает подходить к разработке реабилитационных психопрофилактических программ для больных сахарным диабетом с учетом рассмотренных факторов, проводя психодиагностику по разработанному алгоритму, начиная с типа отношения к болезни, механизмов психологической защиты и заканчивая проверкой уровней притязаний, психологического благополучия, самооценки [6].

Трифонова Е.А. считает важным изучить уровень невротизации, уровень тревожности, фрустрированность, агрессивность и ригидность, стратегии совладания со стрессом.

Лица с диабетом первого типа проявляют более умеренные изменения личности и нарушения психологического статуса. Тревожность, невротизация, фрустрация потребностей, агрессивность и ригидность в ее исследовании находятся на средних уровнях. Если же больные проявляют значительную эмоциональную лабильность, то ситуация ухудшается и значительны проявления депрессивной, астенической и тревожной симптоматики.

Стратегия совладания со стрессом больных сахарным диабетом первого типа направлена на решение проблемы, поиск возможной помощи в своем окружении. Если же человек замкнут на своем заболевании, то его стратегии совладания отличаются гораздо меньшей гибкостью, рациональностью и наличием саморегуляции [38].

Е.А. Трифонова, изучая больных диабетом 1 типа, сосредотачивает внимание на таких аспектах, как копинг-стратегии совладания со стрессом, агрессивность, невротизация, ригидность, наличие фрустрированных потребностей.

Больные сахарным диабетом 1 типа при повышенном уровне психоэмоционального напряжения показывают значительные проблемные

сдвиги в эмоционально-волевой сфере, у них проявляется депрессивная, тревожная, астеническая симптоматика.

В качестве копинг-стратегий совладания со стрессом для таких больных характерны поиск помощи и поддержки в окружении, стратегии носят проблемную ориентацию и являются попытками адаптации к ситуации. Развито планирование решения проблемы при ригидности поведенческих форм реагирования на стресс, их малой гибкостью и вариативностью.

Е.А. Трифонова отмечает, что стиль алгоритмов совладания со стрессом связан не с тяжестью протекания сахарного диабета, а с отношением к своему состоянию. При гиперглюкозии преобладает реакция избегания, копинг-стратегии отличаются еще большей ригидностью, анализ ситуаций и планирование как рациональные действия в сложной ситуации используются редко. Регуляция собственных эмоций понижена.

Для пациентов с малой чувствительностью к гипогликемии характерной стратегией является поиск помощи у социального окружения [38].

Группа авторов (Гарганеева Н.П., Семке В.Я., Белокрылова М.Ф.) высказывается о наличии связи развития сахарного диабета с разным типом реакций на стресс – депрессивной реакцией, тревожной реакцией, аффективными расстройствами. Неблагоприятная ситуация у лиц, больных диабетом второго типа проявляется в связи с невротическими расстройствами, расстройствами эмоционально-волевой сферы, депрессивными реакциями, депрессивно-тревожными состояниями, а также при затяжном стрессе. Наличие психического расстройства, особенно депрессивного характера, приводит к ухудшению протекания сахарного диабета второго типа [13].

Исходя из теоретического обзора научной литературы можно сделать выводы. Проблема сахарного диабета носит масштабный мировой характер. Число заболевших неуклонно возрастает. Сахарный диабет является хроническим заболеванием с высоким риском осложнений, в том числе сердечно-сосудистых, а также вероятностью ранней инвалидизации и высоким риском смертности.

Тяжесть и распространенность данного заболевания, взаимосвязь его с психическими процессами определили необходимость широких исследований проблемы социально-психологических аспектов психопрофилактики лиц с сахарным диабетом, чему уделяется большое внимание научного сообщества.

Изучая работы разных авторов, можно сделать вывод, что в литературе присутствуют исследования различных характеристик лиц с сахарным диабетом, которые авторы связывают с динамикой диабета и контролем гликемии. Для разработки программы психопрофилактики важны такие аспекты как уровень тревожности, сфера семейных отношений, потребность во внимании и зависимости, уровень активности и пассивности, чувство страха, различные формы проявления агрессивности. Для успешной помощи людям, болеющим сахарным диабетом, психологи нуждаются в четко намеченной стратегии с учетом наиболее эффективных мишеней психопрофилактической работы.

Разработка комплексных программ ведения больных сахарным диабетом должна войти в постоянную практику. Помощь должна оказываться на всех уровнях: медицинском, социальном, психологическом. В таком случае эффективность управления сахарным диабетом каждого отдельного больного повысится.

Психопрофилактическая работа с больными сахарным диабетом способствует улучшению динамики протекания основного заболевания, социальной адаптации человека, активного включения в общественную жизнь и трудовую деятельность, улучшению семейных отношений, что в

комплексе положительно отражается на состоянии здоровья человека и его восприятию собственного благополучия, эффективности проводимого медицинского лекарственного лечения.

При планировании психопрофилактических мероприятий с лицами, болеющими сахарным диабетом необходимо дифференцированно подходить к постановке задач и выборе способов проведения для каждого случая, учитывая не только медицинские аспекты заболевания, но и тяжесть протекания, а также влияние социального фактора и психологические особенности личности.

Рекомендуется учитывать факторы влияния социального окружения, личностные особенности, такие как характер и направленность личности, особенности межличностного взаимодействия, ситуационные реакции личности, а также взаимодействие этих факторов. Важнейшей частью подготовки психопрофилактических программ является изучение указанных факторов. Сформированные психологические образования, черты характера и социальные взаимоотношения человека, а также их взаимодействие являются основой для научного подхода и эффективного проведения всех видов психопрофилактики.

Глава 2 Эмпирическое исследование социально-психологических характеристик лиц с сахарным диабетом

2.1 Организация, обоснование методов и проведение эмпирического исследования

Базой исследования стало ГБУ Рязанской области "Областная клиническая больница" (далее ОКБ) (эндокринологическое отделение). Главный врач – Карпунин Андрей Юрьевич, руководитель практики от организации – Кузин Михаил Николаевич, заведующий эндокринологическим отделением, врач высшей квалификационной категории. Для проведения исследования заключен договор между федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Тольяттинский государственный университет» Министерства образования Российской Федерации и ГБУ РО «Областная клиническая больница» о совместной работе № 1219 от 21.11.2019 г.

Исследование одобрено Комитетом по биоэтике при Самарском государственном медицинском университете (Выписка из протокола № 204 от 11.12.2019 г. заседания Комитета по биоэтике при Самарском государственном медицинском университете). Все респонденты подписали информированное согласие на участие в исследовании и публикацию результатов в научных целях.

Эндокринологическое отделение ОКБ является лечебно-диагностическим, организационно-методическим центром оказания специализированной эндокринологической помощи больным г. Рязани и Рязанской области. Важнейшей целью деятельности эндокринологического отделения является помощь людям, больным сахарным диабетом. Медицинская помощь оказывается на высоком профессиональном уровне. На базе отделения в рамках выполнения территориальной целевой программы «Сахарный диабет» с 1998 года функционирует Областной

Диабетологический Центр, где свыше 800 больных сахарным диабетом города и области ежегодно получают лечение.

Ход проведения исследования: исследование проводилось в три этапа. На первом этапе изучались теоретические взгляды разных авторов на психологические аспекты психопрофилактики лиц с сахарным диабетом. На втором этапе проводилась диагностика социальных и психологических особенностей у группы больных сахарным диабетом и контрольной группы. На третьем этапе производился анализ и интерпретация результатов исследования, разработка рекомендаций по проведению психопрофилактики лиц с сахарным диабетом.

Набор групп: с целью получения репрезентативной выборки опрошено 56 лиц с одним и тем же заболеванием – сахарный диабет, в возрасте от 40 лет до 75 лет, находящиеся на стационарном лечении, областном приеме в ГБУ Рязанской области "Областная клиническая больница". Для получения контрольной группы опрошено 52 человека без диагноза сахарный диабет в том же возрастном диапазоне от 40 до 75 лет.

На втором этапе проводилась диагностика социальных и психологических особенностей у группы больных сахарным диабетом и контрольной группы с помощью следующих методов.

1. Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд) [41].

2. Методика «Личностный Дифференциал», вариант, адаптированный в НИИ им. В.М. Бехтерева [41].

3. Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (адаптация А.К. Осницкого) [33].

Выбор методов эмпирического исследования согласуется с рекомендациями методологии психологической диагностики соматических больных, которые указывают на необходимость исследовать многомерные факторы, влияющие на протекание болезни, учитывать концепции психической адаптации человека и системы значимых отношений личности.

Психологические мишени для психотерапии соматических больных должны также использовать значимые отношения личности, учитывая мыслительные процессы, эмоциональные и поведенческие [26].

На третьем этапе разрабатывались рекомендации для проведения психопрофилактики лиц с сахарным диабетом.

Для проверки гипотезы о низком уровне контроля над жизненными обстоятельствами выбрана методика «Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности» (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд). Авторы методики сообщают, что данная экспериментально-психологическая методика может быть эффективно использована для оценки сформированного у испытуемого уровня субъективного контроля над ситуациями (УСК) в различных жизненных сферах. Методика разработана в НИИ им. Бехтерева. Авторы сообщают о том, что методика проверена на надежность и показывает по надежности достаточно высокие показатели. Рекомендуется использование методики в клинической психодиагностике.

Для проверки гипотезы о пониженной активности, слабых волевых качествах, таких как недостаточный самоконтроль, недостаточная способность проводить в жизнь принятые решения, зависимость от внешних обстоятельств и оценок выбрана Методика «Личностный Дифференциал», вариант, адаптированный в НИИ им. В.М. Бехтерева. Достоинством опросника является его достаточно небольшой размер. Опросник проверен на валидность и позволяет эффективно изучать некоторые свойства личности, ее самосознания, межличностных отношений. Авторы рекомендуют применять методику в клинко-психологической и психодиагностической работе, а также в социально-психологической практике.

Для проверки гипотезы об уровнях агрессивности и враждебности выбрана методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (адаптация А.К. Осницкого). Методика является инструментом, предназначенным для диагностики агрессивных и враждебных реакций в основном в сфере межличностного взаимодействия.

Произведен статистический анализ полученных данных с помощью программы SPSS.

Для проверки данных на нормальность распределения был использован метод Колмогорова-Смирнова. Для исследования взаимосвязи между полученными данными использовался коэффициент корреляции rs-Спирмена, который позволяет выявить в количественном измерении взаимосвязь между переменными, измеренными на одной выборке в метрической шкале. Коэффициент rs-Спирмена позволяет измерить силу связи, направление связи и надежность выявленной связи.

Для выявления разницы между контрольной группой и группой лиц с сахарным диабетом использовался метод t-коэффициента Стьюдента для независимых выборок, который предназначен для сравнений средних значений двух независимых выборок в случае, если они соответствуют нормальному распределению. Также для выявления разницы между контрольной группой и группой лиц с сахарным диабетом использовался критерий Манна-Уитни, который представляет собой непараметрический критерий, позволяющий сравнить две независимые выборки с различными дисперсиями.

Далее произведен количественный и качественный анализ результатов, полученных с использованием методов математической статистики для обработки данных.

Рассмотрим психологический смысл каждой шкалы в примененных в исследовании методиках.

Методика диагностики парциальных позиций интернальности-экстернальности личности (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд) использует утверждение, что существуют индивидуальные различия, как и где личность субъективно размещает контроль над жизненными ситуациями. Авторы методики предлагают выяснить два противоположных типа локализации контроля: экстернальный и интернальный. В случае экстернального локуса контроля человек полагает, что внешние силы

являются источником и причиной происходящих событий – судьба, случайность, другие люди. Интернальный локус контроля – это восприятие себя как фактора, влияющего на события своей жизни.

Методика использует несколько шкал, показатели по которым разделяются на два уровня – низкий и высокий.

Шкала «Общая интернальность».

Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Они достаточно уверены, доброжелательны, обладают позитивным отношением к окружающим.

Низкий показатель по шкале «Общая интернальность» соответствует низкому уровню субъективного контроля. Люди, обладающие низким уровнем общей интернальности, ощущают себя субъектом чьих-то действий, не считая, что они влияют на происходящие события. У них может наблюдаться повышенный уровень тревожности или агрессивности, проявления конформности. Окружающим менее приятно с ними общаться.

Шкала «Интернальность в области достижений».

Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и, что они способны с успехом достигать поставленных целей и решать свои задачи.

Низкие показатели по шкале свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

Шкала «Интернальность в области неудач».

Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в тенденции соотносить с собственной деятельностью и поступками произошедшие неудачи.

Низкие показатели свидетельствуют о том, что испытуемый склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения.

Шкала «Интернальность в семейных отношениях».

Высокие показатели по шкале «Интернальность в семейных отношениях» означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни.

Низкий уровень указывает на то, что субъект считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье.

Шкала «Интернальность в области производственных отношений».

Высокий уровень свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении по служебной лестнице.

Низкий уровень указывает на то, что испытуемый обычно приписывает более важное значение внешним обстоятельствам – руководству, товарищам по работе, везению – невезению.

Шкала «Интернальность в области межличностных отношений».

Высоким показателем обладают люди, которые легко общаются в социуме, опираются на свою ответственность в отношениях с людьми. Обычно они приятны в общении, в компании вызывают уважение и расположение окружающих.

Низкий уровень присущ тем, кто имеет трудности в общении с людьми, считая других ответственными за построение отношений.

Шкала «Интернальность в области здоровья».

Высокие показатели имеют люди, беспокоящиеся о состоянии здоровья, прикладывающие усилия по его укреплению и улучшению. Низкий уровень характерен тем людям, которые считают, что их должны вылечить врачи, а от них самих состояние здоровья зависит мало.

Исследование самооценок людей с разными типами субъективного контроля показало, что люди с низким уровнем по шкале «Общая интернальность» характеризуют себя как эгоистичных, зависимых, нерешительных, несправедливых, суетливых, враждебных, неуверенных, неискренних, несамостоятельных, раздражительных. Респонденты, обладающие высоким уровнем субъективного контроля, считают себя добрыми, независимыми, решительными, справедливыми, способными, дружелюбными, честными, самостоятельными, невозмутимыми. Уровень субъективного контроля связан с ощущением человеком своей силы, достоинства, ответственности за происходящее, с самоуважением, социальной зрелостью и самостоятельностью личности.

Методика позволяет проанализировать количественно и качественно показатели уровня субъективного контроля по семи шкалам, сравнивая результаты (полученный «профиль») с нормой. Отклонение вправо (более 5,5 стенов) свидетельствует об интернальном типе контроля в соответствующих ситуациях. Отклонение влево от нормы (менее 5,5 стенов) свидетельствует об экстернальном типе уровня субъективного контроля.

Методика «Личностный Дифференциал» применяется для исследования самооценок. Значения фактора Оценки свидетельствуют об уровне самоуважения. «Высокие значения» говорят о том, что испытуемый принимает себя как личность, склонен осознавать себя носителем позитивных, социально желательных характеристик, в достаточной мере удовлетворен собой. «Низкие значения» указывают на негативное отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением, пониженным уровнем принятия самого себя.

«Фактор Силы» в рамках данного опроса свидетельствует о развитии волевых сторон личности в субъективном восприятии испытуемого. Его высокий уровень говорит об уверенности в себе, независимости, склонности рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. Низкий уровень говорит о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок, недостаточном ощущении собственной силы и восприятии себя в контексте «я могу».

Фактор Активности в самооценках интерпретируется как свидетельство экстравертированности личности. «Положительные» значения указывают на высокую активность, общительность, импульсивность. «Отрицательные» значения – на интровертированность, определенную пассивность, спокойные эмоциональные реакции.

В полученных оценках отражаются субъективные, эмоционально-смысловые представления человека о самом себе.

Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (адаптация А. К. Осницкого) предназначена для диагностики агрессивных и враждебных реакций. Авторы методики разделяют два типа реакций: наличие желания принести вред внешнему объекту (агрессивность), а также реакцию, когда человек с недоверием относится к окружающим, приписывая им негативное отношение к себе (враждебность). Под агрессивностью понимается свойство личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, в основном в области субъектно-объектных отношений. Враждебность понимается как реакция, развивающая негативные чувства и негативные оценки людей и событий. Агрессивность как стремление к преодолению препятствий необходима в нормальной психической жизни человека. Поэтому ее полное отсутствие или недостаточный уровень приводит к пассивности, зависимости, проблемам в межличностном общении. Чрезмерное количество агрессивности может приводить к нарушениям в общении, девиантному поведению. Для

определения качественных и количественных характеристик агрессивности авторы выделили следующие виды реакций.

Физическая агрессия – использование физической силы против другого лица.

Косвенная агрессия – агрессия, окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная.

Раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).

Негативизм – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов.

Обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия.

Подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред.

Вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).

Чувство вины – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования социально-психологических характеристик лиц с сахарным диабетом

Рассмотрим количественный и качественный анализ результатов психологической диагностики лиц с сахарным диабетом.

Для диагностики уровня субъективного контроля (УСК) была использована методика «Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности» [43].

Обобщённые результаты диагностики по методике «Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности» представлены далее, при этом использованы следующие обозначения:

- Шкала «Общая интернальность» (Ио),
- Шкала «Интернальность в области достижений» (Ид),
- Шкала «Интернальность в области неудач» (Ин),
- Шкала «Интернальность в семейных отношениях» (Ис),
- Шкала «Интернальность в области производственных отношений» (Ип),
- Шкала «Интернальность в области межличностных отношений» (Им),
- Шкала «Интернальность в области здоровья» (Из).

Результаты по шкале «Общая интернальность» в группе лиц с сахарным диабетом и контрольной группе, полученные в ходе диагностики по методике «Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности», можно видеть на рисунке 1.

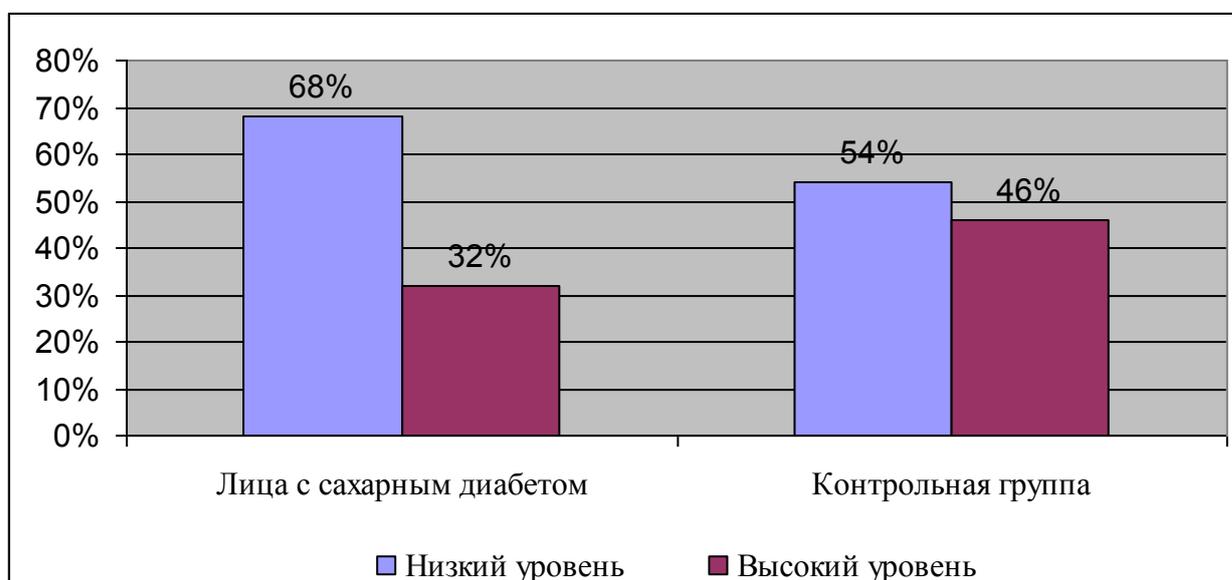


Рисунок 1 – Процентное соотношение респондентов по уровню показателя «Общая интернальность»

Суммарно в группе лиц с сахарным диабетом мы видим количество респондентов 32 %, которые по шкале «Общая интернальность» обладают высоким уровнем. Среди лиц без диагноза «сахарный диабет» высокий уровень продемонстрировали 46 % человек, что говорит о большей распространенности высокого уровня субъективного контроля над жизненными ситуациями среди лиц без диагноза «сахарный диабет». Эти люди обладают высоким уровнем субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Они более уверены в себе, более спокойны и благожелательны, более популярны в сравнении с экстерналами. Их отличает более позитивная система отношений к миру, эти люди находят свои собственные жизненные смыслы, ставят себе достигаемые цели. Противоположный результат мы видим у 68 % человек, обладающих низким уровнем по данному показателю, в контрольной группе это число меньше и составляет 54 %. Такие испытуемые не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство их является результатом случая или действий других людей. Лица без сахарного диабета реже обладают экстернальным уровнем контроля над жизненными ситуациями, чем лица с диабетом.

Согласно методике экстерналы обладают повышенной тревожностью, обеспокоенностью. Их отличает конформность, меньшая терпимость к другим и повышенная агрессивность, меньшая популярность в сравнении с интерналами.

По шкале «Общая интернальность» у большинства опрошенных лиц с сахарным диабетом выявлен низкий уровень субъективного контроля.

Наглядно полученные результаты по шкале «Интернальность в области достижений» представлены на рисунке 2.

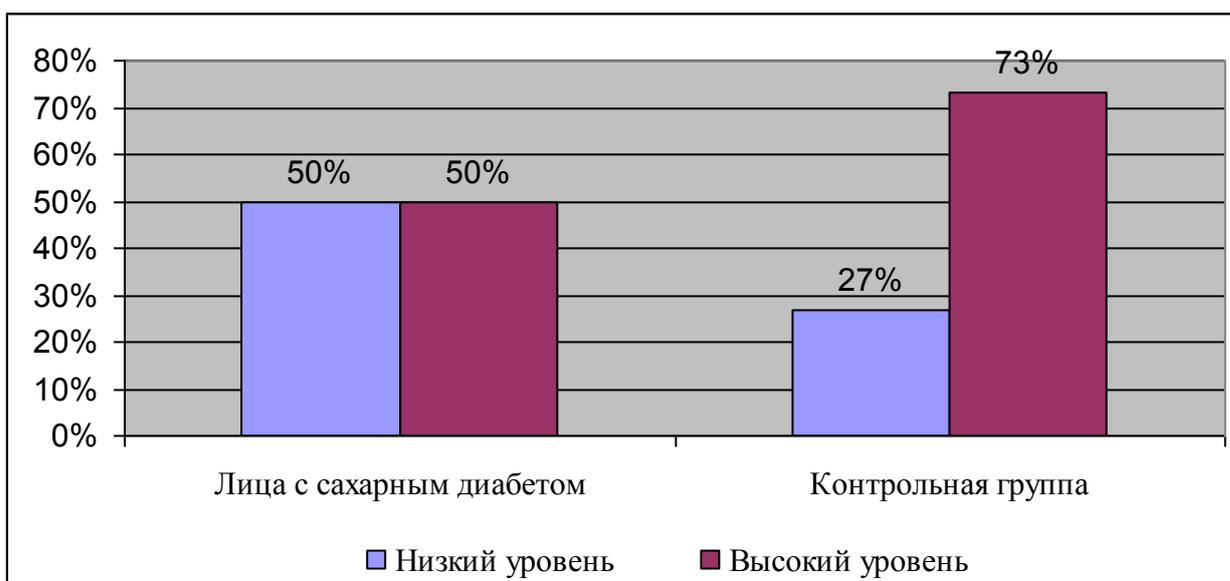


Рисунок 2 – Процентное соотношение респондентов по уровню показателя по шкале «Интернальность в области достижений»

По шкале «Интернальность в области достижений» среди выборки лиц с диагнозом «сахарный диабет» значения высокого уровня обнаружены у 50 % человек. В контрольной группе высоким уровнем обладают 73 % человек, что говорит о значительно большей распространенности высокого уровня субъективного контроля в области достижений среди лиц без диагноза сахарный диабет. Эти люди обладают уверенностью, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и, что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем.

Рассмотрим результаты по шкале «Интернальность в области достижений». Суммарно низкий уровень среди испытуемых лиц с диагнозом «сахарный диабет» при проведении психодиагностики выявлен у 50 % человек, аналогичный уровень в контрольной группе лиц без диагноза «сахарный диабет» найден у 27 % человек, что почти в два раза меньше, чем среди лиц с сахарным диабетом. Авторы методики указывают, что этим людям свойственно соотносить свои успехи, достижения и радости с некими внешними обстоятельствами, с другими людьми или судьбой.

По шкале «Интернальность в области достижений» выявлено, что высокий и низкий уровень субъективного контроля среди лиц с сахарным

диабетом показали равные части опрошенных. В контрольной группе преобладают люди с высоким уровнем субъективного контроля в области достижений.

Наглядно полученные результаты по шкале «Интернальность в области неудач» представлены на рисунке 3.

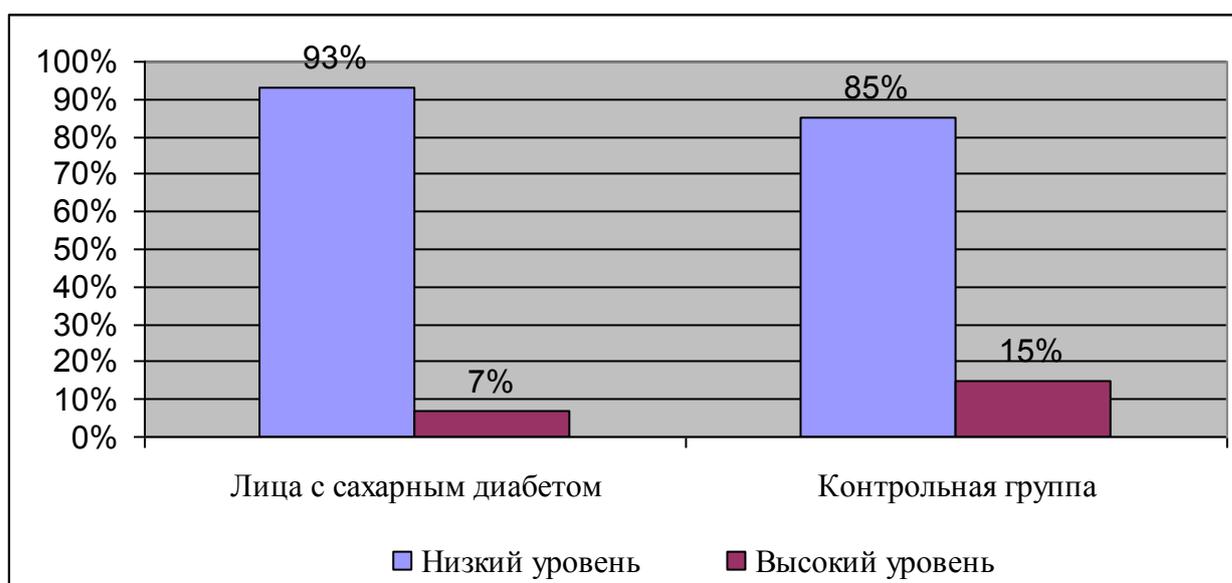


Рисунок 3 – Процентное соотношение респондентов по уровню показателя «Интернальность в области неудач»

По шкале «Интернальность в области неудач» среди испытуемых лиц с сахарным диабетом высоким уровнем обладают 7 % человек, в контрольной группе это значение равняется 15 %, что больше чем в группе лиц с сахарным диабетом. Эти люди проявляют склонность обвинять себя в разнообразных неприятностях и страданиях.

Низкий уровень по шкале «Интернальность в области неудач» среди испытуемых лиц с сахарным диабетом продемонстрировали 93 % человек, в контрольной группе – 85 % опрошенных, такие люди склонны приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения. Лица с сахарным диабетом и без диагноза сахарный диабет демонстрируют похожие значения по шкале «Интернальность в области неудач», им свойственно приписывать свои неудачи кому-либо, внешним обстоятельствам.

Наглядно полученные результаты по шкале «Интернальность в семейных отношениях» представлены на рисунке 4.

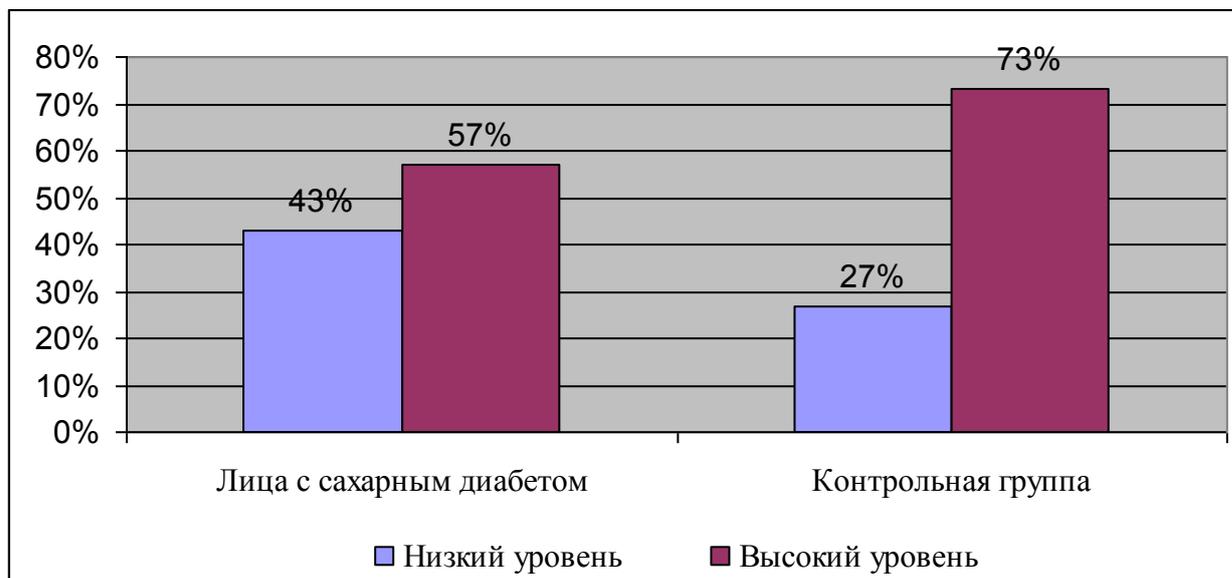


Рисунок 4 – Процентное соотношение респондентов по уровню показателя по шкале «Интернальность в семейных отношениях»

По шкале «Интернальность в семейных отношениях» среди испытуемых лиц с сахарным диабетом высокий уровень присутствует у 57 % человек. В контрольной группе высоким уровнем обладают 73 % человек, что говорит о значительно большей распространенности высокого уровня субъективного контроля над жизненными ситуациями в семейных отношениях среди лиц без диагноза сахарный диабет. Эти люди считают себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни. Низкий уровень по шкале «Интернальность в семейных отношениях» среди лиц с диагнозом «сахарный диабет» обнаружен у 43 % опрошенных, среди лиц без диагноза «сахарный диабет» аналогичный уровень продемонстрировали 27 % участников контрольной группы, такие люди считают не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в семье.

По шкале «Интернальность в семейных отношениях» у большинства опрошенных выявлен высокий уровень субъективного контроля, в группе лиц с сахарным диабетом доля опрошенных с высоким УСК незначительно

превышает долю опрошенных с низким УСК. Контрольная группа продемонстрировала значительно большую долю человек с высоким уровнем контроля в семейных отношениях. Лица без сахарного диабета чаще относятся ответственно к своим взаимоотношениям в семье.

Наглядно полученные результаты по шкале «Интернальность в области производственных отношений» представлены на рисунке 5.

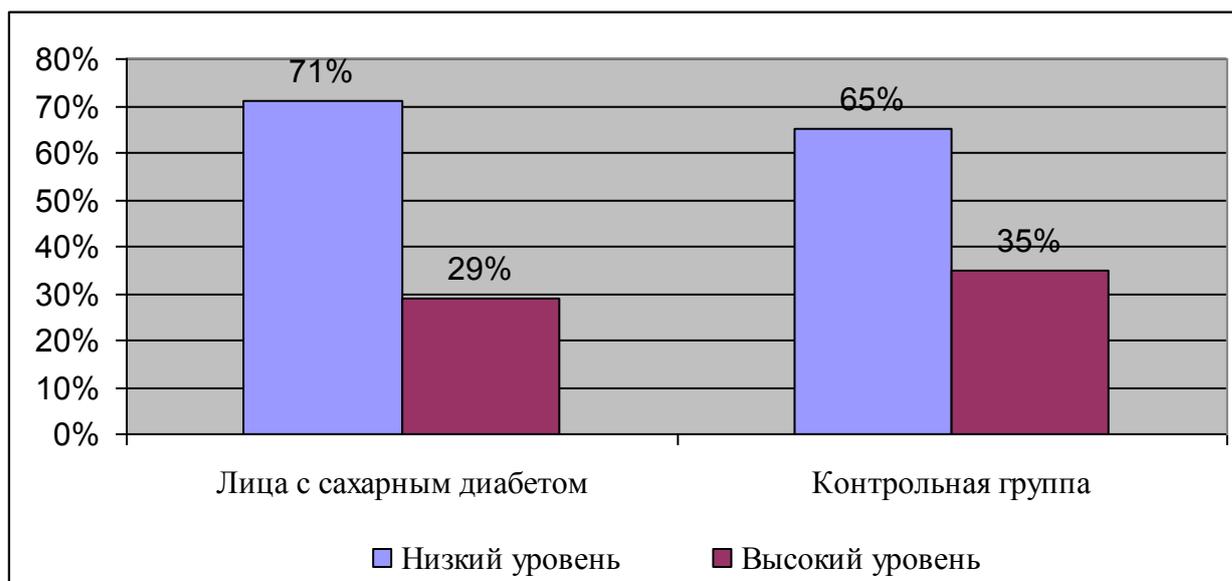


Рисунок 5 – Процентное соотношение респондентов по уровню показателя по шкале «Интернальность в области производственных отношений»

По шкале «Интернальность в области производственных отношений» среди испытуемых исследуемой группы лиц с сахарным диабетом высокий уровень наблюдается у 29 % человек, в контрольной группе это значение составляет 35 %, что больше чем в группе лиц с сахарным диабетом. Эти люди считают свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении.

Низкий уровень по шкале «Интернальность в области производственных отношений» среди испытуемых исследуемой группы лиц с диагнозом сахарный диабет продемонстрировали 71 % человек, в контрольной группе соответственно 65 % человек, они склонны приписывать

более важное значение внешним обстоятельствам – руководству, товарищам по работе, везению – невезению.

По шкале «Интернальность в области производственных отношений» у обеих групп выявлена тенденция к проявлению низкого уровня субъективного контроля.

Наглядно полученные результаты по шкале «Интернальность в области межличностных отношений» представлены на рисунке 6.

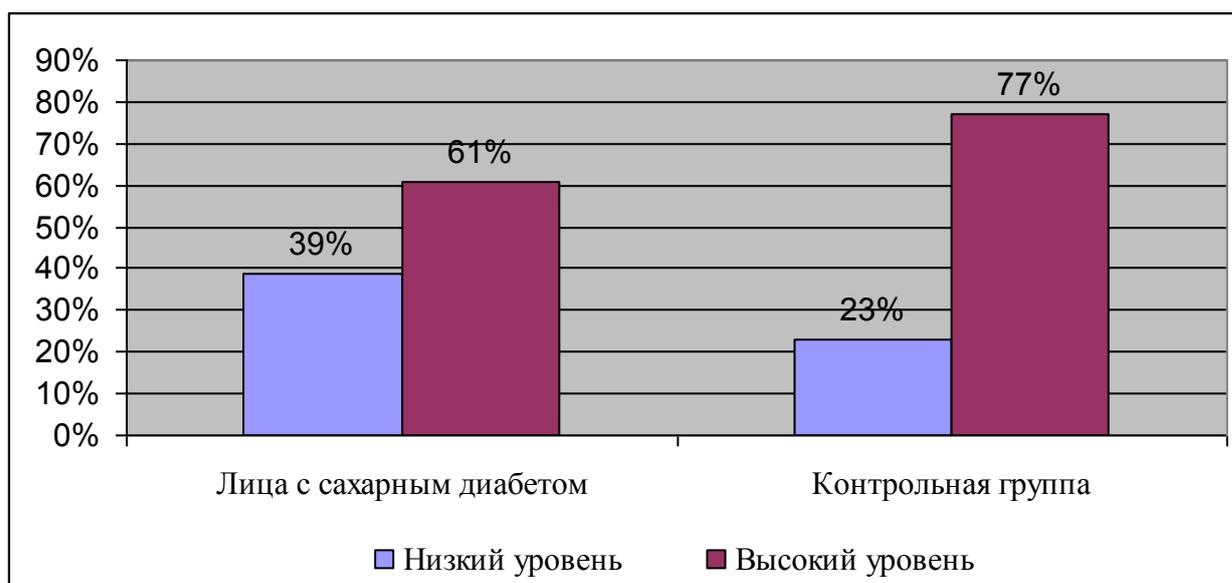


Рисунок 6 – Процентное соотношение респондентов по уровню показателя по шкале «Интернальность в области межличностных отношений»

По шкале «Интернальность в области межличностных отношений» среди испытуемых с сахарным диабетом высоким уровнем обладают 61 % человек, в контрольной группе это число равняется 77 %. Лица без диагноза сахарный диабет чаще обладают высоким уровнем контроля в сфере межличностных отношений. Эти люди обладают уверенностью, что могут вызывать к себе уважение и симпатию, считают именно себя ответственным за построение межличностных отношений с окружающими.

Низкий уровень по шкале «Интернальность в области межличностных отношений» найден в группе лиц с диагнозом «сахарный диабет» у 39 % человек, люди без указанного диагноза низкий уровень продемонстрировали

в 23 % случаев. Авторы методики пишут об ограниченных способностях таких людей в межличностном общении, затруднении в установлении дружеских взаимоотношений, стремлении приписать результаты общения обстоятельствам либо партнерам по общению.

По шкале «Интернальность в области межличностных отношений» у большинства опрошенных в обеих группах выявлен высокий уровень субъективного контроля. Лица с сахарным диабетом и без диагноза сахарный диабет в большинстве считают себя ответственными за свои отношения в социуме.

Рассмотрим результаты по шкале «Интернальность в области здоровья». Диаграмма на рисунке 7 показывает графически соотношение количества испытуемых с низким и высоким уровнем по шкале «Интернальность в области здоровья».

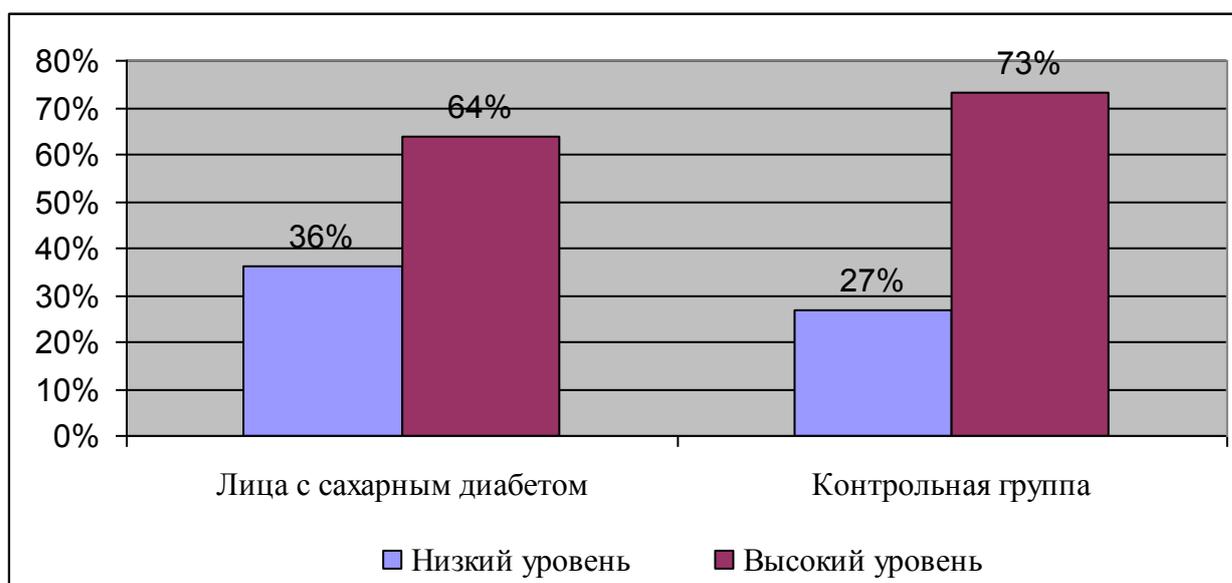


Рисунок 7 – Соотношение количества испытуемых по низкому и высокому уровню показателя по шкале «Интернальность в области здоровья»

Доля испытуемых в процентном соотношении с высоким уровнем интернальности – 64 % среди лиц с сахарным диабетом и 73 % в контрольной группе. Таким людям свойственно ответственно относиться к своему здоровью, активно участвовать в процессе лечения.

Доля испытуемых в процентном соотношении с низким уровнем показателя «Интернальность в области здоровья» – 36 % среди лиц с сахарным диабетом и 27 % в контрольной группе. Такие люди считают болезнь роком судьбы, наказанием или неизбежностью, ожидают действий от других для собственного выздоровления.

Анализируя полученные данные по показателю «Интернальность в области здоровья», можно заключить, что у большинства опрошенных в обеих группах выявлен высокий уровень субъективного контроля.

Средние арифметические значения результатов проведения диагностики по методике «Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности» для группы лиц с сахарным диабетом и контрольной группы представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Среднеарифметические значения результатов проведения диагностики по методике «Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности» для лиц с сахарным диабетом (СД) и контрольной группы (КГ)

Уровень	ИО	ИД	ИН	ИС	ИП	ИМ	ИЗ
УСК, стены (СД)	4,00	5,00	1,39	5,18	4,04	5,39	5,57
УСК, стены (КГ)	5,5	6,5	1,77	6,23	4,81	6	6,08

Профиль УСК по семи шкалам для среднеарифметического значения показателей в сравнении со значением нормы 5,5 стен показан на рисунке 8.

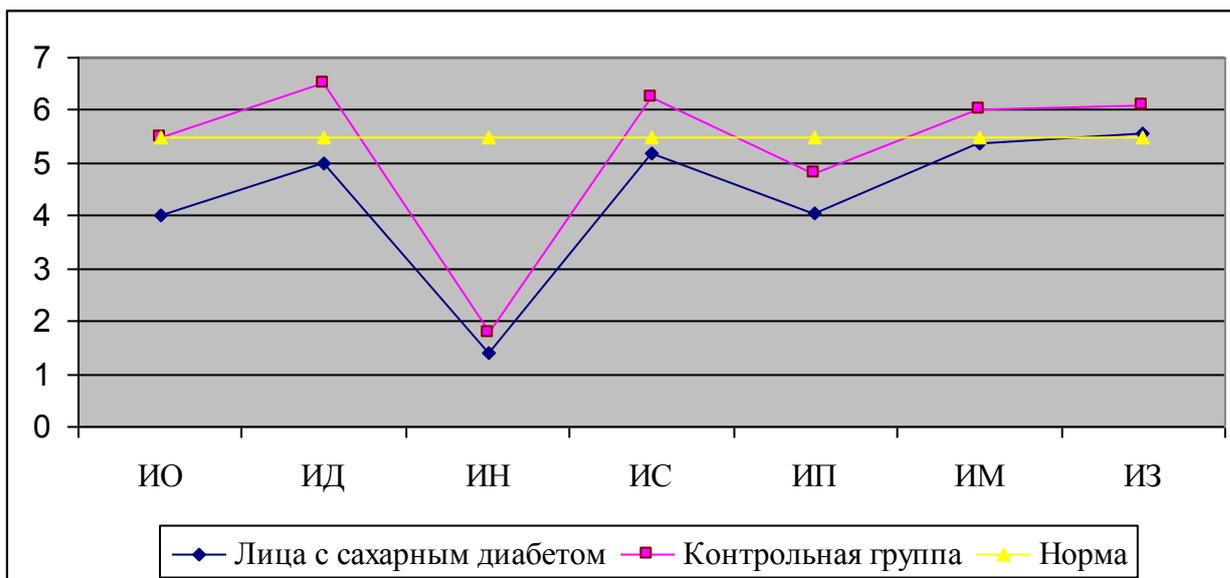


Рисунок 8 – Профиль УСК среднеарифметических значений по всем шкалам.

На рисунке 8 можно наблюдать, что профиль лиц с сахарным диабетом находится преимущественно ниже линии нормы, профиль контрольной группы находится выше профиля лиц с сахарным диабетом, а также преимущественно находится выше линии нормы. Лица с сахарным диабетом показали в среднем интернальный уровень субъективного контроля, за исключением сферы здоровья и болезни. Контрольная группа показала экстернальный уровень субъективного контроля, за исключением сферы неудач и производственных отношений.

Уровень субъективного контроля в отношении здоровья и болезни позволяет предположить, что такие больные сахарным диабетом проявят интерес к психологической работе для коррекции своего состояния и будут участвовать в ней результативно.

С помощью диагностики по методике «Личностный Дифференциал», вариант, адаптированный в НИИ им. Бехтерева, были исследованы факторы активности, силы и самооценки.

Обобщенные результаты диагностики по методике «Личностный Дифференциал» представлены на рисунке 9, рисунке 10, рисунке 11. При этом использованы следующие обозначения шкал методики.

- «Фактор Силы»,

- «Фактор Активности»,
- «Фактор Оценки».

Наглядно полученные результаты диагностики по шкале «Фактор Силы» можно видеть на рисунке 9.

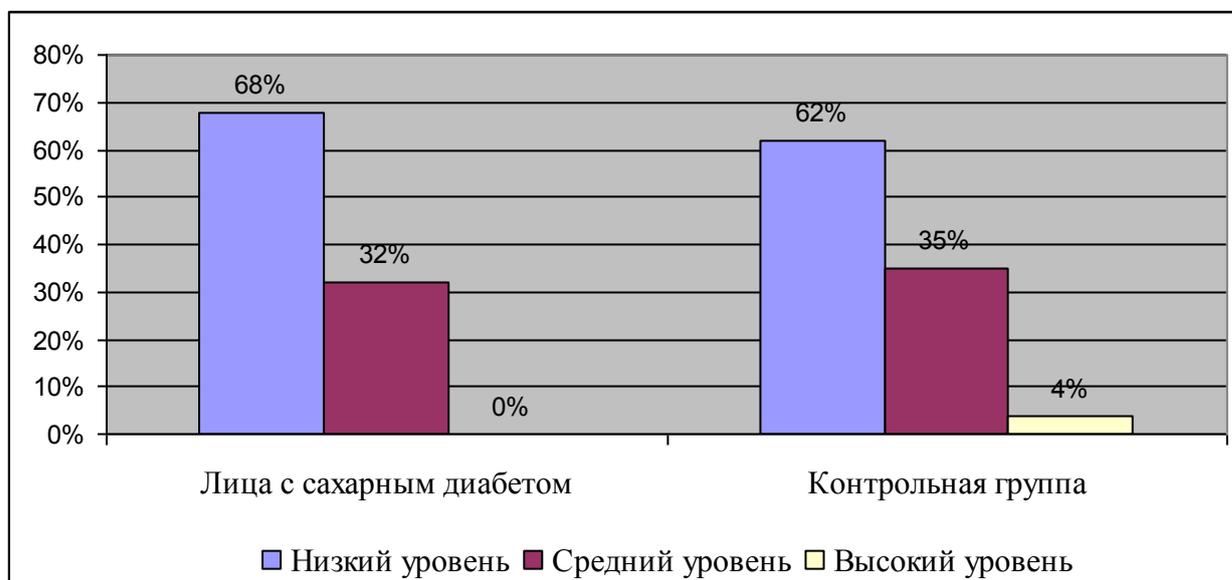


Рисунок 9 – Результаты диагностики по шкале «Фактор Силы»

По шкале «Фактор Силы» среди испытуемых лиц с сахарным диабетом высоким уровнем обладают 0 % человек. Эти люди обладают высоким уровнем развития волевых качеств, уверенностью в себе, независимостью.

Средний уровень по шкале «Фактор Силы» показали 32 % человек, такие испытуемые проявляют средний уровень развития волевых качеств.

Низкий уровень по шкале «Фактор Силы» показали 68 % человек, что соответствует недостаточному развитию волевых качеств. Такие испытуемые проявляют недостаточный самоконтроль, неспособность держаться принятой линии поведения, зависимость от внешних обстоятельств и оценок. В трудной ситуации они не рассчитывают на себя.

Респонденты контрольной группы показали высокий уровень по шкале «Фактор Силы» в 62 % случаев, средний уровень – 35 %, низкий уровень – 4 %. Мы наблюдаем похожие значения, которые показали лица с сахарным

диабетом и лица без сахарного диабета. В обеих группах существует тенденция недоразвития волевых качеств.

Графически полученные результаты диагностики по шкале «Фактор Активности» показаны на рисунке 10.

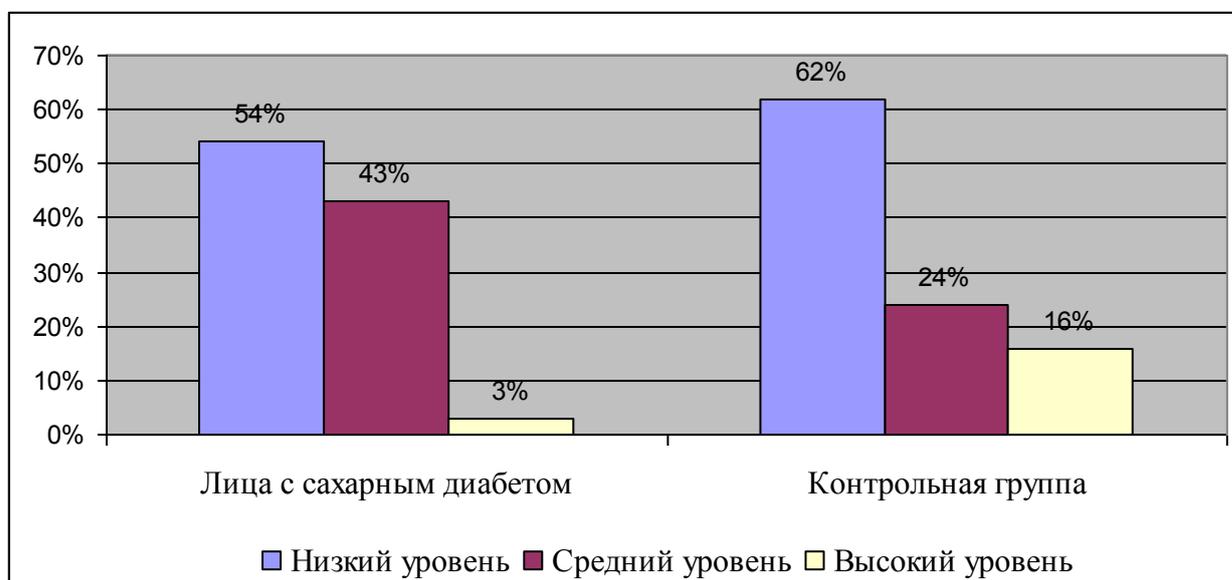


Рисунок 10 – Результаты диагностики по шкале «Фактор Активности»

Рассмотрим результаты диагностики в группе лиц с сахарным диабетом. По шкале «Фактор Активности» среди испытуемых лиц с сахарным диабетом высоким уровнем обладают 3 % человек. Эти люди обладают высоким уровнем активности, проявляют общительность, импульсивность.

Средний уровень по шкале «Фактор Активности» показали 43 % человек, такие люди проявляют активное поведение, но в некоторых случаях они спокойны, даже пассивны.

Низкий уровень по шкале «Фактор Активности» показали 54 % человек, что соответствует интровертированности. Такие испытуемые проявляют определенную пассивность, спокойные эмоциональные реакции.

Среди респондентов контрольной группы высоким уровнем активности обладает 16 % опрошенных, что больше чем в группе лиц с сахарным диабетом. Средним уровнем активности обладает 24 % респондентов

контрольной группы, что меньше чем в группе лиц с сахарным диабетом. Низким уровнем активности обладает 62 % респондентов контрольной группы. Лица с сахарным диабетом и лица без диагноза сахарный диабет демонстрируют тенденцию к пониженной активности, хотя среди лиц без диагноза сахарный диабет больше количество людей с высокой активностью.

Графически полученные результаты диагностики по шкале «Фактор Оценки» представлены на рисунке 11.

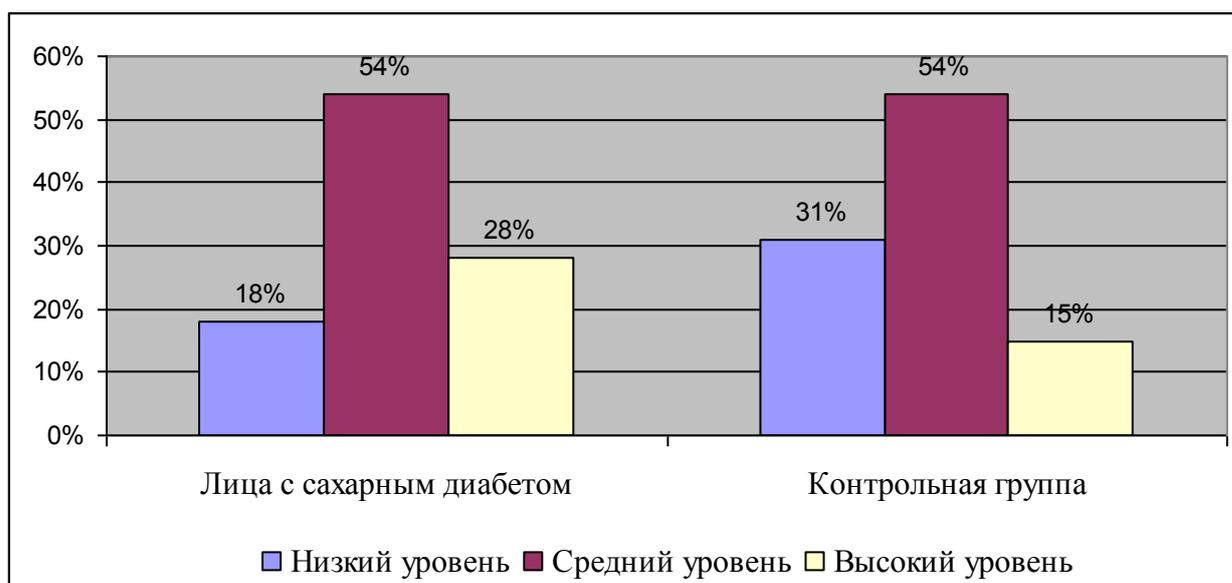


Рисунок 11 – Результаты диагностики по шкале Фактор Оценки

По шкале «Фактор Оценки» среди испытуемых лиц с сахарным диабетом высоким уровнем обладают 28 % человек. Эти люди принимают себя как личность, склонны считать себя носителями позитивных, социально одобряемых характеристик.

Средний уровень по шкале «Фактор Оценки» показали 54 % человек с сахарным диабетом, такие люди в некоторой степени удовлетворены своей личностью, хотя и не полностью принимают себя.

Низкий уровень по шкале «Фактор Оценки» показали 18 % человек с сахарным диабетом, что свидетельствует о возможных невротических или иных проблемах, связанных с ощущением малой ценности своей личности.

Среди респондентов контрольной группы высокой самооценкой обладают 15 % опрошенных, что меньше чем в группе лиц с сахарным диабетом. Средний уровень самооценки в обеих группах занимает одинаковую долю опрошенных (54 %). Низкий уровень самооценки в контрольной группе продемонстрировали 31 % человек, что больше чем в группе лиц с сахарным диабетом. Лица с сахарным диабетом и без диагноза сахарный диабет преимущественно обладают самооценкой на среднем уровне, принимают свою личность и понимают ее ценность, хотя иногда могут быть недовольны собой.

В результате проведения диагностики по методике «Личностный Дифференциал» было выяснено, что лица с сахарным диабетом проявляют следующие субъективные, эмоционально-смысловые представления о себе.

Лица с сахарным диабетом в основном принимают себя как личность, хотя не всегда удовлетворены своим поведением и своими личными качествами, считают себя склонными к пассивности, зависимости от чужого мнения и оценок, интровертированности. По их мнению, они проявляют недостаточный уровень самоконтроля, не рассчитывают на свои силы в трудных ситуациях, не удерживаются на принятой линии поведения.

Диагностика по методике А. Басса и А. Дарки позволила выявить тенденции в проявлении восьми различных форм агрессии, а также рассчитать показатели уровней агрессивности и враждебности.

Расчет показателей производится в баллах. Для проведения сравнений между разными шкалами А.К. Осницкий предлагает путем умножения баллов на индексы, перевести их в нормированные показатели, относящиеся к общей шкале.

Для шкал методики использованы следующие обозначения:

- ФизичАгрес – «Физическая агрессия»;
- ВербАгрес – «Вербальная агрессия»;
- КосвАгрес – «Косвенная агрессия»;
- Негатив – «Негативизм»;
- Раздраж – «Раздражительность»;
- Подозрит – «Подозрительность»;
- Обида – «Обида»;
- Вина – «Чувство вины»;
- Агрес – «Агрессивность»;
- Вражд – «Враждебность».

Сравним среднеарифметические значения полученных результатов психодиагностики для группы лиц с сахарным диабетом и контрольной группы по методике диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки, адаптация А.К. Осницкого.

Средние значения результатов диагностики по методике диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки представлены на рисунке 12.

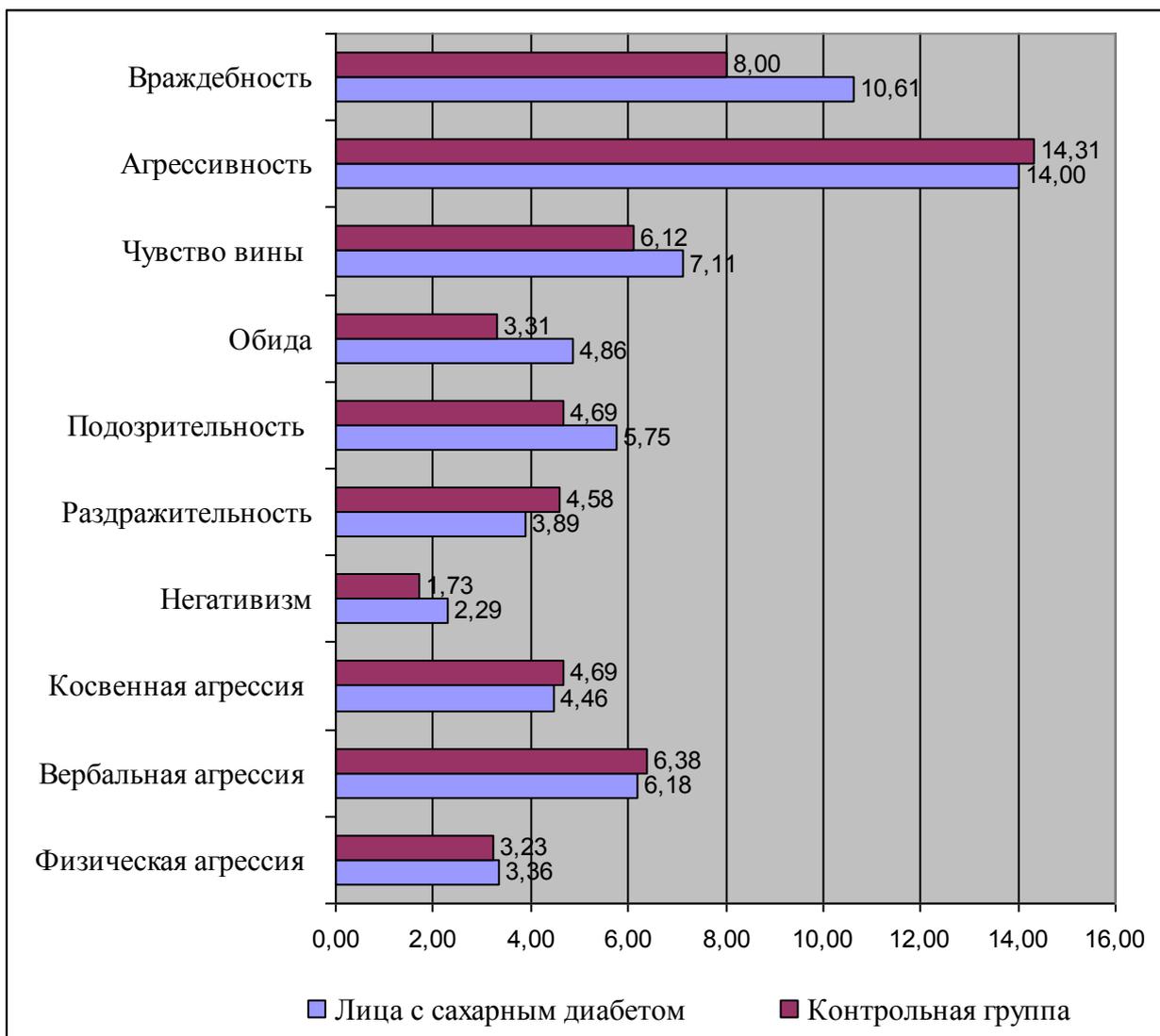


Рисунок 12 – Средние значения по шкалам методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки для группы лиц с сахарным диабетом (СД) и контрольной группы (КГ)

Сравнивая средние значения по выборке лиц с сахарным диабетом и контрольной группы, можно отметить следующее. Лица с сахарным диабетом склонны в меньшей степени проявлять физическую агрессию. Они склонны в меньшей степени проявлять к ругани, крикам. Лица с сахарным диабетом в меньшей степени склонны проявлять агрессию в косвенной форме, направляя ее на безопасный объект, занимаясь интригами или сплетнями. Лица с сахарным диабетом в большей степени проявляют негативизм, отрицательную реакцию на слова оппонента, отрицание любых

предложений. Они в меньшей степени раздражительны. Подозрительность в большей степени присуща людям с сахарным диабетом. Обидчивость также в большей степени свойственна лицам с сахарным диабетом. Чувство вины сильнее развито в группе лиц с сахарным диабетом. Суммарная агрессивность как мотивационно-потребностный вектор в личности лиц с сахарным диабетом развита меньше. Враждебность сильнее развита у лиц с сахарным диабетом. Они ожидают от окружающих негативного к себе отношения и причинения вреда.

Для сопоставления показателей различных форм агрессивности между собой по выборке группы лиц с сахарным диабетом используем средние значения. Можно отметить, что в наибольшей степени в группе лиц с сахарным диабетом выражено чувство вины, а в наименьшей степени – физическая агрессия. Это означает, что в среднем в наибольшей степени лица с сахарным диабетом склонны в сложной ситуации к проявлению чувства вины, самообвинению, аутоагрессии, что, возможно, приводит к подавлению активности в достижении цели и удовлетворению потребностей. Можно отметить несбалансированность различных тенденций в проявлении агрессии. Что свидетельствует о сильном превалировании одних форм выражения агрессии над другими, а также более легкой их активации и использовании.

Хван А.А. количественные показатели шкал разделяет на три уровня: низкий, нормальный, высокий. Для получения уровней показателей предлагается перевести все шкалы к единой шкале с максимальным значением 100 баллов. Для этого необходимо баллы умножить на соответствующие коэффициенты, представленные в таблице А.1.

Графически результаты диагностики по показателю «Физическая агрессия» в выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 13.

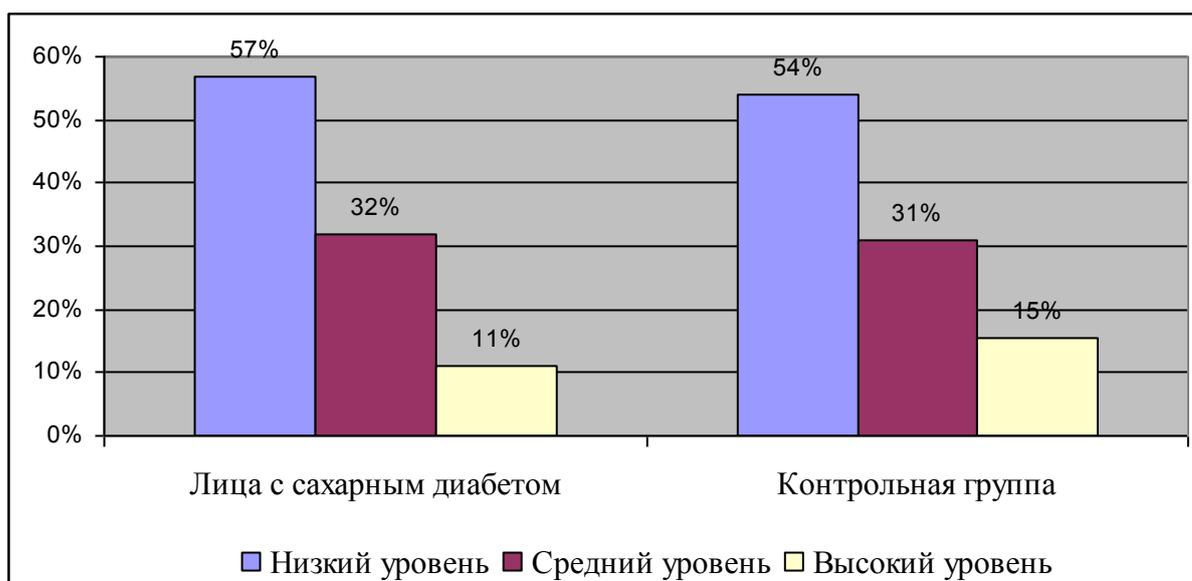


Рисунок 13 – Результаты диагностики по показателю «Физическая агрессия»

По шкале «Физическая агрессия» 57 % респондентов среди лиц с диагнозом «сахарный диабет» обнаружили низкий уровень, остальная часть группы представлена как 32 % участников, обладающих средним уровнем, небольшая часть в 11 % участников, обладающих высоким уровнем. Респонденты контрольной группы показали близкие значения по показателю «Физическая агрессия» (низкий – 54 %, средний – 31 %, высокий – 15 %). Большинство респондентов с сахарным диабетом и контрольной группы не имеют склонности проявлять открыто физическую агрессию.

Графически результаты диагностики по показателю «Вербальная агрессия» в выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 14.

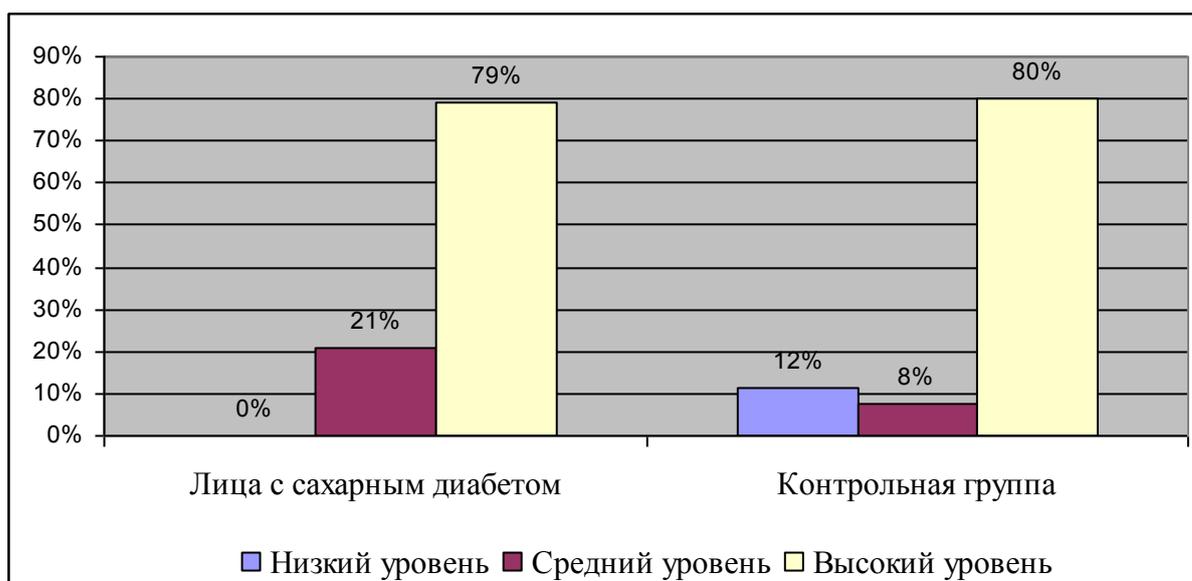


Рисунок 14– Результаты диагностики по показателю «Вербальная агрессия»

По шкале «Вербальная агрессия» группа лиц с сахарным диабетом разделилась в следующей пропорции по уровням данной шкалы: 0 % – низкий, 21 % – средний, 79 % – высокий уровень. Лица без сахарного диабета по шкале «Вербальная агрессия» показали близкие значения, 12 % показали низкий уровень, 8 % респондентов – средний уровень, 80 % респондентов высокий уровень. Большинство респондентов с сахарным диабетом и без диагноза сахарный диабет могут кричать, повышать голос в процессе общения, выражать агрессию в содержании высказываний.

Графически результаты диагностики по показателю «Косвенная агрессия» в выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 15.

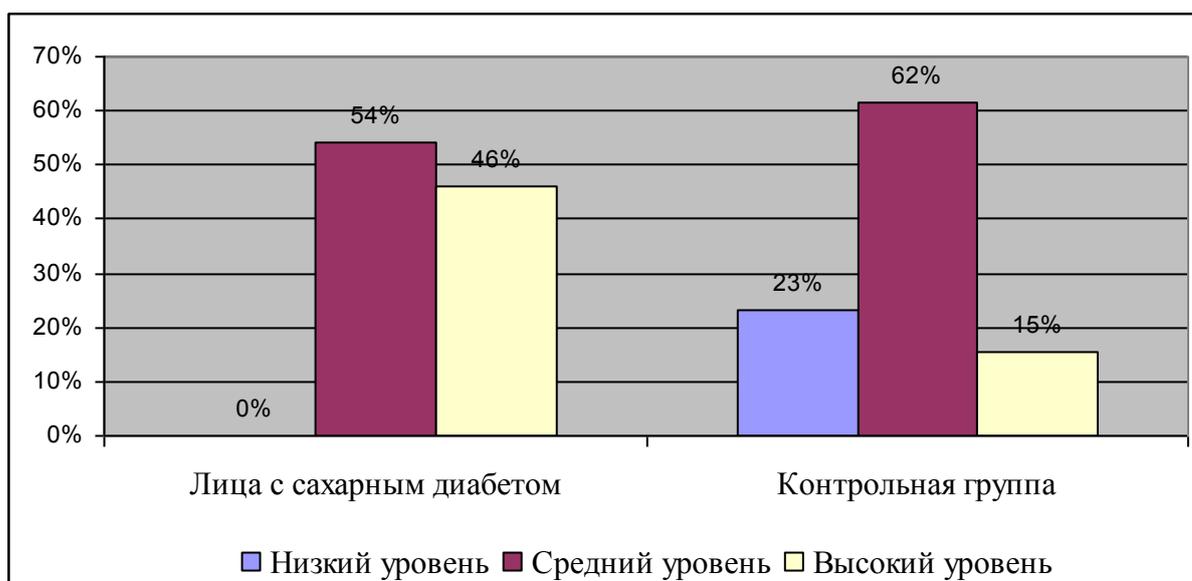


Рисунок 15– Результаты диагностики по показателю «Косвенная агрессия»

По шкале «Косвенная агрессия» группа лиц с сахарным диабетом разделилась в следующей пропорции по уровням данной шкалы: 0 % – низкий, 54 % – средний, 46 % – высокий уровень. Более половины респондентов с сахарным диабетом показали средний уровень проявлений агрессии косвенным путем, они могут выражать ее таким образом, чтобы она не была направлена на конкретного человека. В контрольной группе наблюдаются большее количество лиц с низким уровнем (23 %), меньшее количество с низким уровнем (15 %), средний уровень в контрольной группе продемонстрировали 62 % опрошенных.

Обе группы в большинстве обладают средним уровнем проявления агрессии косвенным образом.

Графически результаты диагностики по показателю «Негативизм» в выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 16

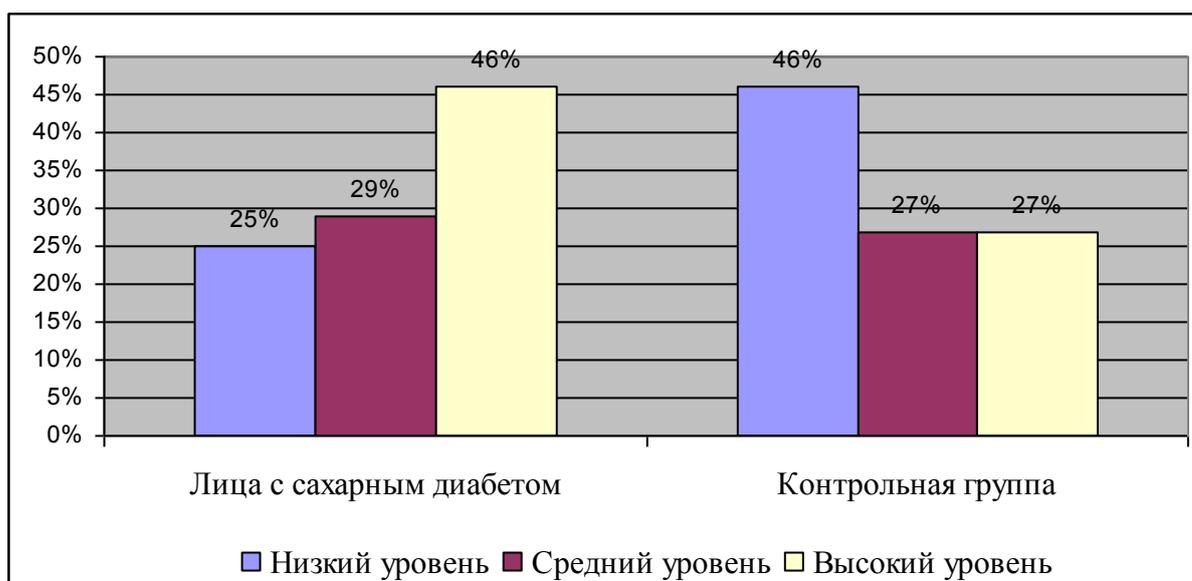


Рисунок 16– Результаты диагностики по показателю «Негативизм»

По шкале «Негативизм» 25 % респондентов среди лиц с сахарным диабетом показали низкий уровень, 29 % респондентов – средний уровень, 46 % респондентов высокий уровень. Приблизительно одинаковые части респондентов склонны проявлять негативизм средней и низкой степени. Суммарно доля их приблизительно равна части респондентов, проявляющих высокий уровень негатива. Участники контрольной группы по шкале «Негативизм» 46 % респондентов показали низкий уровень, 27 % респондентов – средний уровень, 27 % респондентов высокий уровень. Лица без диабета меньше склонны проявлять негативизм.

Графически результаты диагностики по показателю «Раздражительность» в выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 17

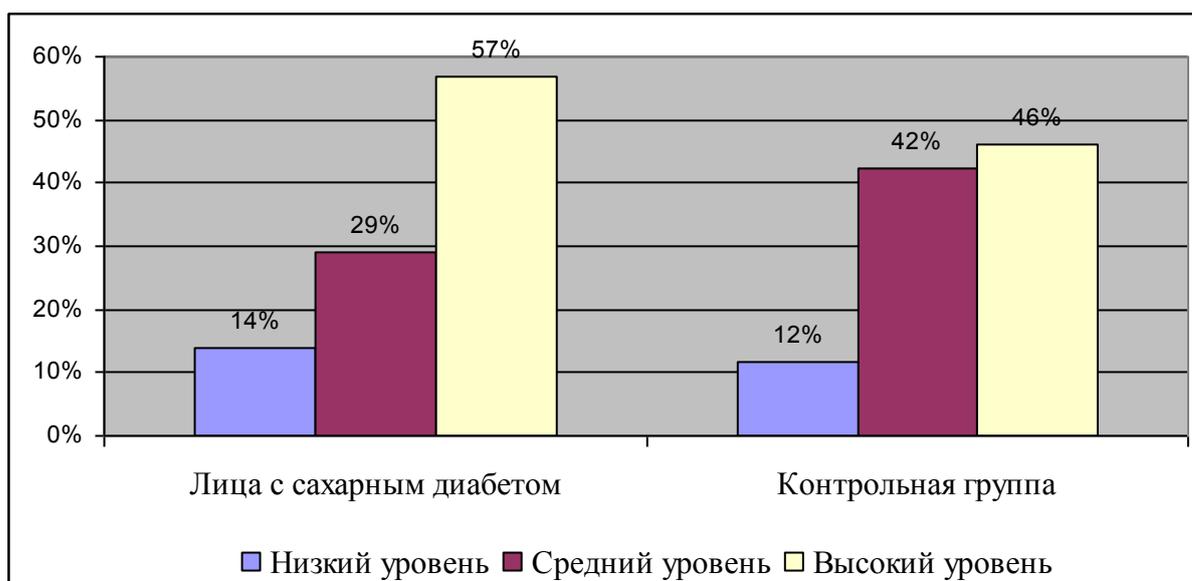


Рисунок 17– Результаты диагностики по показателю «Раздражительность»

По шкале «Раздражительность» 14 % респондентов в группе лиц с сахарным диабетом показали низкий уровень, 29 % респондентов – средний уровень, 57 % респондентов высокий уровень. Большинство респондентов проявляют раздражительность. В контрольной группе меньшее количество участников проявляют высокий уровень раздражительности (46 %), большее количество участников проявляет средний уровень (42 %), и 12 % респондентов показали низкий уровень раздражительности. Лица без сахарного диабета менее раздражительны.

Графически результаты диагностики по показателю «Подозрительность» в выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 18

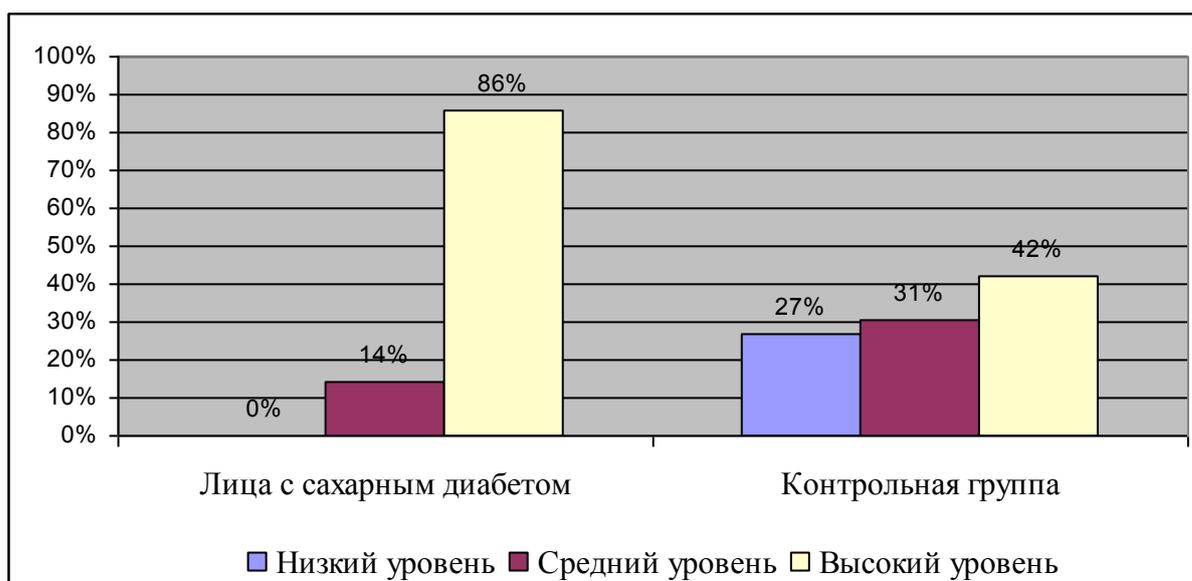


Рисунок 18 – Результаты диагностики по показателю «Подозрительность»

По шкале «Подозрительность» 0 % респондентов в группе лиц с сахарным диабетом показали низкий уровень, 14 % респондентов – средний уровень, 86 % респондентов высокий уровень. Большинство респондентов показали высокий уровень проявления подозрительности в отношении других людей, они считают, что окружающие могут или планируют нанести вред. В контрольной группе по шкале «Подозрительность» 27 % респондентов показали низкий уровень, 31 % респондентов – средний уровень, 42 % респондентов высокий уровень. Лица без диагноза сахарный диабет значительно менее подозрительны.

Графически результаты диагностики по показателю «Обида» в выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 19

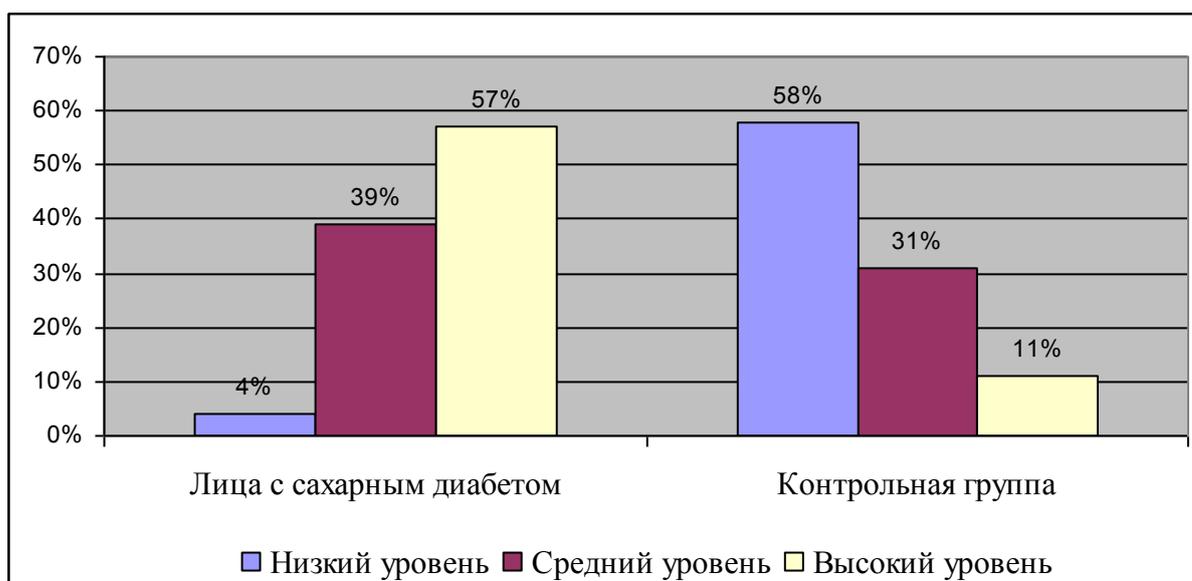


Рисунок 19 – Результаты диагностики по показателю «Обида»

По шкале «Обида» 4 % респондентов в группе лиц с сахарным диабетом показали низкий уровень, 39 % респондентов – средний уровень, 57 % респондентов высокий уровень. Большинство респондентов обидчивы, проявляют злость к окружающим, могут испытывать к ним негативные чувства за некие их действия или отношение, реальные или мнимые. В контрольной группе по шкале «Обида» 58 % респондентов показали низкий уровень, 31 % респондентов – средний уровень, 11 % респондентов – высокий уровень. Лица без диагноза сахарный диабет значительно отличаются по шкале «Обида». Они менее обидчивы.

Графически результаты диагностики по показателю «Чувство вины» в выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 20.

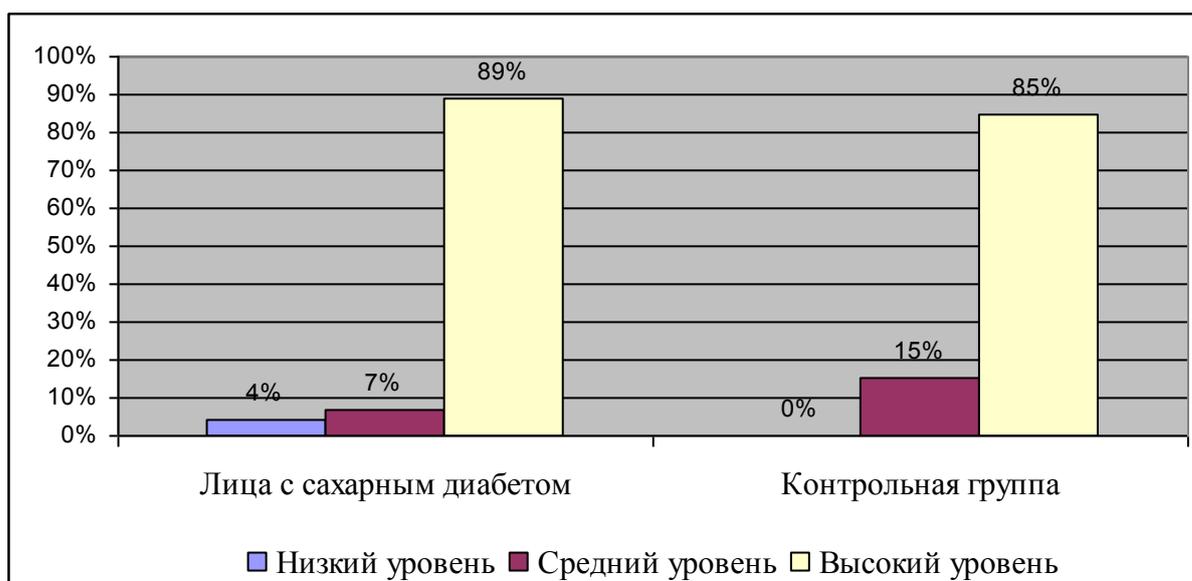


Рисунок 20 – Результаты диагностики по показателю «Чувство вины»

По шкале «Чувство вины» 4 % респондентов в группе лиц с сахарным диабетом показали низкий уровень, 7 % респондентов – средний уровень, 89 % респондентов – высокий уровень. Чувство вины развито среди большинства респондентов. В контрольной группе участники продемонстрировали похожие значения. По шкале «Чувство вины» 0 % респондентов показали низкий уровень, 15 % респондентов – средний уровень, 85 % респондентов – высокий уровень. Лица без диагноза сахарный диабет и лица с сахарным диабетом склонны к высокому уровню чувства вины.

При проведении диагностики по методике показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (адаптация А.К. Осницкого) были рассчитаны уровни показателей агрессивности и враждебности как свойства личности лиц с сахарным диабетом. Рогов Е.И. предлагает рассчитывать показатели агрессивности и враждебности в баллах. Значением показателя «Агрессивность» будет считаться сумма баллов по шкалам «Физическая агрессия», «Вербальная агрессия» и «Косвенная агрессия». Значением показателя «Враждебность» предлагается считать сумму баллов по шкалам «Обида» и «Подозрительность». По Рогову Е.И. нормой агрессивности является величина, равная 21 ± 4 , а враждебности величина $6,5-7 \pm 3$.

Графически результаты, рассчитанные согласно методике расчета Рогова Е.И., по количеству испытуемых с разными уровнями агрессивности в выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 21.

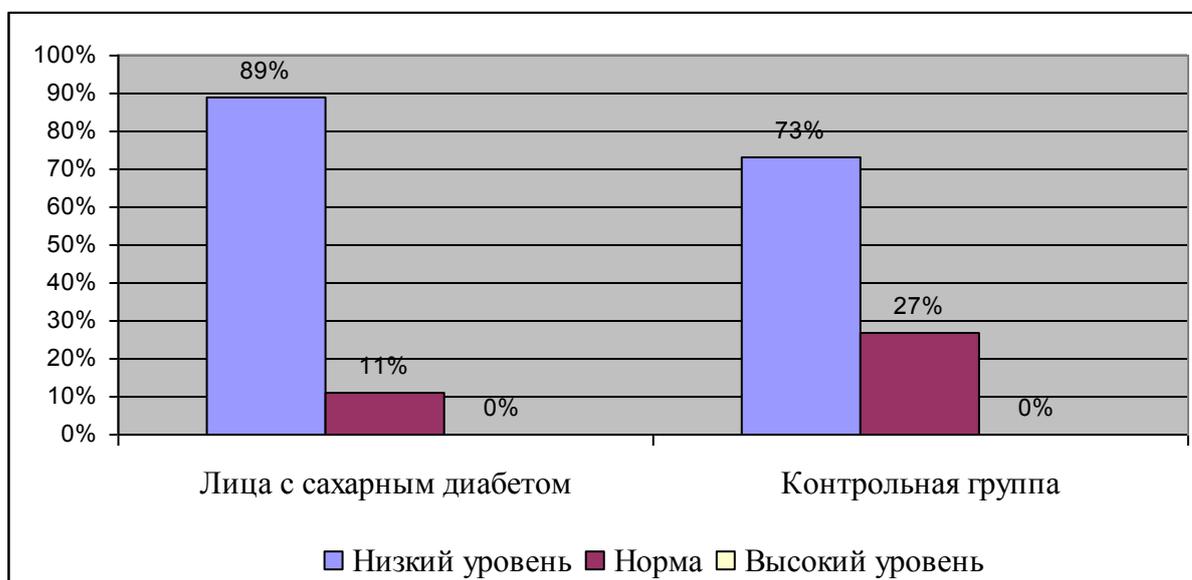


Рисунок 21 – Результаты диагностики по показателю «Агрессивность»

Можно отметить, что по шкале «Агрессивность» группа лиц с сахарным диабетом разделилась в следующей пропорции по уровням данной шкалы: 89 % – низкий, 11 % – средний, 0 % – высокий уровень. Большинство лиц с сахарным диабетом имеют низкий уровень внешнего проявления агрессии. Участники контрольной группы также склонны к низкому уровню проявления агрессивности, хотя их количество меньше, чем в группе лиц с сахарным диабетом (73 %). В группе лиц без сахарного диабета по шкале «Агрессивность» средний уровень показали 27 % респондентов, что больше, чем в группе лиц с сахарным диабетом, высокий уровень – 0 %. Большинство респондентов в обеих группах продемонстрировали тенденцию к пониженному внешнему выражению агрессивности.

Графически результаты, рассчитанные согласно методике расчета Рогова Е.И., по количеству испытуемых с разными уровнями враждебности в

выборке испытуемых лиц с сахарным диабетом и контрольной группе наглядно представлены на рисунке 22.

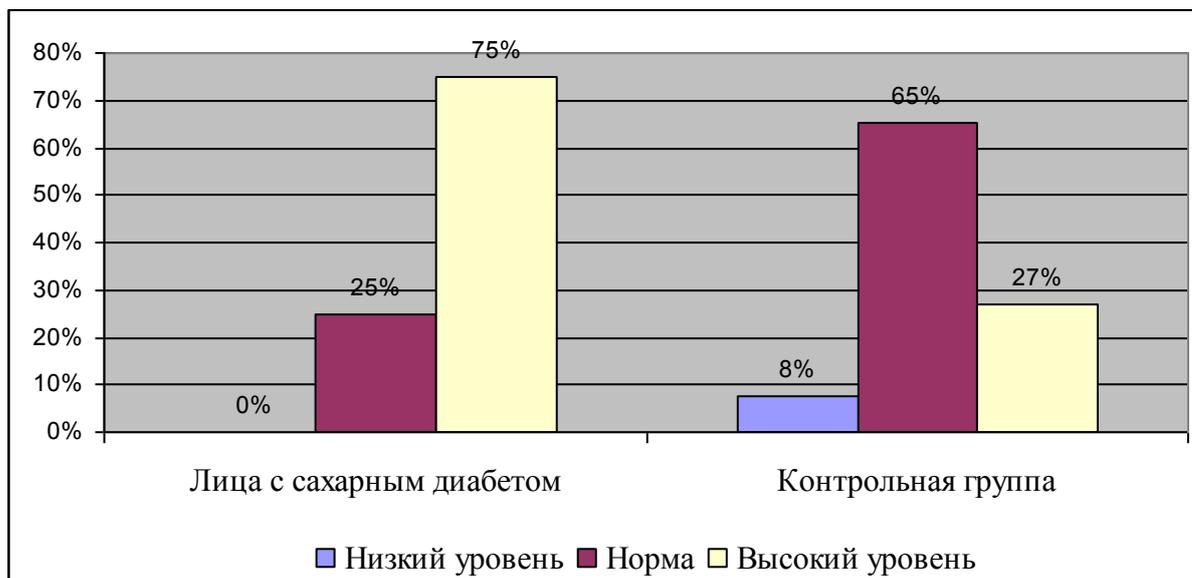


Рисунок 22 – Результаты диагностики по показателю «Враждебность»

По шкале «Враждебность» низкий уровень показали 0 % респондентов, средний уровень показали 25 % респондентов, высокий уровень враждебности показали 75 % респондентов. В контрольной группе значения по данной шкале у большинства респондентов средние, что соответствует нормальному уровню враждебности. В контрольной группе низкий уровень показали 8 % респондентов, средний уровень показали 65 % респондентов, высокий уровень враждебности показали 27 % респондентов. Лица без сахарного диабета отличаются нормальным уровнем враждебности, в отличие от лиц с сахарным диабетом, которые в большинстве склонны к повышенной враждебности.

Можно отметить, что в отличие от контрольной группы лица с сахарным диабетом обладают повышенным уровнем враждебности, проявляя подозрительность в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред, злясь и затаивая обиду на действительные или вымышленные факты со стороны партнеров по общению. Большинство лиц с сахарным диабетом

раздражительны, однако стараются не проявлять свою агрессивность открытым образом, например применением физической силы против другого лица, или, направляя агрессивные чувства на безопасный объект, с большей вероятностью выражая негативные чувства как через форму (вербально), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы, насмешки), что может быть интерпретировано как подавление собственных агрессивных импульсов и ожидание негативного отношения со стороны окружения.

В ходе исследования проведен корреляционный анализ полученных данных в группе лиц с сахарным диабетом. Для выявления взаимосвязей между психологическими переменными, полученными в ходе эмпирического эксперимента, был использован коэффициент r_s -Спирмена. Результаты корреляционного анализа, а также наименования параметров, участвовавших в корреляционном анализе представлены в приложении Б. Выбор коэффициента r_s -Спирмена обусловлен тем, что не все выборки данных соответствуют нормальному закону распределения, что было проверено с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Нормальному закону соответствуют выборки данных по показателям «Общая интернальность», «Интернальность в области достижений», «Интернальность в области неудач», «Интернальность в области производственных отношений», «Интернальность в области межличностных отношений», «Интернальность в области здоровья», «Фактор Активности», «Фактор Оценки», «Фактор Силы», «Физическая агрессия», «Вербальная агрессия», «Косвенная агрессия», «Негативизм», «Раздражительность», «Подозрительность», «Обида», «Чувство вины», «Агрессивность», «Враждебность». Выборки данных, не соответствующих нормальному закону распределения, представлены показателем «Интернальность в семейных отношениях».

Коэффициент корреляции r_s -Спирмена показывает существование линейной связи между двумя величинами. Коэффициент корреляции может иметь значения от -1 до +1, направление связи определяется знаком коэффициента корреляции. При положительном коэффициенте связь

является прямой, что означает, увеличение одного параметра приводит к увеличению другого. При отрицательном коэффициенте корреляции связь является обратной, что означает, при увеличении значения одного параметра значение другого уменьшается.

При проведении корреляционного анализа получены данные, размещенные в таблице Б.1.

Обнаружена слабая обратная корреляционная связь между показателями «Обида» и «Интернальность в области достижений» ($r_s = -0,402$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Фактор Активности» и «Обида» ($r_s = 0,398$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Физическая агрессия» и «Обида» в выборке лиц с сахарным диабетом, степень тесноты связи и значимость ($r_s = 0,414$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Косвенная агрессия» и «Обида» в выборке лиц с сахарным диабетом ($r_s = 0,46$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Раздражительность» и «Обида» ($r_s = 0,549$ $p \leq 0,01$).

Выявленные связи позволяют предположить, что лица с сахарным диабетом на ощущение себя пассивным объектом воздействия других людей и внешних обстоятельств, малой значимости собственных усилий в области достижений реагируют повышением обидчивости. Повышение обидчивости приводит к небольшому повышению проявления активности и стремления к общению, к более явному повышению раздражительности, на что указывает средний вес обнаруженной корреляционной связи ($r_s = 0,549$), некоторому повышению выражения иных форм агрессии, а именно проявления физической агрессии, как возможности использования физической силы в конфликтных ситуациях, косвенной агрессии, когда агрессия направлена в пространство, не на конкретный объект или на безопасный объект.

Важными представляются связи показателя «Интернальность в области здоровья» с другими параметрами.

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в области здоровья» и «Фактор Активности» ($r_s=0,545$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в области здоровья» и «Фактор Оценки» ($r_s=0,468$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Фактор Активности» и «Фактор Оценки» ($r_s=0,523$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Фактор Оценки» и «Фактор Силы» ($r_s=0,673$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в семейных отношениях» и «Интернальность в области здоровья» ($r_s=0,625$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в семейных отношениях» и «Интернальность в области здоровья» ($r_s=0,625$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в области достижений» и «Интернальность в области здоровья» ($r_s=0,484$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена слабая обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в области достижений» и «Чувство вины» ($r_s=-0,451$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена слабая обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в области достижений» и «Враждебность» ($r_s=-0,439$ $p \leq 0,05$).

Представляется возможным, что у лиц с сахарным диабетом с увеличением заботы о здоровье повышается активность и самооценка, при повышении самооценки улучшаются волевые качества, также улучшаются семейные взаимоотношения, как показывают обнаруженные средний вес

корреляционных связей. При увеличении ответственности в сфере здоровья немного усиливается ощущение контроля в области собственных достижений, что приводит к небольшому уменьшению чувства вины и враждебности, как показывают веса обнаруженных слабых корреляционных связей.

Однако, как было указано выше, при повышении активности у лиц с сахарным диабетом несколько увеличивается обида, негативные чувства к окружающим за огорчающие действия или отношения, увеличение чувства обиды приводит к некоторому усилению проявлениям таких форм агрессии как проявления физической агрессии, косвенной агрессии и особенно раздражительности. Можно предположить наличие внутреннего конфликта, когда улучшение психологического состояния в сфере активности с одной стороны увеличит степень субъективного контроля в сфере здоровья, усилит волю и увеличит самооценку, но с другой стороны человек станет более обидчивым, ощущая негативные чувства к окружающим за реальные или выдуманные действия, что в свою очередь увеличит проявление таких черт как склонность к проявлению физической агрессии, косвенной агрессии и особенно раздражительности. Представляется возможным, что лица с сахарным диабетом, подавляя проявления активности, избегают внешнего выражения агрессии такими путями как физическая агрессия, выражением агрессии косвенным путем и раздражением.

Обнаружена средняя обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в области межличностных отношении» и «Подозрительность» ($r_s = -0,562$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена средняя обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в области межличностных отношении» и «Чувство вины» ($r_s = -0,529$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена средняя обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в области межличностных отношении» и «Враждебность» ($r_s = -0,595$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в области достижений» и «Интернальность в области межличностных отношений» в выборке лиц с сахарным диабетом ($r_s=0,543$ $p\leq 0,01$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в области неудач» и «Интернальность в области межличностных отношений» ($r_s=0,529$ $p\leq 0,01$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в семейных отношениях» и «Интернальность в области межличностных отношений» ($r_s=0,456$ $p\leq 0,05$).

Обнаруженные корреляционные связи средней силы позволяют предположить, что при усилении ощущения собственной беспомощности в межличностных отношениях, перекладывании ответственности за результат отношений на партнера лица с сахарным диабетом реагируют усилением подозрительности, усилением чувства вины и враждебностью к окружающим, одновременно понижается ощущение уровня субъективного контроля в таких сферах как собственные достижения и неудачи, семейные отношения. В небольшой степени усиление контроля в области семейных отношений приведет к улучшению контроля во взаимоотношениях в социуме, что показывает обнаруженная слабая корреляционная связь ($r_s=0,456$).

Обнаружена слабая обратная корреляционная связь между показателями «Общая интернальность» и формами выражения агрессии «Подозрительность» ($r_s=-0,459$ $p\leq 0,05$), средняя обратная корреляционная связь между показателями «Общая интернальность» и «Чувство вины» у лиц с сахарным диабетом ($r_s=-0,524$ $p\leq 0,01$), «Враждебность» ($r_s=-0,508$ $p\leq 0,01$).

Проводя качественный анализ результатов, можно отметить, что те лица с сахарным диабетом, которые проявляют более высокий уровень контроля над жизненными событиями будут немного менее подозрительны (слабая обратная связь $r_s=-0,459$), менее враждебны, в меньшей степени

чувствовать вину, что показывают обнаруженные средние корреляционные связи.

Обнаружена слабая обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в области неудач» и «Подозрительность» ($r_s = -0,405$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена слабая обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в области неудач» и «Враждебность» ($r_s = -0,421$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена слабая обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в семейных отношениях» и «Чувство вины» ($r_s = -0,424$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена слабая обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в области производственных отношений» и «Раздражительность» ($r_s = -0,376$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена слабая обратная корреляционная связь между показателями «Интернальность в области производственных отношений» и «Чувство вины» ($r_s = -0,396$ $p \leq 0,05$).

На основании проведенного корреляционного анализа и выявленных слабых корреляционных связей можно сделать вывод, что на понижение субъективного контроля в сфере неудач у лиц с сахарным диабетом немного усиливается подозрительность к людям и враждебность. Если они считают, что в производственных отношениях они никак не влияют на ситуацию и успех здесь зависит от других, то немного усиливается чувство вины и раздражительность. Неспособность взять на себя ответственность в семейных отношениях также в небольшой степени приводит к развитию чувства вины.

Корреляционный анализ показал, что разные виды интернальности взаимосвязаны с проявлением агрессии, чем больше человек приписывает себе влияния на свою жизнь, тем меньше у него выражены проявления

агрессии в различных видах таких как враждебность, чувство вины, подозрительность, раздражительность.

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в области достижений» и «Интернальность в области неудач» ($r_s=0,419$ $p \leq 0,05$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в области достижений» и «Интернальность в семейных отношениях» ($r_s=0,612$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в области достижений» и «Интернальность в области производственных отношений» в выборке лиц с сахарным диабетом, степень связи и значимость ($r_s=0,490$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в области неудач» и «Интернальность в семейных отношениях» в выборке лиц с сахарным диабетом, определены степень связи и значимость ($r_s=0,670$ $p \leq 0,01$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Интернальность в семейных отношениях» и «Интернальность в области производственных отношений» ($r_s=0,546$ $p \leq 0,01$).

Корреляционный анализ показал, что разные виды интернальности взаимосвязаны и усиливают друг друга. Если человек считает себя причиной собственных достижений и успешных результатов деятельности, то у него больше ответственности за собственные неудачи и карьеру, что показывает слабая корреляционная связью.

Связи средней силы говорят о том, что чем более человек чувствует собственное влияние на собственные семейные отношения, тем в большей степени он чувствует свой контроль в сфере трудовой деятельности, а также в большей степени субъективно считает себя причиной своих неудач.

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Физическая агрессия» и «Негативизм» в выборке лиц с сахарным диабетом,

коэффициент тесноты связи и значимость ($r_s=0,466$ $p\leq 0,05$), «Обида» в выборке лиц с сахарным диабетом, степень связи и статистическая значимость ($r_s=0,414$ $p\leq 0,05$).

Обнаружена сильная прямая корреляционная связь между показателями «Косвенная агрессия» и «Раздражительность» в выборке лиц с сахарным диабетом, степень тесноты связи и значимость ($r_s=0,701$ $p\leq 0,01$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Косвенная агрессия» и «Обида» в выборке лиц с сахарным диабетом, найдены коэффициент корреляционной связи и значимость ($r_s=0,46$ $p\leq 0,05$), «Чувство вины» в выборке лиц с сахарным диабетом со степенью тесноты связи и значимостью ($r_s=0,379$ $p\leq 0,05$), «Враждебность» в выборке лиц с сахарным диабетом, степень связи и статистическая значимость ($r_s=0,392$ $p\leq 0,05$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Негативизм» и «Раздражительность» в выборке лиц с сахарным диабетом, степень тесноты связи и значимость ($r_s=0,386$ $p\leq 0,05$), «Подозрительность» в выборке лиц с сахарным диабетом, степень связи и значимость ($r_s=0,377$ $p\leq 0,05$), «Враждебность» в выборке лиц с сахарным диабетом, степень связи и значимость ($r_s=0,411$ $p\leq 0,05$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Раздражительность» и «Подозрительность» ($r_s=0,406$ $p\leq 0,05$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Раздражительность» и «Обида» ($r_s=0,549$ $p\leq 0,01$), «Враждебность» ($r_s=0,599$ $p\leq 0,01$).

Обнаружена слабая прямая корреляционная связь между показателями «Чувство вины» и «Раздражительность» ($r_s=0,402$ $p\leq 0,05$), «Подозрительность» ($r_s=0,447$ $p\leq 0,05$).

Обнаружена средняя прямая корреляционная связь между показателями «Обида» и «Чувство вины» ($r_s=0,556$ $p\leq 0,01$).

У лиц с сахарным диабетом тенденции в проявлении различных формы агрессии взаимосвязаны и усиливаются при усилении друг друга. Раздражительность сильно усиливает проявления выражения агрессии косвенным путем (вес связи $r_s=0,701$). Негативизм в поведении и обиды на людей могут немного усиливать тенденции в выражении физической агрессии. Чувство вины и обиды, враждебности к людям реализуется иногда выражением агрессии не прямым, а косвенным путем. Раздражительность, подозрительность, враждебность несколько увеличивают проявлением негативизма в общении. Раздражительность усиливается подозрительностью к окружающим в средней степени (вес связи $r_s=0,549$) и враждебностью (вес связи $r_s=0,556$), в малой степени обидчивостью. На усиление собственной раздражительности и подозрительности лица с сахарным диабетом отвечают чувством вины. Усиление обидчивости также приводит к увеличению чувства вины. Можно предположить, что подавляя внешние проявления агрессивности, лица с сахарным диабетом стремятся уменьшить чувство вины.

Выводы по результатам проведения корреляционного анализа.

Интерпретируя полученные взаимосвязи между показателями, можно отметить следующее. Все обнаруженные взаимосвязи двусторонние, что говорит о взаимной динамике изменения психологических переменных, участвующих в исследовании.

Обнаружена взаимосвязь между показателями уровня субъективного контроля над жизненными ситуациями и некоторых видов агрессии. Повышение уровня субъективного контроля над жизненными ситуациями уменьшает проявления враждебности, чувства вины, подозрительности, обидчивости, раздражительности. Разные виды локуса контроля взаимосвязаны друг с другом и усиливают друг друга. Чувство контроля в области собственных достижений положительно влияет на ответственность в межличностных и семейных отношениях, производственных отношениях, на отношении к своему здоровью, а также увеличивает чувство ответственности

за собственные неудачи, которое в свою очередь благотворно влияет на семейные взаимоотношения, отношения в социуме, повышает заботу о здоровье. Ответственность в семейных отношениях усиливает ответственность за результат в производственных отношениях, а также за состояние своего здоровья, взаимоотношения с окружающими.

Увеличение активности связано с увеличением уровня субъективного контроля в области своего здоровья. Самооценка, активность и волевые качества взаимосвязаны и усиливают друг друга. При увеличении активности несколько усиливаются проявления обидчивости.

Проявления различных форм агрессии взаимосвязаны, они усиливают друг друга, в наибольшей степени взаимосвязаны тенденции выражать агрессию косвенным образом и раздражительность.

Чувство вины усиливается при проявлении обидчивости, а также немного усиливается при выражении агрессии в косвенной форме, раздражительности, подозрительности к людям. Враждебность усиливается раздражительностью, негативизмом и косвенной агрессией. Обидчивость усиливается раздражительностью, косвенной агрессией и тенденциями к физической агрессии. Тенденции выражать агрессию физически немного усиливаются обидчивостью и негативизмом.

При проведении корреляционного анализа обнаружены взаимосвязи между различными формами агрессии, уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями, враждебностью, активностью.

В ходе исследования проведено выявление различий психологических характеристик лиц с сахарным диабетом и контрольной группы.

Для проведения сравнения результатов психодиагностики лиц с сахарным диабетом с группой лиц без диагноза сахарный диабет и выявления значимых различий уровней по шкалам диагностики, был проведен опрос контрольной группы по методикам:

1. Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд).

2. Методика «Личностный Дифференциал», вариант, адаптированный в НИИ им. В.М. Бехтерева.

3. Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (адаптация А.К. Осницкого).

Проверка на соответствие нормальному закону выборок данных по группе лиц с сахарным диабетом и контрольной группе проводилась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова.

Нормальному закону в обеих выборках соответствуют данные по показателям «Общая интернальность», «Интернальность в области достижений», «Интернальность в области неудач», «Интернальность в области производственных отношений», «Интернальность в области межличностных отношений», «Интернальность в области здоровья», «Фактор Активности», «Фактор Оценки», «Фактор Силы», «Физическая агрессия», «Вербальная агрессия», «Косвенная агрессия», «Негативизм», «Раздражительность», «Подозрительность», «Обида», «Чувство вины», «Агрессивность», «Враждебность». Разница между выборками по этим показателям была проверена с помощью коэффициента t-Стьюдента. Так как коэффициент Ливиня для показателя «Интернальность в области достижений» оказался на уровне значимости менее 0,05, сравнение двух групп по показателю «Интернальность в области достижений» проводилось с помощью критерия Манна-Уитни.

Для проверки статистической значимости разницы результатов психодиагностики между группой лиц с сахарным диабетом и контрольной группой по показателям, не соответствующим нормальному закону распределения («Интернальность в семейных отношениях»), был использован непараметрический критерий Манна-Уитни.

В ходе анализа по выявлению статистически значимых различий результатов психодиагностики двух групп с помощью критерия t-Стьюдента и критерия Манна-Уитни получены следующие результаты.

Разница между результатами психодиагностики группы лиц с сахарным диабетом и контрольной группы статистической значимостью менее 0,05 найдена по следующим показателям: «Интернальность в области достижений», «Подозрительность», «Обида», «Чувство вины», «Враждебность».

Между лицами с сахарным диабетом и лицами без диагноза «сахарный диабет» найдены статистически значимые различия. Лица с сахарным диабетом по сравнению с лицами без диагноза сахарный диабет достоверно проявляют большую обидчивость, подозрительность, враждебность к людям, в большей степени ощущают чувство вины, меньше чувствуют контроль над жизненными ситуациями в области собственных достижений.

Проведенный анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы.

Интерпретируя результаты диагностики уровня субъективного контроля (УСК) по методике «Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности» можно отметить, что лица, болеющие сахарным диабетом, в среднем показывают низкий уровень интернальности, кроме интернальности в области здоровья. Согласно авторам методики, таким людям свойственны проявления эгоистичных, зависимых, нерешительных, несправедливых, суетливых, враждебных, неуверенных, неискренних, несамостоятельных, раздражительных. Им недостает в этих областях ощущения собственной силы, ответственности за происходящее, социальной зрелости и самостоятельности. Ощущение ответственности за свое здоровье у лиц с сахарным диабетом присутствует на среднем уровне.

Интерпретируя результаты исследования факторов активности, силы и самооценки с помощью диагностики по методике «Личностный Дифференциал» можно отметить, что лица с сахарным диабетом в основном принимают себя как личность, хотя не всегда удовлетворены своим поведением и своими личными качествами, считают себя склонными к

пассивности, зависимости от чужого мнения и оценок, интровертированности. По их мнению, они проявляют недостаточный уровень самоконтроля, не рассчитывают на свои силы в трудных ситуациях, не удерживаются на принятой линии поведения.

Интерпретируя результаты исследования тенденций проявления различных форм агрессии по методике Басса-Дарки можно отметить, что лица с сахарным диабетом обладают повышенным уровнем враждебности, проявляя подозрительность в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред, выражая негативные чувства как через форму (вербально), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы, насмешки). Повышенная обидчивость выражается в придании негативной окраски реальному отношению окружающих или вымышленному. У большинства испытуемых наблюдается повышенное чувство вины. Одновременно они в большинстве случаев обладают пониженным уровнем внешнего прямого выражения агрессивности, не проявляя агрессивные импульсы прямым образом, таким как использование физической силы против другого лица, направление агрессии на другое лицо, готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость). В сочетании с повышенным уровнем враждебности и чувства вины, раздражительности, обидчивости, показанных испытуемыми при проведении исследования с использованием методики А. Басса и А. Дарки, наличие пониженного уровня агрессивности может быть интерпретировано как подавление собственных агрессивных импульсов.

Статистически значимых различий социально-психологических особенностей лиц с сахарным диабетом в зависимости от возраста испытуемых не выявлено.

Корреляционный анализ показал, что у лиц с сахарным диабетом существуют взаимосвязи между активностью, враждебностью, уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями и различными

формами проявления агрессии. Повышение уровня субъективного контроля над жизненными ситуациями уменьшает проявления враждебности, чувства вины, подозрительности, раздражительности. Различные виды субъективного контроля усиливают друг друга. Чувство контроля в области собственных достижений положительно влияет на ответственность в межличностных и семейных отношениях, производственных отношениях, на отношение к своему здоровью, а также увеличивает чувство ответственности за собственные неудачи, которое в свою очередь благотворно влияет на семейные взаимоотношения, отношения в социуме, повышает заботу о здоровье. Ответственность в семейных отношениях усиливает ответственность за результат в производственных отношениях, а также за состояние своего здоровья, взаимоотношения с окружающими. Ответственность за собственное здоровье приводит к увеличению активности и общительности, но в некоторой степени увеличивает обидчивость.

Волевые качества, активность взаимосвязаны с уровнем самооценки, рост самооценки приведет к улучшению волевых показателей и экстравертированности, что оказывает благотворное влияние на управление своим здоровьем. Возрастание активности приводит к некоторому увеличению обидчивости.

Проявления различных форм агрессии взаимосвязаны, они усиливают друг друга, в наибольшей степени взаимосвязаны тенденции выражать агрессию косвенным образом и раздражительность. Враждебность усиливается раздражительностью, негативизмом и косвенной агрессией. Чувство вины усиливается при проявлении обидчивости, а также немного усиливается при выражении агрессии в косвенной форме, раздражительности, подозрительности к людям.

Данные сравнения с контрольной группой людей без сахарного диабета достоверно показали статистически значимую разницу между ними. Лица с сахарным диабетом проявляют большую обидчивость, враждебность к людям, в большей степени ощущают чувство вины, меньше чувствуют

контроль над жизненными ситуациями в семейных отношениях, меньше склонны считать себя причиной собственных успехов.

В ходе эмпирического исследования установлено, что лица с сахарным диабетом обладают пониженной активностью и низким уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями, повышенным чувством вины, повышенной раздражительностью, обидчивостью, подозрительностью, враждебностью при склонности не выражать агрессивные импульсы внешне. У лиц с сахарным диабетом существуют взаимосвязи между активностью, враждебностью, уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями, подозрительностью, чувством вины, обидчивостью.

При проведении сравнения группы лиц с сахарным диабетом и контрольной группой лиц без диагноза сахарный диабет выявлено, что лица с сахарным диабетом достоверно проявляют большую обидчивость, подозрительность, враждебность к людям, в большей степени ощущают чувство вины, меньше чувствуют контроль над жизненными ситуациями.

Полученные данные могут быть использованы для проведения психопрофилактической помощи больным с сахарным диабетом.

В данной работе представлены предложения и рекомендации по проведению психопрофилактики лиц с сахарным диабетом.

Рекомендации: психологическая работа по гармонизации объектных отношений, нормализации эмоционального состояния, десенсебилизация травматического опыта.

Тип работы: консультативная, коррекционно-развивающая.

Формы проведения: индивидуальные консультации, индивидуальные коррекционно-развивающие занятия с психологом в техниках арт-терапии, эмоционально-образной терапии. Изучение методов саморегуляции психики. Десенсибилизация травматического опыта.

Ожидаемый результат: улучшение эмоционального состояния, развитие личности, улучшение общего самочувствия и гликемического

индекса крови, изменение эмоциональной атмосферы общения в социуме, повышение активности, мотивация к здоровому образу жизни.

Формы оценки результата: субъективная оценка клиента своей жизни и своего состояния, реализации своего запроса. Проведение психодиагностики состояния с помощью тестов. Например, могут применяться такие методики как методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения, методика измерения уровня тревожности и другие.

Программа психопрофилактической работы представлена далее.

Цель: гармонизация эмоционального состояния и социальных взаимоотношений.

Задачи программы: развитие навыков психологической саморегуляции, коммуникации, гармонизация эмоционального состояния.

Форма проведения: индивидуальные занятия или групповые занятия.

План трех занятий представлен в таблице 2, таблице 3, таблице 4.

Таблица 2 – Занятие 1

Занятие 1		
Параметр	Описание	Время
Продолжительность	Общее время занятия	45 минут
Цель занятия	Получение информации о клиенте, составление запроса для работы	–
Знакомство с клиентом и создание рабочего альянса	Создание контакта с клиентом, безопасного психологического пространства, настрой на работу	5 минут
Клиническая беседа, получение информации	Получение информации о жалобах, текущей ситуации, прошлом клиента	30 минут
Составление запроса клиента на работу	Помощь в составлении конструктивного контракта	5 минут
Завершение консультации	Прощание, выработка удобного расписания консультаций	5 минут

Таблица 3 – Занятие 2

Занятие2		
Параметры	Описание	Время
Продолжительность	Общее время занятия	45 мин
Цель занятия	Знакомство с арт-терапией, получение навыков изменения эмоционального состояния средствами арт-терапии	–
Материалы	бумага, карандаши простые, карандаши цветные	–
Начало занятия	Приветствие, создание контакта с клиентом, составление запроса на работу на текущей встрече.	1 минута
Вступление	Информация об эмоциях и их влиянии на коммуникацию с другими людьми	4 минуты
Упражнение телесной терапии «Заземление» (см. Описание упражнений)	Подготовка к работе, успокоение, переключение внимания, на собственные ощущения, активизация работы правого полушария мозга.	5 минут
Упражнение «Рисование эмоций», чувств, состояний – радости, злости, депрессия, женственность и др. (см. Описание упражнений)	Работа с бессознательными процессами методами арт-терапии, выражение эмоций в ходе творчества.	10 минут
Рефлексивная работа	Клиент делится своими впечатлениями и чувствами во время рисования	5 минут
Изменение отрицательных рисунков, переворачивание, добавление линий и цвета. (см. Описание Упражнений)	Работа с бессознательными процессами методами арт-терапии, изменение эмоционального состояния клиента.	10 минут
Рефлексивная работа	Клиент делится своими впечатлениями и чувствами во время рисования	10 минут
Домашнее задание	Выполнение упражнения «Заземления» дома – тренировка навыков саморегуляции	–

Таблица 4 – Занятие 3

Занятие 3		
Параметры	Описание	Время
Продолжительность	Общее время занятия	45 мин
Цель занятия	Осознание своей роли в отношениях с людьми, изменение деструктивного отношения	–
Начало занятия	Приветствие, создание контакта с клиентом, составление запроса на работу на текущей встрече. Психолог рассказывает о роли каждого партнера в коммуникации, роль эмоции в коммуникации	5 минут
Упражнение эмоционально-образной терапии «Преобразование эмоций» (см. Описание упражнений)	Клиент выражает чувство через некий образ, затем с помощью психолога преобразовывает чувство, в своем воображении трансформируя образ.	20 минут
Рефлексивная работа	Клиент делится своими впечатлениями и чувствами после трансформации	5 минут
Создание ресурсного образа (см. Описание упражнений)	Получение ресурсного образа для вхождения в спокойное, гармоничное состояние – развитие навыков саморегуляции.	10 минут
Обратная связь	Клиент рассказывает, что он получил от занятия.	5 минут
Домашнее задание	Работа с самовнушением ресурсного образа дома	–

Описание упражнений психопрофилактической работы представлены далее.

Упражнение «Заземление».

Клиенту предлагают почувствовать стопы. Затем клиент начинает перекатывать стопы в разных направлениях их с ребра на другое ребро, с пятки затем на подушечку стопы. Клиенту предлагается ощутить контакт с полом. Для большего контакта закрыть глаза и продолжать ощущать контакт с полом. Клиенту предлагается осознать как изменились его телесные ощущения и эмоциональное состояние [23].

Упражнение «Преобразование эмоций».

Предлагаемое упражнение работает по алгоритму: чувство – образ – трансформация – чувство. Упражнение состоит из выполнения последовательности шагов.

Начинается с аналитического этапа работы, когда выявляется основной психологический конфликт, следующие шаги относятся к трансформации эмоционального состояния, которое вызывает существующую проблему, и закрепляет результат. Упражнение можно повторять несколько раз для достижений устойчивого результата и освобождения клиента от чувств, приводящих к деструктивным паттернам поведения.

Клиенту предлагается представить данное чувство (симптом) в форме некоторого образа, находящегося перед ним на стуле или просто в пространстве, однако место нахождения объекта можно изменять в согласовании с представлениями клиента.

Можно использовать зрительный образ, но можно подключать и слуховой, и кинестетический каналы, обоняние.

Происходит исследование образа (размер, форма, цвет и т.д.), его действия, его возможности, отношения с клиентом. Затем происходит мысленная трансформация образа. Трансформация образа происходит несколько раз, до тех пор пока негативный образ полностью исчезнет или не преобразуется в позитивный [22].

Упражнение «Рисование эмоций».

Выбрать эмоцию с которой хочется поработать.

Карандашом на листе бумаги сделать рисунок эмоции, с которым хочется поработать

Для трансформации эмоции необходимо произвести с бумагой некоторые действия. Например, намочить в воде, смять, разгладить и т.д.

Далее можно раскрасить нарисованный рисунок, дать ему название, придумать по нему историю или диалоги между частями рисунка. Важно, чтобы рисунок был спонтанным, неструктурированным, пятнами, линиями, формами выражая внутренний мир клиента. Многократные изменения рисунка дают возможность изменить и переживания клиента [20].

Упражнение «Создание ресурсного образа».

Создание ресурсного образа и возможность его дальнейшего использования основана на технике нейролингвистического программирования, постановка якоря. Якорь бывает положительный (вызывает ресурсное состояние, приятное переживание). Также якорь бывает отрицательный, который вызывает неприятные переживания.

- Выбрать то, что будет якорем (слово, жест, ощущение);
- Вызвать приятные клиента переживания и одновременно произнести слово, сделать жест или прикосновение.

В дальнейшем научить клиента как можно точнее воспроизводить якорь для получения ресурсного состояния самостоятельно [24].

Проведенное эмпирическое исследование позволяет сделать выводы, представленные далее.

В ходе эмпирического исследования установлено, что лица с сахарным диабетом обладают пониженной активностью и низким уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями, повышенным чувством вины, обидчивости и подозрительности, внешнее проявление агрессивности ниже нормы при повышенной враждебности. У лиц с сахарным диабетом существуют взаимосвязи между активностью,

враждебностью, уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями, чувством вины, подозрительностью, раздражительностью.

Самооценка, активность и волевые качества взаимосвязаны и усиливают друг друга, а также влияют на уровень субъективного контроля в сфере здоровья.

В результате сравнения с контрольной группой людей без диагноза сахарный диабет установлено, что лица с сахарным диабетом достоверно проявляют большую обидчивость, подозрительность, враждебность к людям, в большей степени ощущают чувство вины, меньше чувствуют контроль над жизненными ситуациями.

Полученные данные могут быть использованы для проведения психопрофилактической помощи больным с сахарным диабетом.

Для психопрофилактической помощи рекомендуются индивидуальные и групповые консультации, направленные на работу по гармонизации межличностных отношений, нормализации эмоционального состояния, усиления чувства уверенности в себе, уменьшения чувства вины и обиды, конструктивного выражения подавляемых агрессивных импульсов.

Заключение

Исследование посвящено проблеме социально-психологических аспектов психопрофилактики лиц с сахарным диабетом.

Анализ литературы показал, что заболеваемость сахарным диабетом увеличивается по всему миру. Тяжесть и распространенность данного заболевания, взаимосвязь его с психическими процессами определили необходимость широких исследований проблемы социально-психологических аспектов психопрофилактики лиц с сахарным диабетом, чему уделяется большое внимание научного сообщества.

Многие авторы отмечают связь гликемического индекса и психоэмоционального состояния лиц, больных сахарным диабетом и внедрения комплексных медико-психологических программ для терапии лиц с сахарным диабетом. Однако в литературе существуют разные мнения по составу характеристик, которые авторы связывают с динамикой диабета и контролем гликемии. Отмечаются такие аспекты как уровень тревожности, сфера семейных отношений, потребность во внимании и зависимости, уровень активности и пассивности, чувство страха, агрессивность. Для успешной работы с лицами с сахарным диабетом психологи нуждаются в четко намеченной линии работы с учетом наиболее эффективных мишеней психотерапии для таких пациентов.

В ходе эмпирического исследования установлено, что лица с сахарным диабетом обладают пониженной активностью и низким уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями, уровнем внешнего проявления агрессивности ниже нормы при повышенной враждебности. У лиц с сахарным диабетом существуют взаимосвязи между активностью, враждебностью, уровнем субъективного контроля над жизненными ситуациями. Лица с сахарным диабетом имеют отличия от лиц без диагноза «сахарный диабет» в уровнях активности, субъективного контроля над жизненными ситуациями, агрессивности, враждебности.

Таким образом, важнейшей частью подготовки психопрофилактических программ является изучение указанных факторов. Сформированные психологические образования, черты характера и социальные взаимоотношения человека, а также их взаимодействие являются основой для научного подхода и эффективного проведения всех видов психопрофилактики.

Рекомендуются индивидуальные и групповые консультации, направленные на работу по гармонизации объектных отношений, нормализации эмоционального состояния, усиления чувства уверенности в себе, уменьшение чувства враждебности и обиды, конструктивного выражения подавляемых агрессивных импульсов.

Значимость работы заключается в дополнении имеющихся исследований новыми данными об особенностях психопрофилактической работы с лицами с сахарным диабетом, что составляет научный интерес для дальнейших исследований путей психопрофилактики лиц с сахарным диабетом. Результаты диагностики, выводы, предложения и рекомендации, содержащиеся в работе, имеют практическую значимость для психологов. В частности, данные исследования могут послужить основой для разработки программы по улучшению психологического состояния лиц с сахарным диабетом.

Список используемой литературы

1. Адлер А. Понять природу человека. СПб. : «Академический проект», 1997. 256 с.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей. М. : «ГЭОТАР Медиа», 2007. 720 с.
3. Амон Г. Психосоматическая терапия. СПб. : Речь, 2000. 238 с.
4. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
5. Баськова А. И. Сахарный диабет как социально значимое и как психосоматическое заболевание // Символ науки. 2016. № 5. С. 186-187.
6. Боярская Е. С. Социально-психологические аспекты реабилитации подростков с сахарным диабетом 1-го типа : дис. канд. психол. наук Архангельск, ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», 2006. 150 с.
7. Бройтигам В., Кристиан П., М. Рад Психосоматическая медицина / пер. с нем. Г. А.Обухов. М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.
8. Валиева Д. А. Психоэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом // Вестник современной клинической медицины. 2014. Т. 7. Приложение 1. С. 69-77
9. Вершинина В. В., Морозова Л. Н. От самопознания к саморегуляции (Учитесь властвовать собой) : учебно-методическое пособие. Ульяновск : Ульяновский государственный педагогический университет имени И. Н. Ульянова, 2015. 83 с.
10. Волочков А. А. Активность субъекта бытия: Интегративный подход. Пермь : ПГПУ, 2007. 376 с.
11. Выготский Л. С. Учения об эмоциях. М. : Книга по Требованию, 2012. 160 с.
12. Гарганеева Н. П., Семке В. Я., Белокрылова М. Ф. Сахарный диабет типа 2 : коморбидность с непсихотическими психическими

расстройствами и прогноз // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. № 2. С. 3.

13. Гарганеева Н. П., Психосоциальные аспекты сахарного диабета 2-го типа: инновации профилактики : // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2011. Т. 26. № 4-2. С. 122-125.

14. Дедов И. И. Эндокринология: национальное руководство. Эндокринология / под ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 1064 с.

15. Дедов И. И., Шестакова М. В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. М. : Министерство здравоохранения Российской Федерации Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр, 2013. 119 с.

16. Древаль А. В. Учебник диабетика [Электронный ресурс] : StudMed. URL: https://www.studmed.ru/dreval-av-u_hebnik-diabetika_4c036945383.html (дата обращения: 19.01.2021).

17. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М. : Академический проект, 999. 240 с.

18. Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003. 288 с.

19. Кулганов В. А., Белов В. Г., Парфёнов Ю. А. Прикладная клиническая психология : учебное пособие. СПб. : СПбГИПСР, 2012. 444 с.

20. Лебедева Д.А. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. М. : Речь, 2021. 192 с.

21. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения : в 2 т. Т. 2 М. : Педагогика, 1983. 320 с.

22. Линде Н. Д. Эмоционально-образная терапия (теория и практика). М. : Московский гуманитарный университет, 2004. 153 с.

23. Лоуэн А. Психология тела: биоэнергетический анализ тела / пер. с англ. С. Коледа. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. 256 с.

24. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. М.: ЭКСМО, 2005. 992 с.
25. Маслоу А. Мотивация и личность / [пер. с англ. А. М. Татлыбаевой]. СПб. : Евразия, 1999. 351 с.
26. Методологические основы психологической диагностики в клинике соматических расстройств тема научной статьи по психологическим наукам / Вассерман Л. И. [и др.] // Сибирский психологический журнал. 2010. № 38. С. 24-26.
27. Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П. Большой психологический словарь. СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. 672 с.
28. Молчаливая угроза [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2019/12/22/chislo-bolnyh-saharnym-diabetom-vyroslo-v-rf-na-25-mln-chelovek-za-18-let.html> (дата обращения: 03.02.2021).
29. Настина Е. Н., Кириченко О. Е. Исследование психологического профиля больных сахарным диабетом типа 2 и артериальной гипертензией // Вятский медицинский вестник. 2009. № 1. С.18
30. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года : Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 года № 474. Консультант плюс : справочно-правовая система.
31. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 года № 323 ФЗ. Консультант плюс : справочно-правовая система.
32. Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода : обучение и психосоциальные аспекты / Майоров А. Ю. [и др.] // Сахарный диабет. 2011. № 1. С. 46–50.
33. Практическая психодиагностика / Под ред. Д. Я. Райгородского. Учебное пособие. Самара : Бахрах-М, 2001. 672 с.
34. Психология здоровья / Денисова Е. А. [и др.]. Тольятти: Тольяттинский государственный университет, 2017. 107 с.

35. Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Питер, 2006. 607 с.
36. Сахарный диабет : психосоматические аспекты. / Сидоров П. И. [и др.]. СПб. : СпецЛит, 2010. 174 с.
37. Соловьева С. Л. Медицинская психология : конспект лекций / С.Л. Соловьева. М. : ООО «Издательство АСТ», СПб. : ООО «Сова», 2004. 154 с.
38. Трифонова Е. А. Клинико-психологические факторы нарушения психической адаптации и качества жизни больных инсулинозависимым сахарным диабетом: автореф. дис. канд. психол. наук. СПб. : Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2004. 24 с.
39. Усманова Н. Р. Эффективность санаторной реабилитации детей с сахарным диабетом 1-го типа с применением свето- и цветотерапии: дис. канд. мед. наук / Н.Р. Усманова. Уфа : БГМУ, 2007. 122 с.
40. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями / Под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. М. : Практика, 2014. 442 с.
41. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002. 490 с.
42. Холмогорова А. Б., Рычкова О. В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. 2017. Т. 8. № 4. С. 8–31.
43. Чапала Т.В. Исследование депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. № S28. С. 31–35. URL: <https://e-koncept.ru/2015/75375.htm> (дата обращения: 12.04.2021)
44. Чапала Т.В. Категории, нормы и методы исследования в психологии здоровья // Научен вектор на Балканите. 2017. № 1. С. 35-38.

45. Чапала Т.В. Психология здоровья как предмет исследования: теоретический обзор // Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии. 2016. С. 248-252.

46. Depression and retinopathy in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis / Z. Yaowu [and other] // Psychosom Med. 2021. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33657086/> (дата доступа 14.02.2021)

47. Depression, anxiety, and associated factors in patients with diabetes: evidence from the anxiety, depression, and personality traits in diabetes mellitus (ADAPT-DM) study / L.S.-C. Woon [and other] // BMC Psychiatry. 2020. Т. 20. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7218550/> (дата доступа 14.02.2021)

48. Multi-informant path models of the influence of psychosocial and treatment-related variables on adherence and metabolic control in adolescents with type 1 diabetes mellitus / L.J. Kristensen [and other] // PLoS ONE. 2018. Т. 13. № 9. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6147740/> (дата доступа 24.01.2021)

49. Psychological and personality factors in type 2 diabetes mellitus, presenting the rationale and exploratory results from The Maastricht Study, a population-based cohort study / van Dooren [and other] // BMC Psychiatry. 2016. Т. 16. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4728860/> (дата доступа 24.01.2021)

50. Type D personality is associated with glycemic control and socio-psychological factors on patients with type 2 diabetes mellitus : a cross-sectional study / Y.-H. Lin [and other] // Psychology Research and Behavior Management. 2020. Т. 13. С. 373-381. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7200262/> (дата доступа 13.02.2021)

Приложение А
Коэффициенты для перевода баллов и значения уровней различных форм агрессии для методики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки

В таблице А.1 использованы наименования шкал, представленные в таблице Б.2.

Таблица А.1 – Коэффициенты для перевода баллов и значения уровней различных форм агрессии для методики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки адаптация А.К. Осницкого, Хван А.А.

Шкала	Коэффициент	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
ФизичАгрес	10	0-30	31-52	53-100
ВербАгрес	8	0-14	15-36	37-100
КосвАгрес	11	0-14	15-36	37-100
Негатив	20	0-30	31-52	53-100
Раздраж	9	0-14	15-36	37-100
Подозрит	10	0-14	15-36	37-100
Обида	13	0-30	31-52	53-100
Вина	11	0-30	31-52	53-100

Приложение Б

Результаты корреляционного анализа группы лиц с сахарным диабетом

Статистические значимые корреляционные связи, обнаруженные при исследовании с помощью коэффициента rs-Спирмена результатов психодиагностики группы лиц с сахарным диабетом, представлены в таблице Б.1.

В таблице Б.1 использованы наименования шкал психодиагностических методик, размещенные в таблице Б.2.

Таблица Б.1 – Корреляционные связи, обнаруженные при исследовании с помощью коэффициента rs-Спирмена результатов психодиагностики группы лиц с сахарным диабетом (КорСвСД)

№ респондента. Коэффициент корреляционной связи	Параметр1	Параметр2	Коэффициент связи	Значимость	Направление	Сила
1.КорСвСД	ИО	Подозрит	-0,459	0,05	обратная	слабая
2.КорСвСД	ИО	Вина	-0,524	0,01	обратная	средняя
3.КорСвСД	ИО	Вражд	-0,508	0,01	обратная	средняя
4.КорСвСД	ИД	ИН	0,419	0,05	прямая	слабая
5.КорСвСД	ИД	ИС	0,612	0,01	прямая	средняя
6.КорСвСД	ИД	ИП	0,49	0,01	прямая	слабая
7.КорСвСД	ИД	ИМ	0,543	0,01	прямая	средняя
8.КорСвСД	ИД	ИЗ	0,484	0,01	прямая	слабая
9.КорСвСД	ИД	Обида	-0,402	0,05	обратная	слабая
10.КорСвСД	ИД	Вина	-0,451	0,05	обратная	слабая
11.КорСвСД	ИД	Вражд	-0,439	0,05	обратная	слабая
12.КорСвСД	ИН	ИС	0,67	0,01	прямая	средняя
13.КорСвСД	ИН	ИМ	0,529	0,01	прямая	средняя
14.КорСвСД	ИН	ИЗ	0,496	0,01	прямая	слабая
15.КорСвСД	ИН	Подозрит	-0,405	0,05	обратная	слабая
16.КорСвСД	ИН	Вражд	-0,421	0,05	обратная	слабая
17.КорСвСД	ИС	ИП	0,546	0,01	прямая	средняя

Продолжение Приложения Б

Продолжение Таблицы Б.1

№ респондента корреляционной связи	Параметр1	Параметр2	Коэффициент связи	Значимость	Направление	Сила
18.КорСвСД	ИС	ИМ	0,456	0,05	прямая	слабая
19.КорСвСД	ИС	ИЗ	0,625	0,01	прямая	средняя
20.КорСвСД	ИС	Вина	-0,424	0,05	обратная	слабая
21.КорСвСД	ИП	Раздраж	-0,376	0,05	обратная	слабая
22.КорСвСД	ИП	Вина	-0,396	0,05	обратная	слабая
23.КорСвСД	ИМ	Подозрит	-0,562	0,01	обратная	средняя
24.КорСвСД	ИМ	Вина	-0,529	0,01	обратная	средняя
25.КорСвСД	ИМ	Вражд	-0,595	0,01	обратная	средняя
26.КорСвСД	ИЗ	Активность	0,545	0,01	прямая	средняя
27.КорСвСД	ИЗ	Оценка	0,468	0,05	прямая	слабая
28.КорСвСД	Активность	Оценка	0,523	0,01	прямая	средняя
29.КорСвСД	Активность	Обида	0,398	0,05	прямая	слабая
30.КорСвСД	Оценка	Сила	0,673	0,01	прямая	средняя
31.КорСвСД	ФизичАгрес	Негатив	0,466	0,05	прямая	слабая
32.КорСвСД	ФизичАгрес	Обида	0,414	0,05	прямая	слабая
33.КорСвСД	КосвАгрес	Раздраж	0,701	0,01	прямая	сильная
34.КорСвСД	КосвАгрес	Обида	0,46	0,05	прямая	слабая
35.КорСвСД	КосвАгрес	Вина	0,379	0,05	прямая	слабая
36.КорСвСД	КосвАгрес	Вражд	0,392	0,05	прямая	слабая
37.КорСвСД	Негатив	Раздраж	0,386	0,05	прямая	слабая
38.КорСвСД	Негатив	Подозрит	0,377	0,05	прямая	слабая
39.КорСвСД	Негатив	Вражд	0,411	0,05	прямая	слабая
40.КорСвСД	Раздраж	Подозрит	0,406	0,05	прямая	слабая
41.КорСвСД	Раздраж	Обида	0,549	0,01	прямая	средняя
42.КорСвСД	Раздраж	Вина	0,402	0,05	прямая	слабая
43.КорСвСД	Раздраж	Вражд	0,599	0,01	прямая	средняя
44.КорСвСД	Подозрит	Вина	0,447	0,05	прямая	слабая
45.КорСвСД	Обида	Вина	0,556	0,01	прямая	средняя

Продолжение Приложения Б

Таблица Б.2 – Наименования шкал психодиагностических методик

Диагностика	Краткое наименование	Полное наименование
ДиагнУСК	ИО	Общая интернальность
ДиагнУСК	ИД	Интернальность в области достижений
ДиагнУСК	ИН	Интернальность в области неудач
ДиагнУСК	ИС	Интернальность в семейных отношениях
ДиагнУСК	ИП	Интернальность в области производственных отношений
ДиагнУСК	ИМ	Интернальность в области межличностных отношений
ДиагнУСК	ИЗ	Интернальность в области здоровья
ДиагнЛД	Активность	Фактор Активности
ДиагнЛД	Оценка	Фактор Оценки
ДиагнЛД	Сила	«Фактор Силы»
ДиагнБД	ФизичАгрес	Физическая агрессия
ДиагнБД	ВербАгрес	Вербальная агрессия
ДиагнБД	КосвАгрес	Косвенная агрессия
ДиагнБД	Негатив	Негативизм
ДиагнБД	Раздраж	Раздражительность
ДиагнБД	Подозрит	Подозрительность
ДиагнБД	Обида	Обида

Продолжение Приложения Б

Продолжение Таблицы Б.2

Диагностика	Краткое наименование	Полное наименование
ДиагнБД	Вина	Чувство вины
ДиагнБД	Агрес	Агрессивность
ДиагнБД	Вражд	Враждебность

В таблице Б.2 использованы следующие обозначения.

- ДиагнУСК – Диагностика парциальных позиций интернальности-экстернальности личности;
- ДиагнЛД – Методика «Личностный Дифференциал»;
- ДиагнБД – Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки;
- ДиагнНТ – Проективная методика исследования личности «Hand-тест».