

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

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Особенности эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Обучающийся

И. С. Прохошина

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

доктор пед. наук, профессор И.В. Непрокина

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические основы изучения особенностей эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	8
1.1 Понимание здоровья и болезни в психологии	8
1.2 Понятие личностных и эмоциональных особенностей.....	18
1.3 Эмоционально-личностные особенности лиц с сердечно- сосудистыми заболеваниями	24
Глава 2 Эмпирическое исследование особенностей эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	32
2.1 Организация и методика проведения исследования	32
2.2 Описание результатов исследования	35
Заключение	75
Список используемой литературы	77

Введение

Актуальность темы исследования. Вопросы здоровья человека, его предикторов, всегда актуальны, поскольку наличие здоровья определяет возможности личности к саморазвитию. С появлением исследований в сфере психосоматики стало ясно, что физическое здоровье определяется не только объективными факторами, но и находится под влиянием субъективных факторов. Начало науки психосоматики положено в 1818 году немецким врачом И.К. Хайнротом (J.C.A. Heinroth). Чуть позже, в 1822 году К. Якоби (C.W.M. Jacobi) предложил термин «соматопсихика», которым хотел сказать о том, что телесный фактор первичен в формировании болезней, но имеет место быть и психологический фактор. В 1940–60-е гг. в науке доминировал тезис Ф. Александера (Franz Alexander) о том, что стрессы и психотравмы запускают и усугубляют физические заболевания.

Современная наука углубила представления о генезисе заболеваний, указывая на роль эмоций и способов их регуляций (Л.И. Вассерман, Е.И. Первичко и другие). Разработана теория о том, что изначально имеются некие предпосылки у человека к формированию определенных заболеваний. У кого-то страдает сердечно-сосудистая система, у кого-то система кожных покровов. И различные психологические эмоционально-личностные факторы оказывают усугубляющее воздействие.

К психосоматическим заболеваниям, то есть в возникновении и течении которых играют большую роль психологические факторы, в настоящее время отнесены следующие: сахарный диабет второго типа, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка, нейродермит, сердечно-сосудистые заболевания (эссенциальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца) и другие. При этом нельзя сказать, что данная проблематика полностью раскрыта, потому что людей с болезнями психосоматического спектра становится все больше, и актуально расширение и углубление представлений о психологических факторах их протекания, об особенностях

эмоциональной сферы лиц с различными соматическими патологиями, что позволило бы расширить возможности оказания им психологической помощи: психологической коррекции и психотерапии. Кроме того, длительное заболевание так же сказывается на психологических особенностях болеющих, поскольку сужает их круг общения и влияет на их активность, снижая возможности мобилизации всех резервов организма для восстановления качества жизни. Всё вышесказанное указывает на то, что необходимость изучения эмоционально-личностных особенностей пациентов с соматическими патологиями существует.

Таким образом, можно проследить противоречие между растущей востребованностью оказания психологической помощи психосоматическим пациентам, углублённостью представлений о психологическом мире, страдающих различными психосоматическими заболеваниями и недостаточной изученностью особенностей эмоциональной сферы лиц, страдающих данными патологиями. Отсюда выделяем проблему: как выявить отличительные эмоционально-личностные особенности людей, страдающих определёнными заболеваниями, на примере лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Объект исследования – эмоциональная сфера лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Предмет исследования – особенности эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель исследования – изучить особенности эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Задачи исследования:

- описать подходы в понимании здоровья и болезни, факторы, влияющие на возникновение болезни;
- охарактеризовать эмоциональную сферу личности;
- рассмотреть психологические особенности лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

- провести сравнительный анализ эмоциональных особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и людей, не имеющих соматической патологии;
- проанализировать структуру взаимосвязей в эмоциональной сфере лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и лиц, не имеющих соматической патологии.

Гипотеза исследования: предполагается, что существуют различия в особенностях эмоциональной сферы пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и лиц, не имеющих таковых.

Теоретико-методологические основы исследования:

- современные подходы к пониманию здоровья и болезни, а также факторов, их обуславливающие (Г.С. Никифорова);
- психосоматический подход Ф. Александера (Franz Alexander);
- фундаментальные основы изучения эмоций и эмоциональной сферы, заложенные в трудах В. Вундта (Wilhelm Maximilian Wundt), К.Г. Ланге (Carl Georg Lange), Д. Уотсона (John Broadus Watson), У. Мак-Даугалла (William McDougall), Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, П.В. Симонова и других.

Методы исследования:

- теоретический анализ научной литературы по теме исследования;
- эмпирические методы (тестирование); методы количественной обработки данных (сравнительный анализ с помощью критерия Стьюдента, корреляционный анализ по критерию Пирсона).

Методики исследования: многофакторный личностный опросник Кеттелла, опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс), «Госпитальная шкала депрессии и тревожности» (AS. Zigmond, R.P. Snaith), опросник САН (самочувствие, активность и настроение), Томский опросник ригидности.

Экспериментальная база исследования: медицинская лицензированная организация общество с ограниченной ответственностью «Главный

Пациент» в г. Новосибирск. В исследовании приняли участие 35 респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (27 человек – стаж гипертонии более 1 года, 8 человек – впервые выявленная гипертония; у всех пациентов отсутствует врожденная патология сердечно-сосудистой системы) и 35 здоровых респондентов (прошедшие профилактический осмотр, не имеющие хронических заболеваний). Возраст 35–55 лет.

Научная новизна исследования заключается в том, что выявлена структура взаимосвязей эмоционально-личностных особенностей лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которая характеризует их неблагоприятное психологическое состояние.

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении представлений о теоретических аспектах изучения взаимосвязи хронических соматических заболеваний и эмоционально-личностных особенностей человека.

Практическая значимость исследования. Результаты будут полезны клиническим психологам, работающим с пациентами с болезнями сердечно-сосудистой системы в аспекте выстраивания целей психологической помощи.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались определением методологической базы исследования, логикой построения исследования, применением комплекса методов сбора данных, адекватных предмету, целям и поставленным задачам, а также использованием методов математической статистики.

Личное участие автора в организации и проведении исследования заключалось в разработке методологии исследования, выборе методик и анализе полученной информации. Автор также принимал активное участие в проведении тестирования, что позволило собрать качественные и достоверные данные для дальнейшего анализа.

Апробация и внедрение результатов работы велись в течение всего исследования. По итогам исследования автором магистерской диссертации И.С. Прохошиной опубликована статья в журнале «Молодой учёный» [32].

На защиту выносятся положения:

- здоровье – интегральная, комплексная характеристика. Наиболее целостным является биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни, который охватывает все стороны явления;
- эмоции являются особой категорией психических процессов и состояний, которые связаны с потребностями и мотивами. Эмоции окрашивают жизнедеятельность человека, эмоциональный фон играет большое значение в благополучии личности. Определенные психологические факторы, эмоциональные особенности предрасполагают к возникновению определенных заболеваний;
- лицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, свойственны определенные эмоциональные особенности: неблагоприятное эмоциональное состояние: сниженный эмоциональный фон, эмоциональная чувствительность, неустойчивость, тревожность, страх в ситуациях, требующих изменений, эмоциональная напряженность, склонность к экспрессивному выражению эмоций. Им свойственны дезадаптивные эмоциональные реакции, сенситивная ригидность, общая ригидность.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав (теоретического и исследовательского характера), заключения, содержит 12 рисунков, 12 таблиц, список используемой литературы (51 источник), включая источники на иностранном языке и приложения. Основной текст работы изложен на 82 страницах.

Глава 1 Теоретические основы изучения особенностей эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями

1.1 Понимание здоровья и болезни в психологии

Здоровье – интегральная, комплексная характеристика. Наиболее целостным является биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни, который охватывает все стороны явления. Данный подход означает, что здоровье складывается из биологических факторов, особенностей иммунитета, а также из внешних условий окружающей среды, а также под влиянием психологических факторов, в число которых входят и особенности личности и особенности проявления заботы о своем теле и здоровье. Здоровье так же подразумевает психологическое благополучие, гармонию. [29].

В психологии существует классификация психологических факторов, связанных со здоровьем и болезнью. По этой классификации выделяют независимые факторы, передающие факторы и мотиваторы.

Независимые факторы, которые так же называют предшествующими, в значительной степени влияют на здоровье и болезнь. Это факторы, которые трудно изменить: это социально-экономические, политические факторы, особенности этнические и демографические, экологические и природные, но также и способности, врожденные.

Рассмотрим первую группу: предрасполагающими факторами являются поведенческие, эмоциональные паттерны и поддерживающие диспозиции.

В поведенческих паттернах выделяют поведение типа А и поведение типа В. В большей степени изучено поведение типа А, которое провоцирует возникновение сердечно-сосудистых заболеваний (чаще всего, ишемической болезни сердца), многие исследования показывают, что «существует положительная значимая связь между поведением типа А и ишемической болезнью сердца» [49]. Поведение типа В отличается по своим проявлениям

от поведения типа А. К поведению типа В относятся противоположные характеристики. Люди с типом поведения В способны расслабляться, у них отсутствует чувство нехватки времени и нетерпеливость.

Поведение типа А включает следующие психологические особенности: высокий уровень притязаний, агрессивные проявления, в том числе в форме раздражительности. В целом, в эмоциональном плане преобладает агрессия, которой важно уделить внимание. Если человек по разным причинам испытывает отчуждение, то есть находится обособленно в отношении других людей, то в этом случае его поведение может быть агрессивным. Г.С. Никифоров также пишет о том, что на личностное развитие оказывают воздействие генетика, условия развития и внутренняя позиция самого человека [29]. Все эти факторы оказывают влияние на проявления агрессивного поведения.

Выдающийся психолог С.Л. Рубинштейн определяет агрессивное поведение как физическое или вербальное поведение, целью которого является причинение вреда. Автор описывает два вида агрессивного поведения, опираясь на особенности животного мира, социальная агрессия и молчаливая агрессия. Социальная агрессия у животных выражается в проявлениях ярости, молчаливая агрессия более незаметно, в этом случае человек продумывает свое агрессивное поведение. С.Л. Рубинштейн полагает, что у людей есть два вида агрессивного поведения: враждебное агрессивное поведение и инструментальное агрессивное поведение. Сущность враждебного агрессивного поведения в злости, сущность инструментального агрессивного поведения в том, чтобы добиться определенной цели, и агрессивное поведение выступает как источник достижения цели. Агрессивность негативно влияет на субъект – субъектные отношения, но нужно и полезно в деятельности, в частности в творческой деятельности – на основе агрессивного поведения формируется умение преодолевать препятствия. Есть условно «негативное» и «позитивное» агрессивное поведение. К позитивной агрессивности учёный относит

наступательность, напористость, неуступчивость в поведении. К негативной агрессивности поведению автор относит нетерпимость к мнению других, мстительность. Позитивная агрессия описывается как целеустремленность, настойчивость, решительность, смелость, инициативность.

Для объяснения агрессивного поведения представляет интерес аффективно-динамический подход И.А. Фурманова, в котором описывается агрессивность в контексте взаимодействия людей. Агрессивность, по мнению автора, входит в триаду «страдание – страх – гнев». Люди часто испытывают данные чувства, и то, какие чувства преобладают, определяют, каково будет поведение людей, и будет ли оно способствовать адаптации в обществе, или дезадаптации в обществе. К примеру, если человек испытывает чувство страха, его поведение будет подавленно-агрессивным, потому что под влиянием страха человек будет подавлять негативные эмоции. Если человек испытывает сильный страх и сильный гнев, то его поведение будет пассивно-агрессивным, то есть он будет направлять агрессию на неопасные для него предметы или людей, не способных ему ответить вместо того, чтобы направлять эмоции на того, к кому они действительно относятся. В том случае, когда самой сильной эмоцией является гнев, человек ведет себя активно агрессивно [41].

В этот же список можно включить особенности отношения к риску и к возможности получения каких-то травм. Людям в целом свойственны стереотипы, в том числе о том, что с ними ничего не может случиться. Поэтому они рискуют, считают, что к ним не имеет отношение возможная болезнь или другое негативное событие. Также немаловажен контроль над своей жизнью. Ощущения человека в эмоциональной, когнитивной, физической сфере в большой степени зависят от наличия или отсутствия чувства контроля над собственной жизнью.

Такие особенности темперамента как высокий темп деятельности и речи, а также высокий уровень телесного напряжения также входят в тип людей, демонстрирующие поведение типа А.

Среди эмоциональных паттернов наиболее исследованными являются сложности в выражении эмоций, которые делятся на два типа – алекситимия и репрессивный стиль совладания. Алекситимия представляет собой выраженные сложности в вербализации собственных чувств. Репрессивный личностный стиль представляет собой склонность к избеганию ситуаций, в которых необходимо открытым образом выражать эмоции [6].

К третьей группе независимых факторов, факторам социальной среды, влияющим на состояние здоровья, относятся социальная поддержка, семья и профессиональное окружение. Социальная поддержка – один из процессов, с помощью которого общество оказывает влияние на личность. Социальная поддержка, кроме оказания непосредственного влияния, может быть своеобразным буфером при возникновении стресса [33].

В вопросе влияния демографических факторов – четвертой группы независимых факторов, ведущую роль играют биологические концепции. Остается открытым вопрос о том, влияние каких факторов является преобладающим [28].

Вышеописанные независимые факторы могут оказывать влияние на состояние здоровья человек не только непосредственным образом, но и через передающие факторы – вторую большую группу, представляющую собой «специфическое поведение, возникающее как реакция на стресс» [33]. Сюда включены процессы совладания (копинга) в ответ на различные стрессоры, здоровые поведенческие активности, сохраняющие позитивным образом влияющие на здоровье. Здесь же могут наблюдаться и неконструктивные стратегии преодоления стрессов, к которым относятся употребление и злоупотребление веществами, приносящими вред здоровью (например, алкоголь и никотин). Использование данной стратегии связано с существованием культурного паттерна подобного совладания, который следует заменить таким же доступным, дешевым и простым, но конструктивным видом копинга.

Большое значение имеет образ жизни и отношение человека к жизни в целом.

Отметим и третью группу факторов – виды способов «сосуществования» с трудными ситуациями, которые использует человек.

Группа мотиваторов оказывает опосредованное воздействие на состояние здоровья и болезни путем стимулирования специфического поведения, относящегося к передающим факторам [34].

Стресс актуализирует предрасполагающие факторы. Теория эмоционального стресса принадлежит Гансу Селье (Hans Selye). Ученый описывает стресс на психологическом и на физиологическом уровнях. Физиологические проявления касаются преимущественно сердечно-сосудистой системы, как в ухудшении ее функционирования, так и в мобилизации. Психологическая сторона стресса проявляется в негативных эмоциях. Между тем, в позитивном варианте стресс предполагает выработку новых способов совладания со сложной ситуацией, открытие доступа к новым ресурсам личности, адаптацию к новым сложным условиям жизнедеятельности. С физиологической стороны стресс может проявляться в мобилизации физических сил организма. Стресс представляет собой общий адаптационный синдром, состоящий из трех фаз: фазы тревоги, фазы резистентности и фазы истощения. На фазе тревоги происходит снижение возможностей организма к сопротивлению и актуализация механизмов защиты. На фазе резистентности актуализируются ресурсы организма и происходит адаптация либо дезадаптация. На фазе истощения, в случае дезадаптации, происходит нарушение функционирования организма.

Физиологические проявления стресса касаются преимущественно сердечно-сосудистой системы, как в ухудшении ее функционирования, так и в мобилизации. Психологическая сторона стресса проявляется в негативных эмоциях. Между тем, в позитивном варианте стресс предполагает выработку новых способов совладания со сложной ситуацией, открытие доступа к новым ресурсам личности, адаптацию к новым сложным условиям

жизнедеятельности. С физиологической стороны стресс может проявляться в мобилизации физических сил организма. Стресс представляет собой общий адаптационный синдром, состоящий из трех фаз: фазы тревоги, фазы резистентности и фазы истощения. На фазе тревоги происходит снижение возможностей организма к сопротивлению и актуализация механизмов защиты. На фазе резистентности актуализируются ресурсы организма и происходит адаптация или дезадаптация. На фазе истощения, в случае дезадаптации, происходит нарушение функционирования организма. Важно, что время между стрессом и каждой реакцией минимально, поэтому конкретный стресс легко отследить.

Доказано, что личностное восприятие стресса имеет большее значение для здоровья, чем объективная природа стрессоров. Реакция на стресс различна в зависимости от каждой конкретной личности [22].

Анализ схемы взаимодействия психологических факторов риска и антириска, которые оказывают воздействие на здоровье и болезнь, перспективен в плане дальнейшего изучения комплексного влияния взаимосвязи факторов.

Теории формирования психосоматических заболеваний различны и описывают причины психосоматических заболеваний с разных сторон.

К характерологически ориентированным направлениям и типологиям относится теория Фландерс Данбар (Helen Flanders Dunbar). Данбар описала комплекс качеств, которые полагала свойственными человеку, имеющему сильную болезнь:

- люди, нацеленные на получение эмоций;
- люди, не умеющие планировать и прогнозировать;
- люди, эмоционально вспыльчивые;
- люди, которые руководствуются эмоциями, а не мышлением;
- люди, которые считают, что сами во многом виноваты в том, что с ними происходит. Именно «виноваты, а не ответственные» [6].

3. Фрейд (Sigmund Freud) считал, что событие, которое выходит за рамки нормальности у человека, становится для него травмой такой глубокой, что она выражается в том числе в болезни, точнее, симптом болезни становится способом справиться с травмой [36].

Согласно «гипотезе специфичности» Франца Александера (Franz Alexander) можно сделать следующие выводы. Во-первых, психологические факторы, провоцирующие болезни, имеют специфическую природу. Во-вторых, важно учитывать контекст, в котором проявляется заболевание. В-третьих, нужно смотреть на любую болезнь комплексно [1].

В современном мире человек ежедневно переживает ряд стрессовых ситуаций, это могут быть проблемы в семейных взаимоотношениях, трудности реализации на рабочем месте, отсутствие друзей, которым можно выговориться и успокоиться. Также немаловажен тот факт, что каждый человек переживает за близких ему людей, например детей, которые взрослея могут совершить ряд ошибок, боязнь за пожилых родителей, все это приводит к постоянному состоянию стресса. Многими авторами доказана взаимосвязь полученного стресса с приобретением психосоматических заболеваний.

Известно, что появление психосоматических заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых патологий, связано с трудностями в эмоциональной сфере. Наиболее исследованными являются сложности в выражении эмоций, которые делятся на два типа – алекситимия и связанный с поведением тип С репрессивный личностный копинг. При алекситимии присутствует дефицитарность эмоциональных реакций, у алекситимиков есть выраженные сложности в вербализации собственных чувств. Поведенческий тип С или репрессивный личностный стиль представляет собой склонность к избеганию ситуаций, в которых необходимо выражать эмоции, для них характерны «когнитивные предубеждения, которые подавляют сознательное переживание тревоги» [47].

Микаэл Балинт (Michael Balint), автор модели исходного (базисного) нарушения, полагал, что «для психосоматических больных характерно недостаточно устойчивое восприятие себя и диффузные границы «Я»» [35]. По мнению Балинта, по сравнению со здоровыми людьми самовосприятие у психосоматических больных гораздо лабильнее.

Важная роль принадлежит теории алекситимии. Согласно многим исследованиям, алекситимию рассматривают как фактор риска формирования психосоматических заболеваний. Как отмечают в своей статье О.Е. Зимогляд и авторы, «для пациентов с алекситимией характерны трудности в идентификации и выражении своих чувств, дифференциации соматических ощущений и внутренних переживаний», что становится причиной нарастающего внутреннего напряжения, которое может приводить к психосоматическому заболеванию [13].

Отдельно стоит модель десоматизации и ресоматизации. Автор теории М. Шур (Max Schur) полагал, что «для человека характерно единое «психофизиологическое переживание». Аффекты связаны с сопровождающими их соматическими процессами активные действия и соматические реакции постепенно заменяются речью и внутренними переживаниями – происходит десоматизация. В результате того или иного неблагоприятного развития и фрустраций нормальный процесс десоматизации может обернуться регрессией в форме ресоматизации аффекта. В ситуациях внутренней или внешней опасности происходит возвращение преодолённого соматического способа реагирования» [24].

Перейдём к рассмотрению модели психосоматических нарушений по У. Глассеру (William Glasser). Глассер считал, что «...наше поведение всегда представляет собой проявление попытки контролировать мир и самих себя как часть этого мира с целью наиболее полного удовлетворения наших потребностей» [46].

Как пишет об этом М.Е. Сандомирский: «Будучи изначально адаптивными (точнее, искаженно адаптивными) в раннем детстве, по мере

взросления подобные способы поведения теряют свою приспособительную значимость. Для приверженного к их использованию индивида они играют саморазрушительную роль, в целом ослабляют его контроль над собственной жизнью. Дезадаптивная роль подобных способов поведения в зрелом возрасте очевидна для окружающих, однако ускользает от сознания самого человека» [36].

Разработаны физиологические модели развития психосоматических расстройств: реакция борьбы или бегства (У. Кэннон), гиперсимпатикотония и мышечная броня (В. Райх).

Физиолог Уолтер Кэннон (Walter Bradford Cannon) полагал, что любые ситуации опасные, стрессовые, мобилизуют человека, но на физическом уровне это выражается в том, чтобы он был готов драться или убежать. Опознавая ситуацию как экстремальную, человек находится в готовности переживания, ведущую затем к готовности физически действовать, то есть к телесным реакциям. Даже если никаких реальных действий (fight-or-flight) не последовало, определённые сильные эмоциональные состояния (аффекты) вызывают изменения на уровне химических реакций. Как подчёркивает М.Е. Сандомирский, «согласно этой модели, причина психосоматических расстройств кроется в противоречии биологической и социальной эволюции человека. То, какой именно вид защитно-инстинктивной реакции включается в стрессовой ситуации – борьба или бегство, – зависит не только от самой ситуации, но и от индивидуально-типических особенностей человека» [36].

Вильгельм Райх (Wilhelm Reich), создатель «теории мышечного панциря» опирался на принцип психофизической идентичности: сложную связь между мышечными блоками на физиологическом уровне и подавляемыми эмоциями на психологическом уровне. Он считал, что в напряжении мышц и стесненном дыхании выражается защитное поведение человека, названное им «броней характера», «мышечной броней», что мешает спонтанному течению жизненной энергии в организме. По Райху, терапевт, оказывая непосредственное воздействие на тело пациента

(специальные упражнения, техники глубокого дыхания), помогает ему «распустить мышечный панцирь», снять «аффективный барьер» [36].

Представляют интерес интегративные модели возникновения психосоматических расстройств. Обратим внимание на биопсихосоциальную модель Икскюля (Th. Uexkull) и Везиака (W. Wesiak). Основоположник модели Икскюль считал, что кроме физического тела есть и эмоциональное тело [6].

В. Бройтигам пишет, что «вместо упрощённого отделения комплексных феноменов от простых физиологических и биохимических она показывает путём обращения к учению о знаках и вытекающему из него понятию «перевод» наличие связей между системными уровнями и соответствующими связями значений» [6].

Исходной точкой «медицинской антропологии» В. Вайцзеккера (Viktor Weizsäcker), ещё одного представителя интегративного подхода в возникновении психосоматических заболеваний, являются приём пациента врачом, исследование страдания и беседа пациента с врачом, нацеленным понять это страдание, которому придаётся определённый смысл в жизни человека. В первую очередь, речь идёт об осмыслении так называемых «вытерпленных» страданий.

Вайцзеккер отталкивается от наблюдений за больным и беседы с ним. Возникающее в процессе терапии общее понимание истории жизни психосоматического больного придаёт новое значение болезненному процессу. Это может приводить к тому, что психосоматический больной в своём осмыслении «переживает себя как некое лицо, способное к сотрудничеству и изменению в своём соматопсихическом развитии в сторону исцеления». Как отмечает В. Бройтигам, Вайцзеккер «не ограничивается интерпретацией телесного аспекта в переживаниях; он прошёл тернистый путь, особенно в области физиологии, и при этом проследил участие в биологических процессах мыслительных усилий субъекта, его восприятия и действия. Исходным пунктом для него стала физиология органов чувств» [6].

Учитывая многофакторность природы психосоматических заболеваний, не вызывает сомнений целесообразность опираться на биопсихосоциальный подход при их изучении. Как показывает анализ исследований, имеющихся на данный момент времени, из всех факторов, влияющих на формирование психосоматических заболеваний, наименее изученным является вклад социального компонента, как самостоятельно, так и в соотношении с биологическими и психологическими детерминантами.

1.2 Понятие эмоционально-личностных особенностей

На протяжении долгого времени и по сей день проблеме развития личности уделяется большое внимание. При этом на сегодняшний день единого понимания сущности личности у исследователей нет, существует множество подходов к определению данного понятия.

Личность также рассматривается как структура, включающая конкретные качества, которыми человек овладевает постепенно, по мере включения в общество и социальные связи.

В структуру личности включается самооценка как эмоционально-ценностное отношение личности к себе. А.В. Захарова определяет самооценку как «когнитивную подструктуру, включающую обобщенный опыт личности» [12]. При этом человек может воспринимать себя адекватным образом или неадекватным образом. Во втором случае он оценивает себя выше или ниже реально имеющихся качеств, то есть неадекватно реальности, следствием чего являются формирующиеся конфликты, как внутренние, так и внешние. «Адекватная, или, иными словами, реалистичная самооценка, является базой уверенности в себе, предполагает уровень критичности к себе, а значит и предполагает самоизменение и зону роста человека» [12].

Самооценка в первую очередь связана с эмоциями. Как отмечает О.Н. Молчанова, «одна из основных эмоций человека с низкой самооценкой –

это чувство страха, которое касается самых разных ситуаций: страх не стать лучшим, страх совершить ошибку, страх неудачи, страх осуждение и негативных оценок, страх осознать свое незнание или неумение, страх осознать свою некомпетентность» [27]. Другой характеристикой низкой самооценки является недостаток непосредственности. Человек с низкой самооценкой еще до того, как пробует совершить то или иное действие, уделяет много внимания возможной неудаче и ее последствиям. У него преобладает мотивация избегания неудачи, вследствие чего он часто отказывается от совершения действий, опасается быть на виду и привлекать внимание, избегает активности.

Стабильная или плавающая самооценка: отражает тот факт зависимости самооценки человека от таких ситуативных факторов как настроение, успешность в конкретном деле, успешность на определенном жизненном этапе. Люди, имеющие нестабильную самооценку, более склонны к депрессивным состояниям [12].

В данном аспекте важно понимать, что в самооценку как подструктуру личности входит и образ тела, что взаимосвязано со здоровьем.

Так И.О. Кононенко и А.А. Сибгатулина отмечают «выявленные искажения в восприятии образа тела» у страдающих ишемической болезнью сердца, которые «свидетельствуют о нарушении интеграции между ментальной, эмоциональной сферой и действиями» [18].

Как отмечает О.Н. Молчанова, «связь между самооценкой, личностными особенностями и поведением человека оказывается сложной и неоднозначной» [27]. Выбор стратегии поведения зависит от множества факторов, которые можно сгруппировать в две группы: факторы ситуации и личностные факторы. Выбор стратегии поведения действительно определяется условиями конкретной ситуации. При этом существуют типичные стратегии поведения, которые личность использует чаще всего. Тогда ее можно отнести к устойчивым характеристикам личности. Например, определенные индивидуально-психологические особенности связаны с

определенными стратегиями поведения в конфликте. Конкуренция свойственна людям активным, инициативным, целеустремленным, но фиксированным на своей личности и имеющим невысокий уровень эмпатии.

Личность так же характеризует ее мотивационно-смысловая сфера. С этой позиции можно говорить, что человек в силу своих личностных особенностей может менять свои психологические характеристики.

По мнению Л.Н. Собчик, «личностные особенности – это те самые внутренние и глубинные особенности людей, которые и делают каждого из нас индивидуальным, отличным от остальных представителей нашего вида» [40].

Итак, в понятие «личность» обычно включают такие свойства, которые являются более или менее устойчивыми и свидетельствуют об индивидуальности человека, определяя его значимые для людей поступки.

Неотъемлемой частью личности является эмоционально-волевая сфера.

Как отмечают М.В. Гамезо и авторы, «люди отличаются друг от друга как в переживаниях отдельных эмоций, так и в сформировавшихся эмоциональных свойствах личности. Так, бурная радость у одного человека проявляется в бурных реакциях (крики, подпрыгивание и т.д.), а у другого – лишь в широкой улыбке и сдержанной вокальной мимике». К индивидуальным эмоциональным свойствам относят «эмоциональную возбудимость, глубину переживания (эмоциональная глубина), эмоциональную лабильность–ригидность, эмоциональную устойчивость, эмоциональную отзывчивость, экспрессивность, оптимизм–пессимизм» [10].

Достаточно глубоко понятие эмоций рассматривает Е.П. Ильин. Созревание эмоционально-волевой сферы, своевременное появление эмоционально-волевой регуляции выступает важнейшим фактором, определяющим становление всей личности. Несвоевременность, недоразвитие эмоционально-волевой сферы затрудняет и развитие личности, и ее социализацию. Как пишет Е.П. Ильин, «выполняя свои биологические функции, эмоции «не спрашивают» человека, полезно ему это или вредно с

его точки зрения. Роль же эмоций оценивается именно с личностных позиций: мешает возникшая эмоция или ее отсутствие достижению цели, нарушает или нет здоровье человека» [15].

По мнению В.К. Вилюнаса, любое эмоциональное явление – это единство специфического субъективного переживания и некоторого отражаемого содержания, эмоции это «...психическое отражение в форме непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их объективных свойств к потребностям субъекта». Ученый рассматривал в составе эмоций когнитивный компонент и компонент переживания, которые неразрывны друг от друга [9].

С другой стороны, как отмечает в своих исследованиях П.В. Симонов, «эмоции играют существенную роль в осуществлении мотивов. Они направляют поведение, активизируют его». Формулируя собственную потребностно-информационную теорию, Симонов определяет эмоции как «есть отражение мозгом человека и животных какой-либо актуальной потребности (её качества и величины) и вероятности (возможности) её удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического и ранее приобретённого индивидуального опыта». Рассматривая влияющие на любую эмоцию факторы, Симонов акцентирует, что «необходимыми и достаточными являются два, только два, всегда и только два факторы: потребность и вероятность (возможность) её удовлетворения» [38].

Б.И. Додонов предлагает совершенно иное понимание эмоций как самостоятельной психической деятельности, как эмоционально-оценочной деятельности человека. Додонов трактует «эмоции в качестве процесса есть не что иное, как деятельность оценивания поступающей в мозг информации о внешнем и внутреннем мире, которую ощущения и восприятия кодируют в форме его субъективных образов» [11].

Отечественных психологов объединяет то, что они уделяют внимание физиологическим составляющим эмоций.

П.К. Анохин, который создал биологическую теорию эмоций, говорил, что «...физиологическая характеристика эмоций связана, прежде всего, с распространением возбуждения из области гипоталамуса на все эффекторные органы. Область гипоталамуса определяет первичное биологическое качество эмоционального состояния, его характерное внешнее выражение» [2].

По мнению М.В. Чумакова, эмоции – ключевые элементы личности, которые влияют на волю, на рефлексивность [43].

С.А. Кулаков подчёркивает, «способность человека признать свои эмоции и чувства, примириться с ними и выразить их невероятно важна для формирования и развития личности, а также для здоровья» [21].

Американским психологом К.Э. Изардом (Carroll Ellis Izard) [14] были предложены шесть основных функций эмоций:

- контролирующая,
- рефлексивно-оценочная,
- мобилизующая,
- компенсаторная,
- защитная,
- сигнальная.

Также Изардом были выделены десять так называемых «фундаментальных» эмоций, определяющих все основные чувства человека: радость, интерес, удивление, гнев, страх, стыд, презрение, отвращение, страдание и вина. «Фундаментальные эмоции, образуя устойчивые сочетания, приводят к образованию всевозможных аффективных комплексов типа тревожности, депрессии, любви и враждебности» [14].

Р.С. Немов считает, что «люди как личности в эмоциональном плане отличаются друг от друга по многим параметрам: эмоциональной возбудимости, длительности и устойчивости возникающих у них эмоциональных переживаний, доминированию положительных (стенических) или отрицательных (астенических) эмоций» [28].

Г.И. Батуриной принадлежит следующая классификация эмоций:

- стенические (эмоции данного класса оказывают мобилизуют и побуждают человека действовать);
- астенические (оказывают дезорганизующие воздействие, парализуют, не дают действовать);
- амбивалентные (обеспечивают стабильность в жизнедеятельности на определенный период времени [4].

Особая роль отводится эмоциональному состоянию в стрессовой ситуации. Автор теории стресса Г. Селье (Hans Selye) утверждает роль психологических факторов в развитии стресса.

В понятии стресса выделяют состояние дистресса и эустресса. Дистресс связан с отрицательными эмоциональными состояниями, а эустресс – с положительными эмоциональными состояниями.

Дистресс означает негативное развитие стресса, когда адаптация не происходит и в этом случае преобладают эмоции уныния, грусти, печали. Дистресс оказывает негативное влияние и на когнитивные функции человека. В ситуации, когда разворачивается дистресс, проблематично конструктивно выйти из сложившейся ситуации. В то же время пассивность отражает не столько стиль личности, сколько способ защитить психику от перегрузки, от чрезмерного психотравмирования.

Сопоставление эустресса и дистресса показывает, что эустресс может мотивировать на продолжение положительных эмоций, а дистресс мотивирует на преодоление отрицательных.

Фрустрационное состояние возникает, когда человек сталкивается с препятствиями на пути удовлетворения значимой для него потребности. Фрустрация может не только дезорганизовать деятельность, но и мобилизовать человека на действия, актуализировать его ресурсы.

Таким образом, личность – многомерная сложно устроенная структура, динамически изменяющаяся в течение жизни.

1.3 Эмоционально-личностные особенности лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Е.А. Конновой описаны эмоционально-личностные особенности всей группы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, они становятся «замкнутыми, трудны в общении, особенно в семье, могут быть подвержены вспышкам агрессии». Потребность человека в общении претерпевает изменения в течение жизни, и при возникновении хронической болезни она так же меняется. Автор акцентирует, что временами страдающие сердечно-сосудистыми патологиями могут проявлять «неспособность справиться с жизненными трудностями, что приводит к всплеску эмоций» [17].

А.С. Ахметова выявила, что у здоровых лиц изначально уровень эмоционального интеллекта выше, чем у лиц, страдающих ишемической болезнью сердца [3].

А.А. Меркурьева выявила, что, по сравнению со здоровыми людьми, страдающих ишемической болезнью сердца характеризуют: «повышенный уровень активности и агрессивности, эмоциональная неустойчивость, а также ипохондричность, сниженное настроение, переживание дискомфорта». А.А. Меркурьевой установлено, что «в структуре личности и эмоциональной сфере больных ишемической болезнью сердца с болевым вариантом течения отмечаются: целеустремленность, властность, склонность к доминированию, эмоциональная неустойчивость, лабильность, а также о склонность к «уходу» в болезнь» [25].

И.А. Новикова и авторы определили, что для лиц, страдающих ишемической болезнью сердца, характерна тенденция следования стандартам, принятым в окружающем их обществе, ориентация на внешние критерии достижений, тенденция «бегства в работу» [30].

Л.А. Бирюкова пишет, что сочетание безболевого ишемии со стенокардией приводит к формированию дезадаптивных реакций, а при

болевых формах ишемии миокарда чаще формируются тревожно-депрессивные и депрессивно-фобические расстройства [5].

Рассмотрим эмоционально-личностные особенности лиц с гипертонией. Л.И. Вассерман пишет, что определенные эмоционально-личностные характеристики повышают уровень невротизации у соматических пациентов и ухудшают их состояние. Такой характеристикой является способность к эмоциональной регуляции. Вассерман подчёркивает: «Любая хроническая болезнь (если она осознаётся индивидом), как правило, ставит человека в психологически особенные жизненные обстоятельства, обозначаемые как ситуации кризиса. Вызываемая болезнью дезорганизация социальной жизни пациента переживается им иногда более остро, чем нарушения функционирования органов и систем организма. Поэтому механизмы психологической адаптации к болезни, направленные на восстановление нарушенного взаимодействия больного с макро- и микросоциальным окружением, должны исследоваться с особой тщательностью» [8].

Ф. Александер (Franz Alexander) утверждал, что эмоциональная картина гипертоников включает большой объем гнева, который человек сдерживает. Состояние гнева выступает как побуждающий к агрессии фактор. Гнев появляется в тех случаях, когда человек не может достичь желаемой цели. Причина агрессивности заключается не в состоянии фрустрации, а зависит от состояния гнева и определенных факторов, которые он называл пусковыми раздражителями [1].

О.И. Косенкова [20] пишет, что существуют связь между гипертонией и тревогой и депрессией.

Тревожность является психическим свойством индивида и представляет собой склонность к переживанию тревоги, когда порог возникновения тревоги является низким. С одной стороны, тревожность является симптомом стресса, с другой стороны, от уровня тревожности зависит индивидуальная чувствительность к стрессу.

Тревожность формируется как неосознанная реакция на внешнюю опасность, и проявления тревожности часто проявляются на уровне тела в форме сосудистых реакций, покраснения или побледнения, учащения сердцебиения, которые человек обозначает как тревога, часто упуская из виду конкретную причину. Здесь подключаются и защитные механизмы психики, которые блокируют информацию о том, с чем человек не может справиться, оставляя только тревогу. Тревога ему кажется беспричинной.

Наиболее частыми причинами тревожности являются: внутриличностные конфликты, вызванные в первую очередь оценкой собственной успешности в различных сферах деятельности, нарушенные внутрисемейные взаимодействия и нарушенные взаимодействия. Все это находит выражение в психосоматическом компоненте заболеваний [20].

По результатам исследования Т.В. Скутина и авторы резюмируют, что у страдающих гипертонической болезнью есть предрасположенность «к восприятию широкого круга ситуаций как угрожающих своей самооценке, престижу, самоуважению или жизнедеятельности. Склонность реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Чувствительность в отношении тех негативных событий или неудач, которые предположительно могут случиться или произойти» [39].

О.В. Фролова пишет о том, что при гипертонической болезни пациенты не общительные, не доброжелательные в общении, имеют узкий круг общения, настроены на самоутверждение, напряженные [42].

Современный автор М.П. Ларионов выделил эмоционально-личностные особенности лиц с артериальной гипертензией – тревожность, алекситимия, невротические черты и когнитивная регуляция эмоций – и отметил их изменение под влиянием болезни. По сравнению со здоровыми лицами, пациенты с гипертонией характеризуются более высоким уровнем тревожности, который оказывает негативное влияние на качество их жизни [23].

Е.И. Первичко, О.Д. Остроумова и Ю.П. Зинченко исследовали

эмоциональную регуляцию и стратегии эмоциональной регуляции пациентов с гипертонией. В результате проведенного вышеупомянутыми авторами эксперимента, установлено, что «в ситуациях стресса пациенты с так называемой гипертонией на рабочем месте» как по психологическим, так и по физиологическим особенностям отличаются от здоровых лиц и от больных «классической» гипертонией». Лица, страдающие «гипертонией на рабочем месте» используют неэффективные стратегии регуляции эмоций, подавляя собственные эмоции или не справляясь с ними, вследствие чего не могут снизить уровень эмоционального напряжения [31].

Важно напомнить, что по мнению Ф. Александера гипертония напрямую зависит от типичных эмоциональных состояний человека, когда эмоции напрямую связаны с автономной нервной системой и определенные эмоции при водят к повышению тонуса сердечно-сосудистой системы [1].

О.В. Кербиков, М.В. Коркина, Р.А. Наджаров и А.В. Снежневский считают, что длительное психоэмоциональное напряжение приводит к тому, что повышается давление вплоть до устойчивой гипертонии.

Адаптация характеризуется как проявление социализации личности. Известно, что социализация является процессом установления взаимоотношений с окружающей человека социальной средой. Человек является субъектом отношений между людьми, а адаптация при этом выступает в качестве механизма социализации личности. При рассмотрении механизма социализации личности можно выделить врожденную основу адаптивности и приобретенный или пониженный уровни адаптации, для каждого из которых свойственны определенные характеристики и проявления. Врожденную основу адаптивности составляют нервная система, инстинкты, физическое состояние, интеллект. Такие составляющие, как обучение, воспитание, образ жизни, условия жизни следует отнести к приобретенному или пониженному уровню адаптации. Социальная адаптация является процессом, в котором человек приспосабливается к

изменяющимся условиям окружающей его социальной среды при помощи различных средств [16].

В работах Г.Ф. Ланга установлено, что гипертоническая болезнь, «болезнь неотреагированных эмоций», с большей вероятностью развивается у лиц, которые работают в обстановке высокого нервно-психического напряжения, испытывают состояния переутомления [22].

Ю.И. Сидорова и М.П. Билецкая в своем исследовании гипертонических больных выделили следующие психологические особенности, характерные для данной группы. У больных гипертонией в начальной стадии преобладают признаки эмоциональной возбудимости, а также ригидности установок и инертности [37].

О.А. Кечатова на примере людей с устойчиво повышенным давлением пишет о наличии алекситимии. Соответственно, если человеку трудно высказывать эмоции, он накапливает их внутри себя, не делится, и формируется давление, эмоции как бы давят изнутри [19].

В исследовании О.В. Фроловой было установлено, что людям с гипертонией свойственна повышенная тревожность. Тревога представляет собой сочетание страха с одной или несколькими другими эмоциями: гневом, виной, стыдом, интересом. Страх – представляет собой эмоциональное состояние, которое отражает защитную биологическую реакцию человека защитного характера, которая возникает при переживании ими реальной или мнимой опасности для их здоровья и благополучия. Таким образом, страх полезен в биологическом смысле, но может препятствовать в достижении целей человеком как социальным существом. К внешним причинам относятся события и процессы окружающего мира. Среди внешних страхов важное место занимают культурные детерминанты страха, которые могут быть как результатом научения, так и замаскированными природными страхами. К внутренним причинам относятся представления человеком об опасности.

Тревожность формируется как неосознанная реакция на внешнюю

опасность, и проявления тревожности часто на уровне тела в форме сосудистых реакций, покраснения или побледнения, учащения сердцебиения, которые человек обозначает как тревога, часто упуская из виду конкретную причину. Здесь подключаются и защитные механизмы психики, которые блокируют информацию о том, с чем человек не может справиться, оставляя только тревогу. Тревога ему кажется беспричинной [42].

В исследовании М.М. Бучиной определено, что гипертоников можно охарактеризовать как людей, которые имеют нереалистичную самооценку, отличаются сниженными адаптационными способностями и склонностью к риску, ригидностью, несамостоятельностью [7]. В отношении эмоционально-волевой сферы, автор отмечает у них тревожность и эмоциональную неустойчивость. Выражено также повышенное желание принимать ответственные решения.

Психологический портрет личности больного гипертонией отличается депрессивно-астеноидными чертами. Пациента с гипертонией можно охарактеризовать как плаксивого, неуверенного в своих действиях, подозрительного, испытывающего тоску. В профессиональной сфере пациенты с гипертонией малоинициативны, маломотивированы, астеничны, не обладают достаточной гибкостью для того, чтобы адаптироваться под изменения ситуации жизнедеятельности.

В работах Ф. Александера (Franz Alexander) обозначены личностные черты больных гипертонией – скрытность, упрямство, неудовлетворенность окружением и собой, враждебность в отношении окружающих, высокий самоконтроль и подавление эмоций, устойчивая внутренняя напряженность. В дальнейших исследованиях автор выявил присутствие внутренней неуверенности, ощущения собственной несостоятельности, чувствительность в отношении критики, склонность к депрессивному типу реагирования на стресс. Тревожность является симптомом стресса, с другой стороны, от уровня тревожности зависит индивидуальная чувствительность к стрессу [1].

Важно отметить, что коморбидность тревожно-депрессивных

расстройств и сердечно-сосудистых заболеваний ведёт к существенному снижению качества жизни пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями. По данным исследования 2011 года, проведённого Ц. Целано и Дж. Хуффманом (С.М. Celano, J.C. Huffman) «депрессия широко распространена среди кардиологических пациентов, от 20% до 40% пациентов соответствуют критериям большого депрессивного расстройства или испытывают усиление симптомов депрессии» [44]. Эти симптомы зачастую своевременно не распознаются, что негативно влияет на течение и прогноз основного заболевания.

В исследовании 2019 года, проведенного Л. Голизадех (Leila Gholizadeh) и соавторами, отмечается, что «депрессия является распространенным сопутствующим заболеванием у пациентов с ишемической болезнью сердца, которое часто остается незамеченным и нелеченным» [45]. По мнению учёного-исследователя П. Шапиро (P. Shapiro), «депрессия у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, является важной клинической проблемой, поскольку она чрезвычайно распространена, а также потому, что коморбидность затрудняет лечение депрессии и ухудшает прогноз сердечно-сосудистого заболевания» [48].

В исследовании 1024 больных ишемической болезнью сердца, которое провели Б. Томбс (B. Thombs) и соавторы, было выявлено, что «20% имели в настоящем глубокую депрессию» [50].

Рекомендовано в результатах зарубежных исследований Ц. Целано и Дж. Хуффмана (С.М. Celano, J.C. Huffman), что необходимо «проводить рутинный скрининг пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на депрессию, проводить оценку тревожно-депрессивной симптоматики и качества их жизни, с целью своевременного оказания им психотерапевтической помощи» [44].

Таким образом, на основании исследования теоретических аспектов эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями можно сделать следующие выводы.

Здоровье – интегральная, комплексная характеристика. Наиболее целостным является биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни, который охватывает все стороны явления. Данный подход означает, что здоровье складывается из биологических факторов, особенностей иммунитета, а также из внешних условий окружающей среды, а также под влиянием психологических факторов, в число которых входят и особенности личности и особенности проявления заботы о своем теле и здоровье. Здоровье так же подразумевает психологическое благополучие, гармонию.

Эмоции являются особой категорией психических процессов и состояний, которые связаны с потребностями и мотивами. Эмоции окрашивают жизнедеятельность человека, эмоциональный фон играет большое значение в благополучии личности. Эмоции – рефлекторные реакции организма на внешние и внутренние раздражения, характеризующиеся ярко выраженной субъективной окраской и включающие практически все виды чувствительности. Таким образом, эмоции затрагивают физиологию напрямую. Эмоциональные реакции субъективны и зависят от профиля личности. Таким образом, эмоции участвуют в формировании психосоматических заболеваний (среди которых значительная часть сердечно-сосудистых заболеваний) как один из факторов их развития наряду с характерологическими, медицинскими и социальными факторами.

Лицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, свойственны определенные эмоционально-личностные особенности, которые рассмотрены в ряде исследований. Исследования посвящены личности пациентов с гипертонией, ишемической болезни сердца. Выделены в работах разных авторов такие черты как агрессивность, алекситимичность, замкнутость. Тревожность и депрессивность звучат чаще всего. Тем не менее, важно обратить внимание, что, данные исследований разрозненны, не все их них подтверждают друг друга, что подтверждает, что исследования психологических особенностей личности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями нуждаются в дальнейшей разработке.

Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями

2.1 Организация и методы исследования

Цель исследования – изучить особенности эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Настоящее эмпирическое исследование проводилось на базе лицензированной медицинской организации общество с ограниченной ответственностью «Главный Пациент» в г. Новосибирске. В исследовании приняли участие 35 респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (27 человек – пациенты со стажем гипертонии более 1 года, 8 человек – пациенты с впервые выявленной гипертонией; у всех пациентов отсутствует врожденная патология сердечно-сосудистой системы) и 35 здоровых респондентов (прошедшие профилактический осмотр, не имеющие хронических заболеваний). Возраст респондентов 35–55 лет.

Задачи эмпирической части исследования:

- провести сравнительный анализ эмоциональных особенностей лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и людей, не имеющих соматической патологии;
- проанализировать структуру взаимосвязей в эмоциональной сфере лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и лиц, не имеющих соматической патологии.

Гипотеза исследования: предполагается, что существуют различия в особенностях эмоциональной сферы пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и лиц, не имеющих таковых.

На основании поставленных эмпирических задач был определен диагностический инструментарий исследования:

- методика «Многофакторный личностный опросник Кеттелла». Цель методики – оценка индивидуально-психологических особенностей

личности и степени их выраженности. Содержит 16 шкал;

- опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс). Осуществляется диагностика двенадцати типов отношения к болезни, которые по критерию влияние на адаптацию личности структурированы авторами в виде трёх блоков;
- «Госпитальная шкала депрессии и тревожности» (AS. Zigmond, R.P. Snaith). Содержит две шкалы: «тревога» и «депрессия». Позволяет выявить нормативные проявления, субклиническую и клиническую выраженность;
- методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения САН (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников). Тест назван по первым буквам функциональных состояний. Респондентам необходимо соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале;
- методика «Томский опросник ригидности» (сокр. ТОРЗ) (Г.В. Залевский). Предназначен для количественной и структурной оценки ригидности как свойства личности.

Программа эмпирического исследования включает в себя последовательные этапы:

- первый подготовительный этап, на котором проводился подбор методик и формировалась выборка исследования;
- второй этап, на котором проводилось выявление особенностей эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- третий этап, на котором проводился сравнительный анализ особенностей эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями с эмоционально-личностными особенностями испытуемыми контрольной группы;
- четвертый этап, на котором проводилось выявление структуры эмоционально-личностных особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями путем корреляционного анализа;

- пятый этап, на котором проводилось осмысление результатов и формулировка выводов исследования.

Непосредственно перед началом исследования была проведена подготовка:

- подготовка бланков с опросами по выбранным методикам. Получение согласия респондентов на участие, ознакомление их с целью исследования;
- предоставление возможности получить обратную связь о результатах методик;
- разъяснение респондентам инструкции к методикам и раздача бланков для заполнения;
- сбор и обработка результатов исследования; после заполнения бланков результаты были собраны в единую сводную таблицу и обработаны;
- организация проведения исследования: исследование проводилось в групповой форме без использования специальной аппаратуры;
- применение методов эмпирического исследования; применялись методы количественного, качественного анализа и статистической обработки данных, такие как t – критерий Стьюдента и корреляционный анализ по критерию Пирсона.

T – Критерий Стьюдента был выбран для выявления статистически значимых различий между группами по параметрам типов реагирования на болезнь. Данный метод позволяет сравнивать независимые выборки и оценивать различия в распределении рангов между ними, что особенно актуально при работе с небольшими и неравномерными группами.

Для расчета корреляций выбран непараметрический критерий корреляции Пирсона, который позволяет определить наличие и характер связи между показателями. Это способствует глубокому пониманию того, как структурируются взаимосвязи различных эмоционально-личностных, что является важным для интерпретации результатов исследования.

Расчеты проводились с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics. Данная программа обеспечивает быстрое и точное вычисление средних значений по шкалам, а также автоматическое получение значений критериев Стьюдента и Пирсона, включая уровни значимости полученных результатов. Это позволило эффективно обработать данные и обеспечить достоверность полученных выводов.

2.2 Описание результатов исследования

Охарактеризуем особенности эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Начнём с рассмотрения диагностированных в ходе исследования типов отношения к болезни у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике «Тип отношения к болезни» ТОБОЛ (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс), результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты диагностики типа отношения к болезни в группе лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике ТОБОЛ в средних значениях, в баллах

Тип отношения к болезни	Среднее значение в баллах	Максимальный балл по шкале
Гармонический	39,89	70
Эргопатический	69,39	70
Анозогнозический	65,49	70
Тревожный	61,39	70
Ипохондрический	46,39	70
Неврастенический	65,89	70
Меланхолический	38,49	70
Апатический	37,59	70

Продолжение таблицы1

Тип отношения к болезни	Среднее значение в баллах	Максимальный балл по шкале
Сенситивный	46,39	70
Эгоцентрический	36,19	70
Паранойяльный	44,29	70
Дисфорический	40,59	70

В таблице 1 показано, что у испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями доминируют дезадаптивные типы реагирования на болезнь: эргопатический, анозогнозический, тревожный и неврастенический типы.

Тревожный тип отношения к болезни проявляется в преувеличении симптомов и прогнозов, в непоследовательности соблюдения протоколов лечения и выбора лечащего врача. Характерны постоянная мнительность в отношении, как назначенного лечения, так и достаточности квалификации самого врача. Отсюда беспрестанный поиск новой информации, более современной, желание найти более авторитетное мнение.

Неврастенический тип отношения к болезни проявляется в ощущении бессилия, в раздражительности реакций, трудности переносимости процедур и болезненных ощущений. Негативные эмоции выливаются на тех людей, которые рядом – близких или медицинских работников. При этом для неврастенического типа реагирования характерно возвращение критичного отношения к себе, к своему раздражительному поведению в адрес окружающих его людей сразу после вспышек раздражения и угрызений совести по поводу произошедшего.

Неврастенический и тревожный типы реагирования на болезнь похожи тем, что реализуют интрапсихическую направленность в реакциях на болезнь, которая находит выражение в сложностях адаптации, которые начинаются из-за нестабильной эмоциональной сферы, влияющей на

поведение. Например, после вспышек раздражения на окружающих, эмоция гнева сменяется эмоцией стыда. Они склонны приписывать себе негативные оценки со стороны других людей, отличаются низкой общительностью и контактностью, часто переживают одиночество; отличаются не выраженной инициативностью и настойчивостью; для них актуальна потребность в одобрении; эффективность их деятельности снижается в условиях стресса, постстрессовый период более длителен, они медленнее приходят к равновесному состоянию.

Одна из основных эмоций человека с неврастеническим типом реагирования – это чувство страха, которое касается самых разных ситуаций: страх не стать лучшим, страх совершить ошибку, страх неудачи, страх осуждения и негативных оценок, страх осознать свое незнание или неумение, страх осознать свою некомпетентность. Чувство страха может быть не самой яркой характеристикой человека с низкой самооценкой.

Другой характеристикой низкой самооценки является недостаток непосредственности. Человек с низкой самооценкой еще до того, как пробует совершить то или иное действие, уделяет много внимания возможной неудаче и ее последствиям. У него преобладает мотивация избегания неудачи, вследствие чего он часто отказывается от совершения действий, опасается быть на виду и привлекать внимание, избегает активности.

В случае эргопатического отношения к болезни человек вместо лечения начинает много работать. Психологический портрет трудоголика следующий. Это человек, готовый полностью погрузиться в работу, отдавать ей все свое время и силы. Всегда быть на телефоне, в доступе, согласный на дополнительные часы и дни работы, на отсутствие отпуска. Мысли трудоголика охвачены работой, проблемами и перспективами. На первый взгляд, это хорошие характеристики. Но если углубиться, становится ясно, что семейные отношения трудоголика страдают. Их нет, они конфликтные или отстраненные. Хобби, как правило, так же отсутствует. Общение с друзьями сведено к минимуму. Важно понимать, что есть разница между

трудоголизмом и любовью к работе. Трудоголик не может не работать, в противном случае он ощущает себя дискомфортно. Что-то изнутри толкает его работать, заполнять свое время работой. Любящий работу человек сознательно выбирает уделять внимание профессии, при этом другие сферы его жизни не страдают значительно.

Важно рассмотреть социокультурный подход к трудоголизму. В его рамках трудоголизм понимается как аддикция, которая детерминирована социокультурными условиями и выполняет определенные функции. Например, при формировании зависимости человек оказывается неспособным к реализации семейных функций. Работая, трудоголик считает свою работу вполне уважительным поводом не участвовать в ряде других занятий. По сути, трудоголизм – это социально одобряемый способ уйти от общения, в котором не хочется принимать участие. Истоки трудоголизма можно увидеть в семейной ситуации человека в его детстве, когда доминирование со стороны родителей не позволяла ребенку ощутить себя достаточно хорошим, и он бессознательно пытается во взрослом возрасте «заработать» ощущение «хорошести».

В современном рыночном обществе, в котором процветают отношения конкуренции, трудоголизм, уход в работу выгоден часто окружающим. Когда человек ставит работу в центр своей жизни и не замечает, что от этого страдают его отношения, всесторонность его развития, и психологическому и физическому здоровью. Трудоголики работают много и без отдыха даже тогда, когда нет прямой угрозы потерять работу, и эта склонность не поддается контролю.

Мотивация трудоголиков особенна. Она не является внутренней в контексте интереса к содержанию работы. Трудоголиками движет внутреннее побуждение работать, которое следует из разных причин: низкой самооценки желания ощутить принадлежность к успешным людям, чрезмерно высокие требования к своей профессиональной компетентности, внутренние конфликты. Трудоголики не любят свою работу, им скорее важно

получить статус, заработную плату, восхищение и поощрение. Это тоже указывает на то, что трудоголики вовсе не любят свою работу, в аспекте ее содержания. Позитивной стороной трудоголизма можно считать то, что трудоголики и действительно часто более успешны, имеют хорошую карьеру, зарплату. Объяснение довольно простое: руководителям выгодно иметь сотрудников, которые много работают, и даже если сотрудник со временем истощится, организация может нанять другого сотрудника.

При эргопатическом типе реакции на болезнь снижается критика к своему состоянию: возведение активной рабочей деятельности в главный приоритет влечёт избирательное отношение к лечению, нарушение рекомендаций, что безусловно негативно сказывается на здоровье. Одержимость стремлением сохранить свой активный социальный и профессиональный статус выливается в бегство в работу, с ещё большим объёмом, ещё более высоким темпом,

Результаты масштабного зарубежного исследования, которое в течение пяти лет проводил учёный Ксавье Трудел (Xavier Trudel) и авторы, показали, что «продолжительный рабочий день является независимым фактором риска скрытой и устойчивой гипертонии», при этом «связь между продолжительным рабочим днем и гипертонией была устойчива к статистической корректировке на воздействие нагрузки на рабочем месте», в частности, длительность рабочей недели более 49 часов на 70% повышает риск возникновения скрытой гипертонии [51].

Анозогнозический тип отношения к болезни означает вытеснение факта болезни, когда человек продолжает жить так, как будто болезни нет. Опасности игнорируются, о прогнозах человек не думает. Как и в случае с эргопатическим типом реакции на болезнь для анозогнозического типа характерно снижение критического отношения к собственному состоянию. Отрицание может быть как самого заболевания, так и серьёзности его последствий. Склонность игнорировать имеющееся заболевание часто ведёт к неприятию необходимых мер по поддержанию здоровья. Внутренняя

эйфория может порождать беспечность, пренебрежение врачебными рекомендациями. В контексте сердечно-сосудистых заболеваний подобный тип реагирования представляется опасным ввиду того, что заболевание может прогрессировать до жизнеугрожающих состояний.

Наглядно полученные результаты диагностики по методике ТОБОЛ в группе респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в средних значениях, в баллах представлены на рисунке 1.

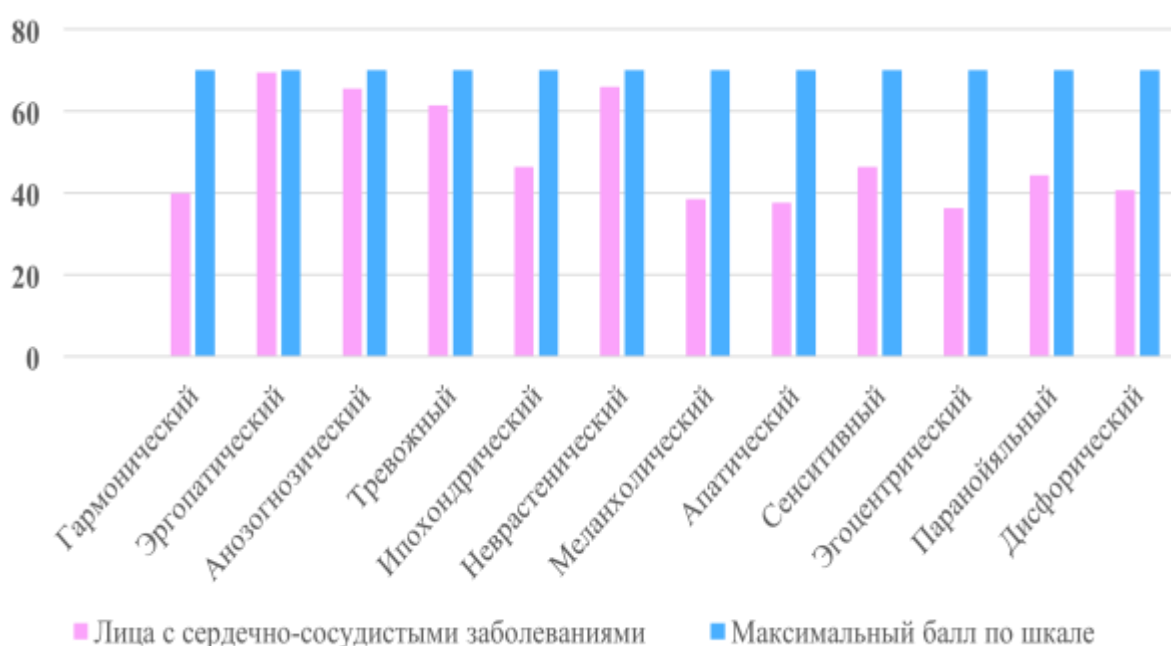


Рисунок 1 – Результаты диагностики по методике ТОБОЛ в группе респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в средних значениях, в баллах

Далее изучим уровни тревоги и депрессии в группе лиц, имеющих сердечно-сосудистые заболевания по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (AS. Zigmond, R.P. Snaith.). Наглядно результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» в группе лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями в средних значениях, в баллах

Наименование шкалы	Среднее значение, в баллах	Диапазон значений
Тревога	8,5	0–7 баллов: «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)
Депрессия	5,4	8–10 баллов: «субклинически выраженная тревога / депрессия» 11 баллов и выше: «клинически выраженная тревога / депрессия»

Согласно данным в таблице 2 страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями не имеют депрессии, но им свойственны субклинические проявления тревоги. Тревога сама по себе не является патологией, тревожится нормально, если есть на то причину, некая угроза. Тревога проходит по мере прохождения угрозы. Субклинический уровень тревоги означает, что ее проявления легкие, не вызывают серьезных проблем в жизни пациента. Они могут включать в себя частые периоды беспокойства, нерешительность и сниженный интерес к ранее приятным занятиям. На этой стадии расстройство часто не диагностируется, и человек может пытаться справиться с ним самостоятельно.

Тревожность формируется как неосознанная реакция на внешнюю опасность, и проявления тревожности часто на уровне тела в форме сосудистых реакций, покраснения или побледнения, учащения сердцебиения, которые человек обозначает как тревога, часто упуская из виду конкретную причину. Здесь подключаются и защитные механизмы психики, которые блокируют информацию о том, с чем человек не может справиться, оставляя только тревогу. Тревога ему кажется беспричинной. Наиболее частыми причинами тревожности являются: внутриличностные конфликты, вызванные в первую очередь оценкой собственной успешности в различных

сферах деятельности; нарушенные внутрисемейные взаимодействия и нарушенные взаимодействия. Все это находит выражение в психосоматическом компоненте заболеваний.

Наглядно результаты диагностики по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» в группе респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в средних значениях, в баллах представлены на рисунке 2.

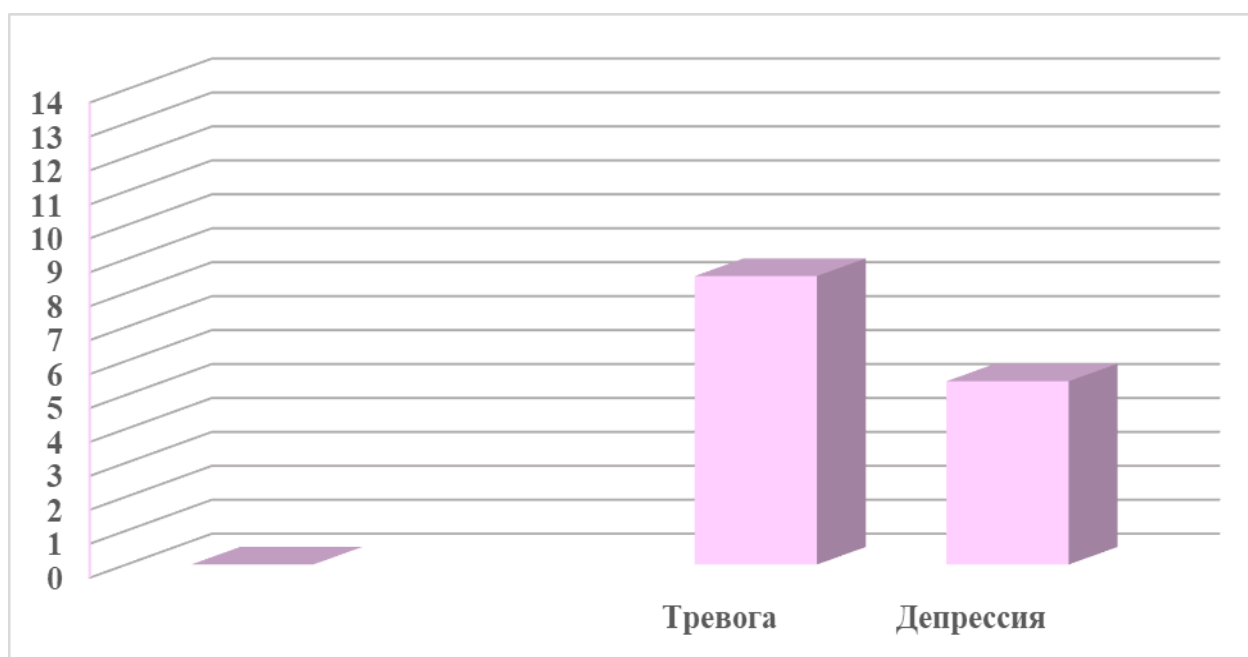


Рисунок 2 – Сравнительные результаты диагностики по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» в группе респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в средних значениях, в баллах

Перейдём к рассмотрению результатов, которые были получены по итогам анкетирования группы респондентов, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, по методике «Многофакторный личностный опросник» Кеттелла. Полученные результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты группы испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике Кеттелла, в стенах

Наименование шкалы	Среднее значение	Максимальное значение
Черта личности А «замкнутость – общительность»	6,89	10 стенов
Черта личности В «конкретное мышление – абстрактное мышление»	4,09	10 стенов
Черта личности С «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность»	6,29	10 стенов
Черта личности Е «подчиненность – доминантность»	4,09	10 стенов
Черта личности F «сдержанность – экспрессивность»	6,29	10 стенов
Черта личности G «низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения»	4,19	10 стенов
Черта личности Н «робость – смелость»	4,79	10 стенов
Черта личности I «реализм – чувствительность»	9	10 стенов
Черта личности L «подозрительность – доверчивость»	6,19	10 стенов
Черта личности М «практичность – мечтательность»	7,19	10 стенов
Черта личности N «прямолинейность – проницательность»	5,19	10 стенов
Черта личности О «спокойствие – тревожность»	7,19	10 стенов
Черта личности Q1 «консерватизм – радикализм»	3,49	10 стенов
Черта личности Q2 «зависимость от группы – самостоятельность»	5,19	10 стенов
Черта личности Q3 «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»	4,79	10 стенов
Черта личности Q 4 «расслабленность – эмоциональная напряженность»	9,02	10 стенов

Из таблицы 3 следует, что доминируют факторы I «реализм – чувствительность» и Q 4 «расслабленность - эмоциональная напряженность».

Это характеризует лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями как обладающих тонкой эмоциональностью, склонных к сочувствию и сопереживанию, артистичных, имеющих богатый развитый внутренний мир. Они обладают высоким уровнем эмпатии. Таким образом, лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями воспринимают многие события близко к сердцу, много волнуются и переживают.

Эмоциональная напряженность находит выражение в беспокойстве, раздражительности, состоянии излишней мотивированности, взвинченности.

Также стоит взять во внимание фактор О «спокойствие – тревожность», значение которого также характеризует эмоциональную сферу и говорит о неустойчивом эмоциональном фоне, повышенной тревожности.

Результаты группы испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике «Многофакторный личностный опросник» Кеттелла, в средних значениях, в стенах представлены на рисунке 3.



Рисунок 3 – Результаты группы испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике Кеттелла, в средних значениях, в стенах

Далее рассмотрим результаты исследования группы респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике САН (самочувствие – активность –настроение) (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников). Результаты отражены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты анкетирования лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике САН

Признак	Среднее значение, в баллах	Диапазон значений
Самочувствие	3,16	Значения, превышающие 4 балла, являются нормой, баллы ниже 4 неблагоприятны.
Активность	3,1	
Настроение	3,5	

Из таблицы 4 видно, что лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями имеют неблагоприятное психологическое состояние и физическую усталость (значения ниже 4 баллов).

Результаты анкетирования лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике САН, в средних значениях, в баллах представлены на рисунке 4.

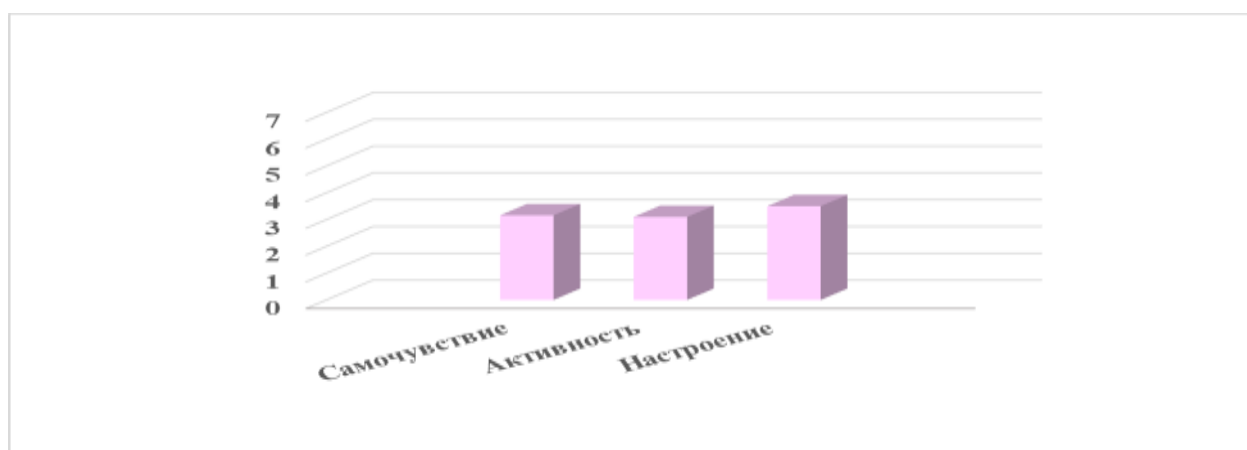


Рисунок 4 –Результаты анкетирования лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике САН, в средних значениях, в баллах

Перейдем к рассмотрению количественной и структурной оценки уровня ригидности испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Полученные результаты исследования в группе респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике «Томский опросник ригидности» (Г.В. Залевский) отражены в табличной форме, представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Результаты исследования по методике Томский опросник ригидности в группе респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в средних значениях, в баллах

Наименование шкалы	Среднее значение	Диапазон значений	Низкая ригидность	Умеренная ригидность	Высокая ригидность	Очень высокая ригидность
Актуальная ригидность	65,7	0-72	0-18	19-36	37-54	55-72
Сенситивная ригидность	28,29	0-76	0-19	20-38	39-57	58-76
Установочная ригидность	14,89	0-68	0-17	18-34	35-51	52-68
Ригидность как состояние	19,39	0-24	0-6	7-12	13-18	19-24
Преморбидная ригидность	27,59	0-80	0-20	21-40	41-60	61-80
Общая ригидность	155,79	0-248	0-62	63-124	125-186	187-248

Из таблицы 5 видно, что испытуемым с сердечно-сосудистыми заболеваниями свойственны высокая общая ригидность, а именно очень высокая актуальная ригидность, очень высокая ригидность как состояние. Высокие показатели по шкале «Ригидность как состояние» означают, что в стрессовых ситуациях или тревожных, страшных и пугающих ситуациях, усталости, человек начинает проявлять ригидность, то есть не может

поступить по-новому, а использует типичные способы поведения, даже не эффективные. При этом в благоприятной обстановке человек вполне может проявить поведенческую гибкость.

Актуальная ригидность интерпретируется конкретно, буквально как негибкость в плане мнения и поведения в текущий момент.

Общая ригидность выражается в довольно широком диапазоне ригидных форм поведения – персеверациях, навязчивостях, стереотипий, упрямстве, педантизме и непосредственно ригидности.

Исследование также показывает, что преморбидная ригидность и сенситивная ригидность у данной группы лиц находятся на умеренном уровне. Отметим, что уровень сенситивной ригидности отражает эмоциональные реакции человека в ситуациях чего-то нового. Уровень установочной ригидности низкий.

Полученные показатели значений по уровням ригидности лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике Томский опросник ригидности, в средних значениях, в баллах наглядно представлены на рисунке 5.

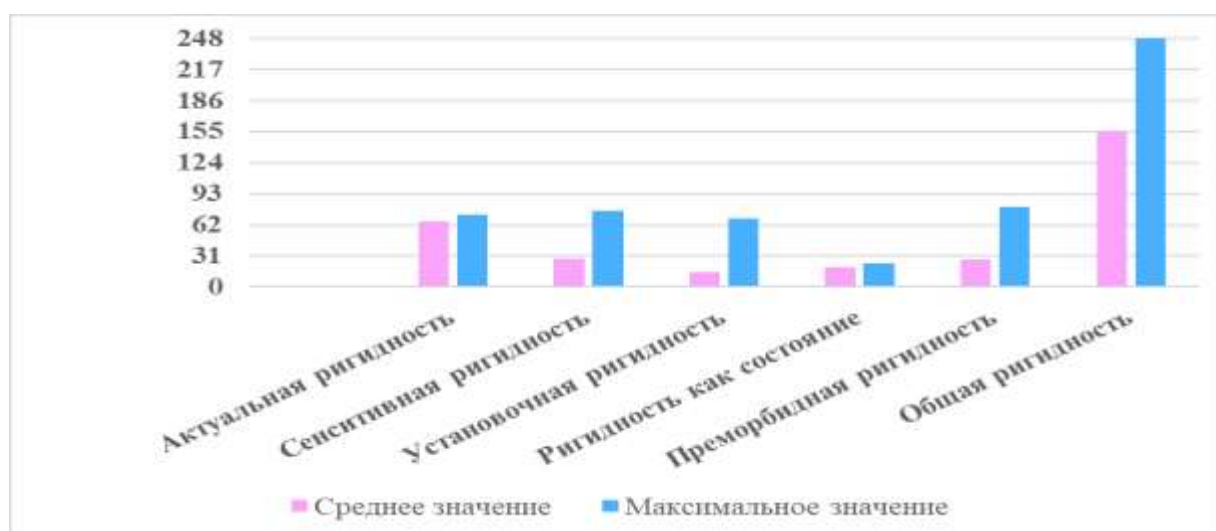


Рисунок 5 – Показатели значений по уровням ригидности лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями по методике Томский опросник ригидности, в средних значениях, в баллах

Далее перейдём к анализу и охарактеризуем особенности эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сравнении со здоровыми испытуемыми. Для сравнительного анализа результатов двух групп испытуемых по методике ТОБОЛ (тип отношения к болезни) был использован метод математической статистики, критерий Т-Стьюдента.

Полученные результаты сравнительного анализа диагностики по методике ТОБОЛ в двух группах испытуемых отражены в табличной форме в таблице 6.

Таблица 6 – Результаты сравнительного анализа диагностики по методике ТОБОЛ в двух группах испытуемых

Тип отношения к болезни	Среднее значение		Уровень значимости различий
	пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями	испытуемых контрольной группы	
Гармонический	39,89	58,19	-7,1****
Эргопатический	69,39	53,49	6,4***
Анозогнозический	65,49	65,89	-0,2
Тревожный	61,39	55	4,2***
Ипохондрический	46,39	45,29	0,6
Неврастенический	65,89	43,29	-6,2****
Меланхолический	38,49	43,59	-1,6
Апатический	37,59	42,49	-1,5
Сенситивный	46,49	40,19	1,2

Продолжение таблицы 6

Тип отношения к болезни	Среднее значение		Уровень значимости различий
	пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями	испытуемых контрольной группы	
Эгоцентрический	36,19	45,59	-3,1***
Паранойяльный	44,3	45,19	-0,3
Дисфорический	40,59	45,10	-1,5
Примечание – уровень значимости различий обозначается *** при $p \leq 0,001$, * при $p \leq 0,05$			

Из таблицы 6 видно, что лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровые испытуемые (контрольная группа) различаются по типам реагирования на болезнь. Лицам с сердечно-сосудистыми патологиями свойственны следующие типы отношения к болезни:

- тревожный,
- эргопатический,
- неврастенический.

Тревожный тип отношения к болезни проявляется в преувеличении симптомов и прогнозов, в непоследовательности соблюдения протоколов лечения и выбора лечащего врача.

Неврастенический тип отношения к болезни проявляется в ощущении бессилия, в раздражительности реакций, трудности переносимости процедур и болезненных- ощущений. Негативные эмоции выливаются на тех людей, которые рядом – близких или медицинских работников

Тревожный и неврастенический типы реакции на болезнь включены в блок интрапсихической ориентации личностного реагирования на болезнь.

Эти типы проявляются через сложности в адаптации. Начинаются они по причине нестабильной эмоциональной сферы, которая влияет на поведение.

В случае эргопатического отношения к болезни человек вместо лечения начинает много работать. Вероятно, его пугает необходимость изменения жизни для лечения, он может бояться и стараться избежать эмоции страха.

Анозогнозический тип отношения к болезни означает вытеснение факта болезни, когда человек продолжает жить так, как будто болезни нет. На психогенном уровне такая бессознательно срабатывающая психологическая защита оберегает от принятия и проживания негативных эмоций тревоги, беспокойства, возможно, вины. Опасности игнорируются, о прогнозах человек не думает. В случае с сердечно-сосудистыми заболеваниями данный тип реагирования опасен, поскольку заболевание может опасно прогрессировать, вплоть до витальной угрозы.

Для лиц, не имеющих сердечно-сосудистых патологий, характерен гармоничный тип отношения к болезни, психическая и социальная адаптация личности в этом случае не нарушена.

Интересно, что анозогнозический тип реагирования на болезнь имеет довольно высокие баллы как в выборке лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так и в выборке здоровых испытуемых. Это говорит о том, что уход в работу в целом характеризует обе выборки и вероятно является особенностью российской ментальности. Эмоции не принято выражать открыто, особенно негативные, их нужно контролировать. Ценность здоровья и работы часто противопоставляются, здоровье отодвигается на второй план. Должное осознанное и заботливое внимание к собственному здоровью, приверженность к профилактическим мероприятиям среди взрослого населения пока ещё не являются достаточно распространёнными элементами массовой культуры в современном российском обществе.

Наглядно сравнительные результаты по методике ТОБОЛ в двух группах испытуемых, в средних значениях представлены на рисунке 6.

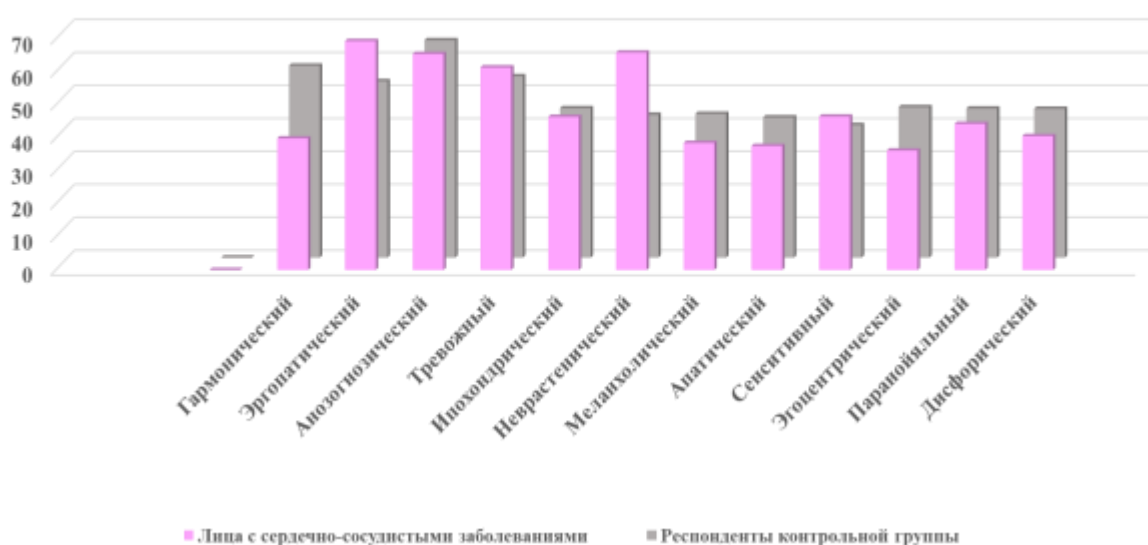


Рисунок 6 – Сравнительные результаты по методике ТОБОЛ в двух группах испытуемых, в средних значениях

Обратимся к результатам сравнительного анализа уровней тревоги и депрессии в исследуемых группах, для чего был использован критерий Т-Стьюдента. Полученные результаты сравнительного анализа диагностики в двух группах испытуемых по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Результаты сравнительного анализа диагностики в двух группах испытуемых по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»

Наименование шкалы	Среднее значение		Уровень значимости различий
	испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями	испытуемых контрольной группы	
Тревога	8,5	4,5	7,327***
Депрессия	5,4	5,7	-1,129
Примечание – уровень значимости различий обозначается *** при $p \leq 0,001$, * при $p \leq 0,05$			

Результаты, отражённые в таблице 7, доказывают статистическую значимость различий по уровню тревоги у лиц с сердечно-сосудистой патологией и без нее.

Расчеты указывают на то, что людям без сердечно-сосудистых заболеваний не характерно быть тревожными, волноваться по незначительным поводам. Тогда как у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями тревога присутствует на субклиническом уровне выраженности. Это может выражаться в эмоциональном напряжении, беспокойстве, волнении, негативно окрашенных эмоциях, например, страх, что может произойти что-то плохое.

Важно отметить, что всё же нормой является отсутствие и тревоги и депрессии, что и наблюдается в группе здоровых испытуемых. Лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями склонны волноваться, беспокоиться, по незначительным и минимальным симптомам.

Сравнительные результаты двух групп испытуемых по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», в средних значениях наглядно представлены на рисунке 7.

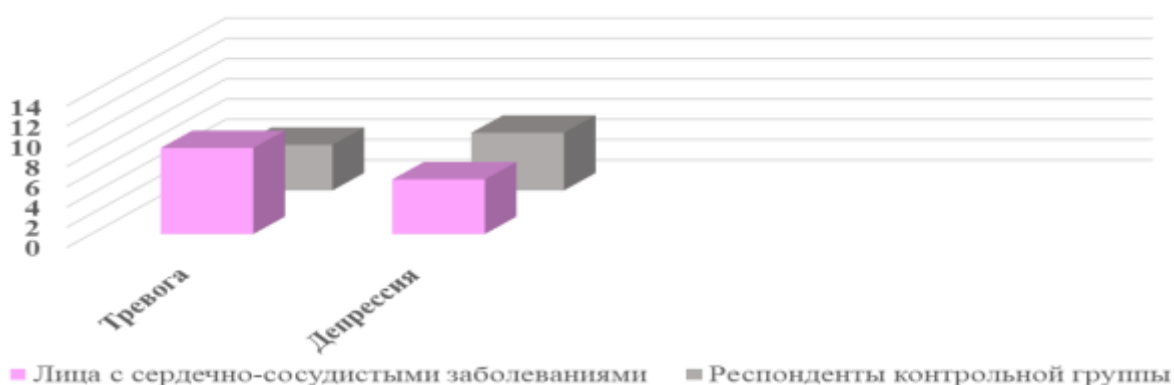


Рисунок 7 – Сравнительные результаты двух групп испытуемых по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», в средних значениях

Используя критерий Т-Стьюдента, проанализируем полученные диагностические результаты по методике Кеттелла «Многофакторный личностный опросник» в двух группах испытуемых.

Результаты статистического сравнения показателей лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых испытуемых по методике Кеттелла «Многофакторный личностный опросник» представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Результаты статистического сравнения показателей лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых испытуемых по методике Кеттелла

Наименование шкалы	Среднее значение		Уровень значимости различий
	испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями	испытуемых контрольной группы	
Черта личности А «замкнутость – общительность»	6,9	8,5	-2,562*
Черта личности В «конкретное мышление – абстрактное мышление»	4,09	6,05	-7,3***
Черта личности С «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность»	6,29	8	-4,2***
Черта личности Е «подчиненность – доминантность»	4,09	8,49	-11,4***
Черта личности F «сдержанность – экспрессивность»	6,29	8,04	-6,8***
Черта личности G «низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения»	4,19	7,49	13,4***
Черта личности Н «робость – смелость»	4,79	2,09	-1,8
Черта личности I «реализм – чувствительность»	9	5,39	9,9***
Черта личности L «подозрительность – доверчивость»	6,19	8,79	2,3**

Продолжение таблицы 8

Наименование шкалы	Среднее значение		Уровень значимости различий
	испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями	испытуемых контрольной группы	
Черта личности М «практичность – мечтательность»	7,19	6,79	-2,4*
Черта личности N «прямолинейность – проницательность»	5,19	6,79	-4,4***
Черта личности О «спокойствие – тревожность»	7,19	1,79	14,2***
Черта личности Q1 «консерватизм – радикализм»	3,49	10,49	-15,9***
Черта личности Q2 «зависимость от группы – самостоятельность»	5,19	9,79	-8,9***
Черта личности Q3 «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»	4,79	10,69	-14,4***
Черта личности Q 4 «расслабленность – эмоциональная напряженность»	9,02	7,69	-2,9**
Примечание: уровень значимости различий обозначается *** при $p \leq 0,001$, ** при $p \leq 0,01$, * при $p \leq 0,05$			

Анализ таблицы 8 показывает, что статистические значимые различия у двух групп испытуемых присутствуют по всем чертам личности, за исключением робости и смелости ($p = -1,8$).

Респонденты контрольной (без сердечно-сосудистых патологий) группы респондентов в большей степени экстравертированы, способны мыслить абстрактно, имеют стабильный эмоциональный фон, склонны доминировать, мыслить независимо, экспрессивны и способны соблюдать социальные нормы, весёлые и активные, отличаются доверчивостью, проницательностью, самостоятельностью, способны к самоконтролю. Они

легче воспринимают несовершенство жизни, адаптируются к новому и происходящим изменениям, готовы экспериментировать.

В то время как страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями демонстрируют другие общие черты. Наряду с практичностью, для них характерна чувствительность, богатая палитра внутренних эмоциональных переживаний как следствие их впечатлительности, эмоциональная напряженность, тревожность, склонность к депрессивному настроению, зависимы от настроений. Для них характерен консерватизм, вплоть до морализаторства, сопротивление к тому, чтобы изменить устоявшиеся привычки, традиции и поведенческие паттерны.

Графически сравнительные результаты по методике Кеттелла «Многофакторный личностный опросник» в двух группах испытуемых, в средних значениях представлены на рисунке 8.

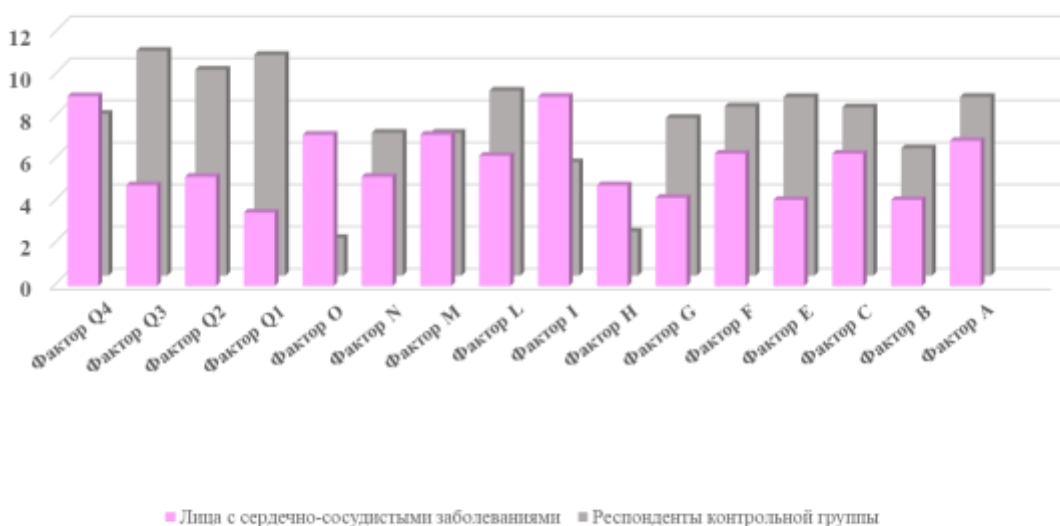


Рисунок 8 – Сравнительные результаты по методике Кеттелла «Многофакторный личностный опросник» в двух группах испытуемых, в средних значениях

По критерию Т-Стьюдента сравним результаты в двух группах испытуемых по методике САН. Результаты сравнительного анализа по

методике САН у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых испытуемых представлены в таблице 9.

Таблица 9 – Результаты сравнительного анализа по методике САН у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых испытуемых

Признак	Среднее значение		Уровень значимости различий
	испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями	испытуемых контрольной группы	
Самочувствие	3,16	4,2	-3,186***
Активность	3,1	4,5	-3,913***
Настроение	3,5	5,5	-6,023***
Примечание – уровень значимости различий обозначается *** при $p \leq 0,001$			

Согласно таблице 9, были выявлены достоверно значимые показатели различия по параметрам самочувствия, активности и настроения. Показатели респонденты контрольной группы (здоровые испытуемые) по всем трём шкалам отражают их благоприятное состояние: хорошее самочувствие, общую активность, положительный эмоциональный фон. Здоровые люди закономерно демонстрируют физиологически и психологически комфортное для них состояние.

Для страдающих сердечно-сосудистыми патологиями в отличие от здоровых людей характерны сниженное настроение, сниженная активность и усталость. Безусловно, сложно проявлять активность, жизнерадостность, оставаться веселым и бодрым, если, например, ощущаешь высокое давление. Симптомы заболевания логично будут отражаться на общем самочувствии, настроении и активности, возможно, снижая вовлеченность в привычную жизнь и социальное взаимодействие. Наиболее значимый показатель различия выявлен по шкале настроение, позволяет предположить, что

симптомы заболевания могут быть причиной сниженного эмоционального фона по причине их негативного влияния на жизненные планы.

Сравнительные результаты лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и испытуемых контрольной группы по методике САН, в средних значениях представлены на рисунке 9.

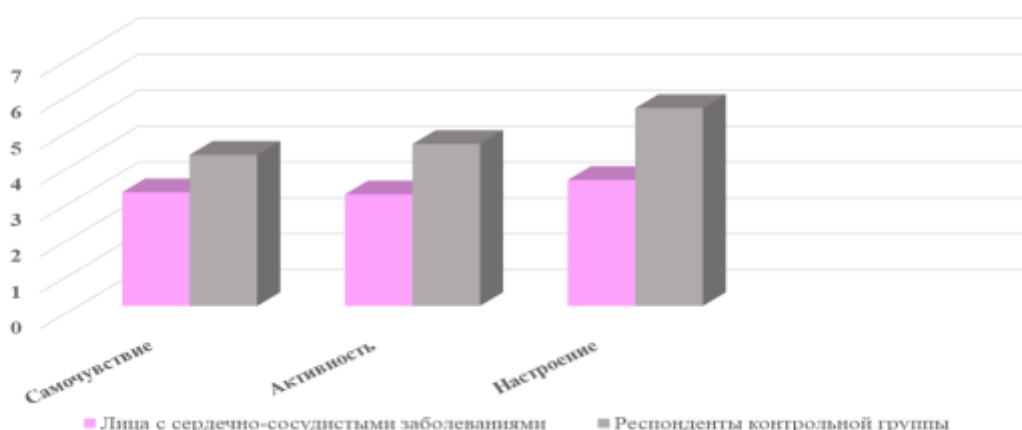


Рисунок 9 – Сравнительные результаты лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и испытуемых контрольной группы по методике САН, в средних значениях

Перейдём к сравнению и анализу показателей по уровням ригидности, полученным в двух группах респондентов по методике «Томский опросник ригидности». Результаты представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Результаты сравнения показателей по методике «Томский опросник ригидности» в группе испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями и испытуемых контрольной группы

Наименование шкалы	Среднее значение		Уровень значимости различий
	испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями	испытуемых контрольной группы	
Актуальная ригидность	65,69	28,19	9,9***

Продолжение таблицы 10

Наименование шкалы	Среднее значение		Уровень значимости различий
	испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями	испытуемых контрольной группы	
Сенситивная ригидность	28,29	26,19	-11,9***
Установочная ригидность	14,18	31,15	-30,6***
Ригидность как состояние	19,39	10,79	-1,6
Преморбидная ригидность	27,59	24,09	8,1**
Общая ригидность	155,79	120,79	-11,3***
Примечание: уровень значимости различий обозначается *** при $p \leq 0,001$			

Результаты статистического анализа, которые представлены в таблице 10, говорят о том, что выраженность ригидности статистически различается в группах с сердечно-сосудистыми заболеваниями и без них.

Стоит отметить, что самое понятие психической ригидности как свойство личности проявлять гибкость, адаптивность, способность не просто приспосабливаться к изменяющимся во времени окружающим условиям, новым ситуациям, но и способность иногда к кардинальной переоценке своих привычек, ценностей и отношения к самому себе.

Так, для здоровых испытуемых характерна в большей степени установочная ригидность. Данная шкала отражает то, как на личностном уровне проявляется психическая ригидность, то есть некие устойчивые индивидуальные свойства личности. Здесь проявляется выраженность определённых установок и позиций в отношении: принятия либо не принятие

чего-либо нового, собственных ценностей, амбиций, самооценки, возможности изменений себя. По этой шкале выявлен наиболее значимое различие с другой группой.

Иная картина наблюдается в группе лиц с сердечно-сосудистыми патологиями. Превалирующий показатель здесь по шкале актуальной ригидности, отражающей понятие ригидность в собственном его значении. То есть это неготовность воспринимать новый опыт, возникающие, в связи с этим трудности что-то менять в поведении, установках, мотивах, в тех жизненных ситуациях, когда это объективно необходимо. Например, в случае выявления сердечно-сосудистых патологий часто требуется пересмотр и образа жизни, и отношения ко многим привычным вещам.

Также страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями свойственна сенситивная ригидность. Это шкала, отражающая эмоциональное отношение к ситуациям, требующим каких-либо изменений, страх перед новым. Факт возникновения болезни часто может становиться для человека тем самым неожиданным новым, несомненно, требующим каких-либо изменений, которое может вызывать страх.

Ещё один наблюдаемый значимо выраженный показатель – по шкале общей ригидности. Данная шкала отражает тяготение к целому спектру фиксированных форм поведения, это различные навязчивости, стереотипии, педантизм, упрямство. Полученные данные характеризуют страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями как лиц, довольно жестких, сложно реагирующих на изменения, нововведения, с трудом перестраивающих свое поведение людей, которые держатся за привычные способы поведения и жизни. Соответственно, если быть негибким, начинаешь больше напрягаться, нервничать, потому что окружающая действительность переменчива, и важно уметь быть расслабленным и расслабленно реагировать на изменения.

Сравнительные показатели испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых испытуемых по методике «Томский опросник ригидности», в средних значениях графически отражены на рисунке 10.

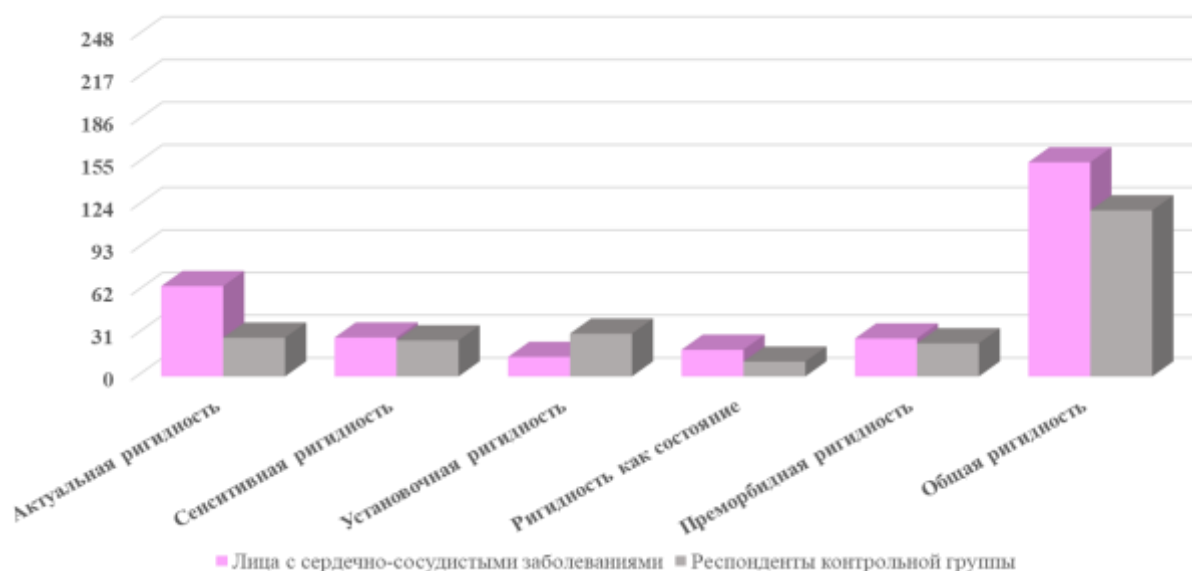


Рисунок 10 – Сравнительные показатели испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых испытуемых по методике «Томский опросник ригидности», в средних значениях

Далее рассмотрим особенности структуры взаимосвязей эмоционально-личностных особенностей лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, используя метод корреляционного анализа по критерию Пирсона. Корреляционная матрица взаимосвязей эмоционально-личностных особенностей респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями отражена в таблице 11.

Таблица 11 – Корреляционная матрица взаимосвязей эмоционально-личностных особенностей лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Взаимосвязи	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Гармонический	,202	-,026	,038	,173	,267	-,018	-,128	-,084	-,413*	-,171	,087	-,185	,321	,029	,088	,448**

Продолжение таблицы 11

Взаимосвязи	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Эргопатический	,02 1	- ,12 2	- ,03 7	,3 07	,0 51	,2 47	- ,03 1	,39 2*	,09 5	,1 38	- ,2 95	,1 27	- ,00 5	,12 0	- ,387*	,0 84
Анозогнозический	,00 2	- ,003	- ,16 5	- ,1 42	- ,3 19	- ,4 37**	- ,18 3	,00 2	- ,08 0	,0 82	- ,0 13	- ,1 03	- ,40 4*	- ,24 6	,075	- ,2 94
Тревожный	,02 1	,168	- ,08 1	,0 46	,1 18	- ,0 70	,11 0	- ,21 4	- ,21 1	- ,1 67	,2 77	,0 38	,13 6	,04 0	,243	,2 33
Ипохондрический	,00 3	- ,206	- ,08 3	- ,0 47	- ,0 46	- ,0 26	- ,12 4	- ,00 9	,14 4	,1 10	- ,0 29	,1 65	- ,02 1	- ,15 6	- ,049	- ,0 71
Неврастенический	,03 2	- ,005	,06 9	- ,1 51	- ,2 19	,0 19	- ,00 3	- ,29 8	,01 9	- ,0 32	,1 62	- ,2 97	- ,10 2	- ,15 5	,179	- ,0 70
Меланхолический	,01 2	,144	,09 5	- ,4 23*	,0 40	- ,0 78	,16 9	- ,48 2**	- ,14 5	- ,2 10	,2 97	- ,1 19	,19 3	- ,12 6	,213	,1 08
Апатический	,0,1 23	,020	,24 8	,1 35	- ,1 18	,3 11	,03 1	,19 5	,10 7	,0 56	- ,3 21	- ,2 02	- ,13 2	,14 9	,138	- ,0 82
Сенситивный	0,0 13	,059	,17 9	- ,2 47	- ,3 24	,1 50	- ,05 8	- ,18 0	- ,19 6	,0 15	- ,1 48	- ,3 18	- ,22 5	- ,08 6	,264	- ,2 67
Эгоцентрический	,01 3	,151	- ,11 0	- ,0 46	,2 20	,1 91	,12 1	- ,15 3	- ,20 8	- ,0 74	,1 27	,0 28	,16 7	,15 2	,238	- ,0 39
Паранойяльный	,01 1	- ,310	,03 3	,0 20	- ,2 03	- ,0 15	- ,22 8	,25 0	,21 4	,2 14	- ,3 44*	,1 99	- ,20 8	- ,14 9	- ,283	- ,3 41*
Дисфорический	0,2 1	- ,498**	,21 4	,0 70	- ,6 69**	- ,1 76	- ,53 2**	,28 2	,23 3	,4 66**	- ,3 12	- ,0 81	- ,30 6	- ,65 2**	- ,164	,5 49**

Продолжение таблицы 11

Взаимосвязи	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Тревога	,013	,035	- ,229	,126	,257	,028	- ,071	,160	,113	- ,077	- ,180	- ,013	,329	,208	- ,020	,161
Депрессия	,031	- ,058	- ,086	,298	,189	,303	,062	,275	,156	- ,111	- ,313	,076	,067	,312	- ,326	,102
Общая ригидность	,002	- ,002	,073	,012	- ,026	,367*	,267	,053	,073	- ,074	- ,199	,097	,090	,179	- ,174	- ,047
Актуальная ригидность	0,132	,018	- ,159	,239	,240	,154	,006	,159	,064	- ,249	- ,239	- ,021	,109	,253	- ,264	,222
Сенситивная ригидность	,028	,019	- ,053	- ,058	,060	,273	,102	,038	,278	- ,078	- ,051	,105	- ,020	,165	,002	,016
Установочная ригидность	,018	,316	- ,160	- ,388*	,055	,062	,361*	- ,065	,203	- ,053	- ,016	,022	- ,008	- ,007	,003	- ,183
Ригидность как состояние	,023	- ,261	- ,047	,593**	,199	,165	- ,226	,489**	,144	,128	- ,318	,102	- ,044	,295	- ,362*	,078
Преморбидная ригидность	- ,430**	- ,085	- ,229	,215	,185	- ,027	- ,155	,145	,078	- ,031	- ,098	,049	,196	- ,013	- ,193	,060
Примечание – уровень значимости различий обозначается ** при $p \leq 0,01$, * при $p \leq 0,05$																

Проанализировав данные таблицы 11, охарактеризуем выявленные взаимосвязи.

Системообразующая роль принадлежит дисфорическому типу реагирования на болезнь. Он имеет пять связей. При этом напрямую дисфорический тип взаимосвязан только с фактором М «практичность – мечтательность» ($r = 0,466^{**}$), отражающим особенности внутренней эмоциональной работы, воображения, которые проявляется в поведенческих паттернах. То есть дисфорический тип усиливается при выраженной

мечтательности: идеалистичности, богатом воображении, рассеянности, поглощенности своими идеями, капризности, легкости отступления от здравого смысла, неуравновешенности, непрактичности. Дисфорический тип напрямую взаимосвязан с фактором Q4 «расслабленность-напряженность» ($r = 0,594^{**}$). Это означает, что при высоком уровне напряженности проявляются черты дисфорического типа, что является закономерным и логичным, усиление дисфорических реакций при напряженности.

Остальные четыре связи обратно пропорциональные. Ослабляется дисфорический тип реагирования на болезнь при выраженных: самостоятельности ($r = - 0,652^{**}$), высоком интеллекте ($r = - 0,498^{**}$), беззаботности ($r = - 0,669^{**}$). Самостоятельные и независимые, инициативные в общении и в работе люди с высоким интеллектом, при этом веселые, откровенные, открытые, эмоционально восторженные, не склонны реагировать по дисфорическому типу. Тоскливо-озлобленное настроение не свойственно данным личностным характеристикам.

Обращает на себя внимание прямо пропорциональная связь гармоничного типа реагирования на болезнь с эмоциональной напряженностью ($r = 0,448^{**}$) и обратная взаимосвязь с подозрительностью ($r = -,413^{*}$). Лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями, несмотря на наличие внутреннего напряжения, беспокойства, раздражительности, возбужденности, могут относительно адекватно оценить свое состояние, не склонны преувеличивать или недооценивать свое состояния. Они могут быть настроены на выздоровление, готовы содействовать лечению, и в случае негативного прогноза не фиксироваться на негативных переживаниях, думать о том, как адаптироваться к жизни в условиях ограничений здоровья. Однако, излишняя эмоциональная напряжённость, фрустрированность, склонность сдерживать проявление эмоций тревоги и страха мешают гармоничному настрою в болезни.

Нельзя игнорировать, что высокие показатели по фактору Q4 «расслабленность — эмоциональная напряженность» демонстрируют лица,

переживающие состояния социальной дезадаптации из-за испытываемого чувства неудовлетворения базальных (биологических) потребностей и переживающие при этом нарушения эмоционального равновесия. Вероятно, наличие напряжения сказывается на состоянии сердца.

Фактор Q4 «расслабленность – эмоциональная напряженность» имеет три связи. Кроме выявленной связи с гармоничным типом реагирования на болезнь ($r = 0,448^{**}$) имеются значимые связи с дисфорическим типом (описано выше) и паранойяльным типом ($r = - 0,341^*$). Характер взаимосвязей обратно пропорциональный.

Можно говорить о том, что имеющаяся напряженность играет важную роль в структуре эмоционально-личностных особенностей лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ригидность как состояние имеет три значимые взаимосвязи. Учитывая, что для лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями свойственна ригидность, в том числе ригидность как состояние, важно рассмотреть данные взаимосвязи.

По три связи у факторов Е «подчиненность – доминантность» и I «реализм – чувствительность». Доминирование напрямую связано с ригидностью как состоянием ($r = 0,593^{**}$) и имеет обратно пропорциональную взаимосвязь с установочной ригидностью ($r = - 0,388^*$) и меланхолическим типом реагирования на болезнь ($r = - 0,423^*$).

Ригидность как состояние напрямую взаимосвязана с доминированием. Чем более выражена ригидность, тем более выражено доминирование, и наоборот. Это значит, что жесткость, предпочтение знакомых способов поведения, знакомых принципов будет сопровождаться желанием одержать верх, командовать, руководить. Соответственно тот, кто не стремится быть главным и правым, будет мягче, гибче, восприимчивее к изменениям.

Чувствительность имеет также обратную взаимосвязь с меланхолическим типом реагирования на болезнь ($r = - 0,482^{**}$) и прямо

пропорциональные взаимосвязи с эргопатическим типом реагирования на болезнь ($r = 0,392^*$) и ригидностью как состоянием ($r = 0,498^{**}$).

Учитывая свойственную лицам с сердечно-сосудистыми заболеваниями ригидность, можно сделать вывод о том, что им не свойственен меланхолический тип реагирования на болезнь (чем выше ригидность, тем ниже проявления данного типа).

Ригидность как состояние напрямую взаимосвязана с фактором чувствительности ($r = 0,498^{**}$): чем выше чувствительность, тем выше ригидность, и наоборот. То есть наблюдается прямая взаимосвязь между склонностью к ригидному поведению в ситуации болезни и эмоциональной чувствительностью, впечатлительностью.

Эргопатический тип реагирования на болезнь так же взаимосвязан с фактором Q3 «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль» ($r = - 0,387^{**}$). Это означает, что уходу в работу способствует высокий внутренний самоконтроль. Человек не может расслабиться, пустить что-то на самотек из-за жёсткого самоконтроля, и начинает уходить, а иногда буквально и сбегать, в работу. Испытываемая им сверхответственность порождает стремление любыми силами сохранить профессиональный статус, активную трудовую деятельность, и соответствующей ей социальное положение. Иногда это может становиться его «*idée fixe*» – любой ценой сохранить свою работу и связанное с ней положение.

Работа – самое важное для трудоголиков, они определяют собственную личность через профессиональную принадлежность и рабочие успехи. При этом они не испытывают удовольствия от работы и другие сферы их жизни дефицитарны. Если человек доминирующий, социально смелый, при этом чувствительный и напряженный, он не будет уходить в работу от болезни. Если человек ведомый, социально пассивный, нечувствительный и имеющий низкий уровень напряжения, ему будет свойственен эргопатический тип реагирования на болезнь.

Больше всего взаимосвязей у дисфорического типа реагирования, но характер взаимосвязей преимущественно обратно пропорциональный, что логично, поскольку данный тип реагирования не свойственен страдающим сердечно-сосудистыми патологиями, и как показывают корреляционные связи, его проявление снижается за счет абстрактного мышления, беспечности, самостоятельности.

Наглядно корреляционная плеяда показателей психологических эмоционально-личностных характеристик лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями представлена на рисунке 11.

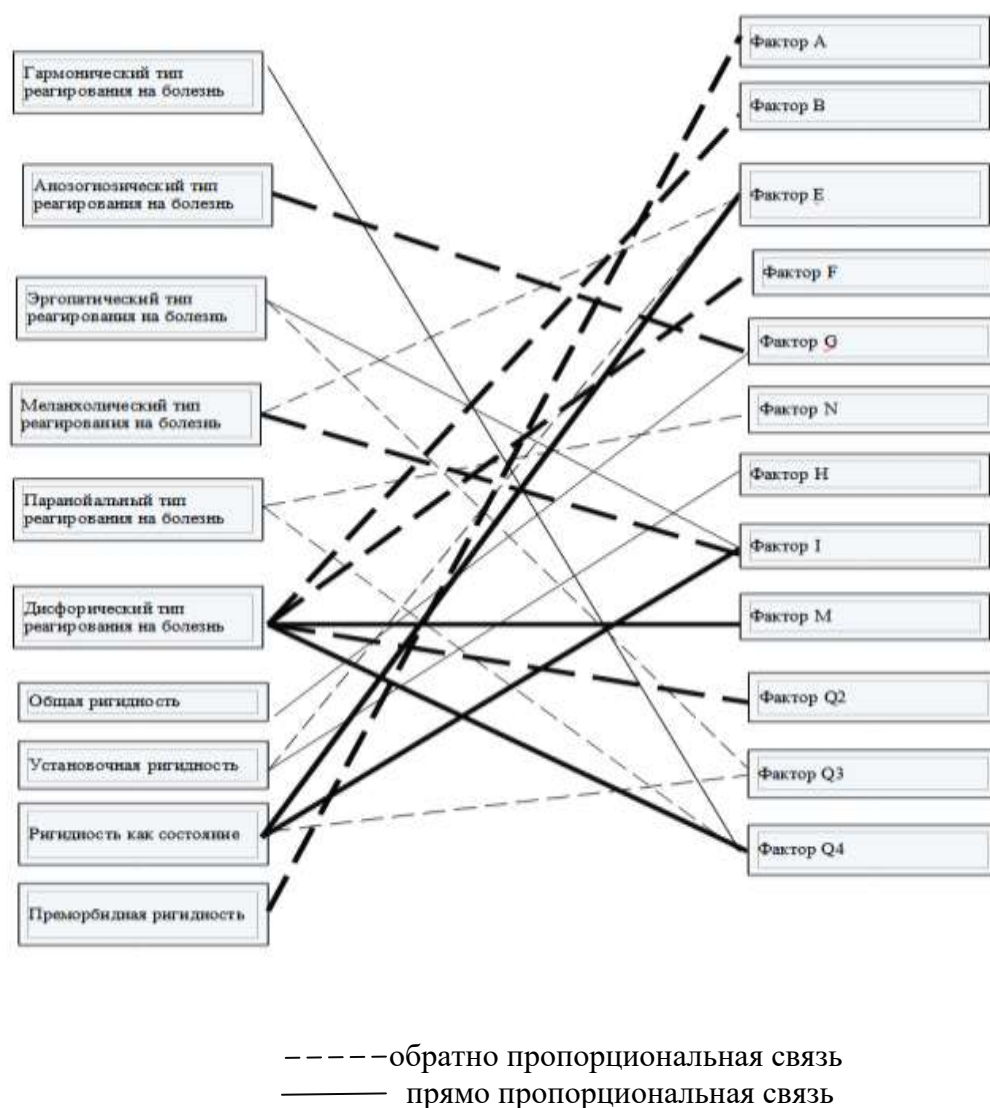


Рисунок 11 – Корреляционная плеяда показателей психологических эмоционально-личностных характеристик лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В целом, можно сделать вывод о том, что наибольшую роль играют параметры эмоциональной чувствительности, доминирования, ригидности, эмоциональной напряженности в структуре эмоционально-личностных особенностей лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Такой вывод можно сделать из количества взаимосвязей. Согласно сравнительному анализу данной группе респондентов свойственны эмоциональная напряженность, эмоциональная неустойчивость, ригидность. Доминирование им не свойственно, возможно, они подавляют стремление к доминированию, поскольку в структуре их эмоционально-личностных особенностей его роль заметна.

Дисфорический тип реагирования не свойственен страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями и, как показывают корреляционные связи, его проявление снижается за счет абстрактного мышления, беспечности, самостоятельности.

Далее методом корреляционного анализа по критерию Пирсона рассмотрим особенности структуры взаимосвязей эмоционально-личностных особенностей участников контрольной группы (здоровые испытуемые) проведенного исследования. Корреляционная матрица взаимосвязей эмоционально-личностных особенностей испытуемых без сердечно-сосудистых заболеваний отражена в таблице 12.

Таблица 12 – Корреляционная матрица взаимосвязей эмоционально-личностных особенностей испытуемых без сердечно-сосудистых заболеваний

Взаимосвязи	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Гармонический	,373*	,007	-,245	,420*	-,122	,327	,286	,199	,105	,013	,188	,223	,047	-,280	-,087	,044

Продолжение таблицы 12

Взаимосвязи	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Эргопатический	,013	,098	- ,191	- ,491**	,045	- ,117	- ,505**	- ,473**	,204	- ,027	,054	- ,266	,189	,246	- ,027	- ,429*
Анозогнозический	,012	- ,152	- ,174	,346*	- ,044	,162	,282	,190	- ,119	- ,037	,065	- ,045	,048	- ,192	,007	,485**
Тревожный	,0123	,163	,063	,082	,107	- ,047	,066	,228	,077	,028	- ,128	- ,021	,222	,225	,110	- ,086
Ипохондрический	,123	,110	- ,140	,206	,188	,124	,112	,143	,110	,090	,087	- ,140	- ,107	- ,116	,074	,004
Неврастенический	,012	,239	- ,170	- ,008	,147	,229	- ,156	,001	,025	- ,037	,083	- ,129	- ,204	- ,084	- ,040	- ,212
Меланхолический	,013	,370*	- ,069	- ,186	,262	,127	- ,328	- ,115	,169	,020	,083	- ,244	- ,047	,063	- ,014	- ,155
Апатический	,013	,202	- ,087	,105	,157	,251	,016	,096	,139	,138	,031	,035	- ,293	- ,139	- ,045	- ,191
Сенситивный	,108	,214	- ,169	- ,112	,240	,142	- ,245	- ,036	,160	,037	- ,039	- ,154	- ,088	,011	,064	,420*
Эгоцентрический	,023	,367*	,090	,139	,107	,222	,007	,015	,214	,248	,227	,057	- ,095	- ,184	- ,157	- ,083
Паранойяльный		,201	- ,109	,039	,117	,124	- ,067	,084	,052	,020	,020	- ,099	- ,141	- ,017	,005	- ,119
Дисфорический	,013	,201	- ,109	,039	,117	,124	- ,067	,084	,052	,020	,020	- ,099	- ,141	- ,017	,005	- ,119
Тревога	,012	- ,084	,135	,421*	- ,087	,238	,453**	,304	- ,297	- ,135	,092	,172	- ,108	- ,455**	- ,036	,339*

Продолжение таблицы 12

Взаимосвязи	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Депрессия	,013	,120	- ,295	,296	,171	,098	,124	,293	,268	,196	- ,041	- ,124	,226	,076	,110	,341*
Взаимосвязи	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Общая ригидность	,0103	,165	,306	,034	- ,009	,322	,410*	- ,099	,093	- ,261	,139	- ,366*	- ,095	,201	,218 ,012	,0121
Актуальная ригидность	,012	,162	,321	- ,042	,080	,312	,290	- ,209	- ,010	- ,090	,060	- ,177	- ,156	,059	,341*	,013
Сенситивная ригидность	0,207	,092	,312	,422*	,328*	,128	,118	,398*	,420*	,071	,007	- ,203	- ,170	,106	,287	,0321
Установочная ригидность	0,129	- ,220	,113	,262	- ,114	- ,044	,341*	,409*	- ,247	- ,067	- ,308	,234	- ,345*	- ,075	,177	,225
Ригидность как состояние	,012	,201	- ,052	- ,280	,080	- ,198	- ,327	- ,140	,184	,042	- ,010	- ,242	,094	,230	,046	- ,402*
Взаимосвязи	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Преморбидная ригидность	,002	- ,199	,198	,063	- ,123	- ,313	,256	,215	- ,216	,079	- ,159	,043	- ,168	- ,079	,042	- ,125
Примечание – уровень значимости различий обозначается ** при $p \leq 0,01$, * при $p \leq 0,05$																

Анализ данных таблицы 12 позволяет описать характеристики выявленных взаимосвязей.

Эргопатический тип реагирования на болезнь имеет четыре взаимосвязи. Эргопатический (стенический) тип реагирования на болезнь представляет собой уход от болезни в работу. Человек полностью сосредотачивается на работе, проводит на ней много времени, берет

дополнительные задания, становится очень ответственным. По сути, человек вместо того, чтобы заниматься лечением, занимается работой. Соответственно, он проходит не все процедуры, сдает не все анализы и не вовремя, приверженность пациента к назначенной терапии практически отсутствует, все это не может не сказаться на исходе лечения. Для человека с таким типом реагирования на болезнь становится сверхважно сохранить свой профессиональный статус, это становится его неадекватной идеей.

Эргопатический тип реагирования на болезнь имеет отрицательные взаимосвязи с факторами Е «подчиненность – доминантность» ($r = -0,491^{**}$), Н «робость – смелость» ($r = -0,505^{**}$), I «реализм – чувствительность» ($r = -0,473^{**}$), Q4 «расслабленность – эмоциональная напряженность» ($r = -0,429^*$). Сильные, независимые люди, рассудочные, гибкие в суждениях не бегут в работу от болезни. Им свойственен гармонический тип реагирования.

Тревога имеет четыре значимые взаимосвязи. Тревога у людей без сердечно-сосудистых заболеваний напрямую связана с фактором Н «робость – смелость» ($r = 0,453^{**}$), для застенчивых людей характерна социально-пассивная жизненная позиция, эмоциональная сдержанность, чрезмерная чувствительность к каким-либо внешним угрозам, что может усиливать проявление тревоги. Тревога также имеет значимую обратно пропорциональную взаимосвязь с фактором Q2 «зависимость от группы – самостоятельность» ($r = -0,455^{**}$), независимые, самостоятельные, с высокой степенью осознанности люди, ориентированные на собственные принимаемые решения, менее меньше тревожатся. Тревога также напрямую взаимосвязана и с фактором Е «подчиненность – доминантность» ($r = 0,421^*$), и фактором Q 4 «расслабленность – эмоциональная напряженность» ($r = 0,339^*$). закономерно усиливает напряжение и усиливается при его повышении.

Эмоциональная напряженность имеет шесть взаимосвязей. Она закономерно напрямую взаимосвязана с тревогой ($r = 0,339^*$) и депрессией ($r = 0,341^*$). Имеет прямую взаимосвязь с анозогностическим типом

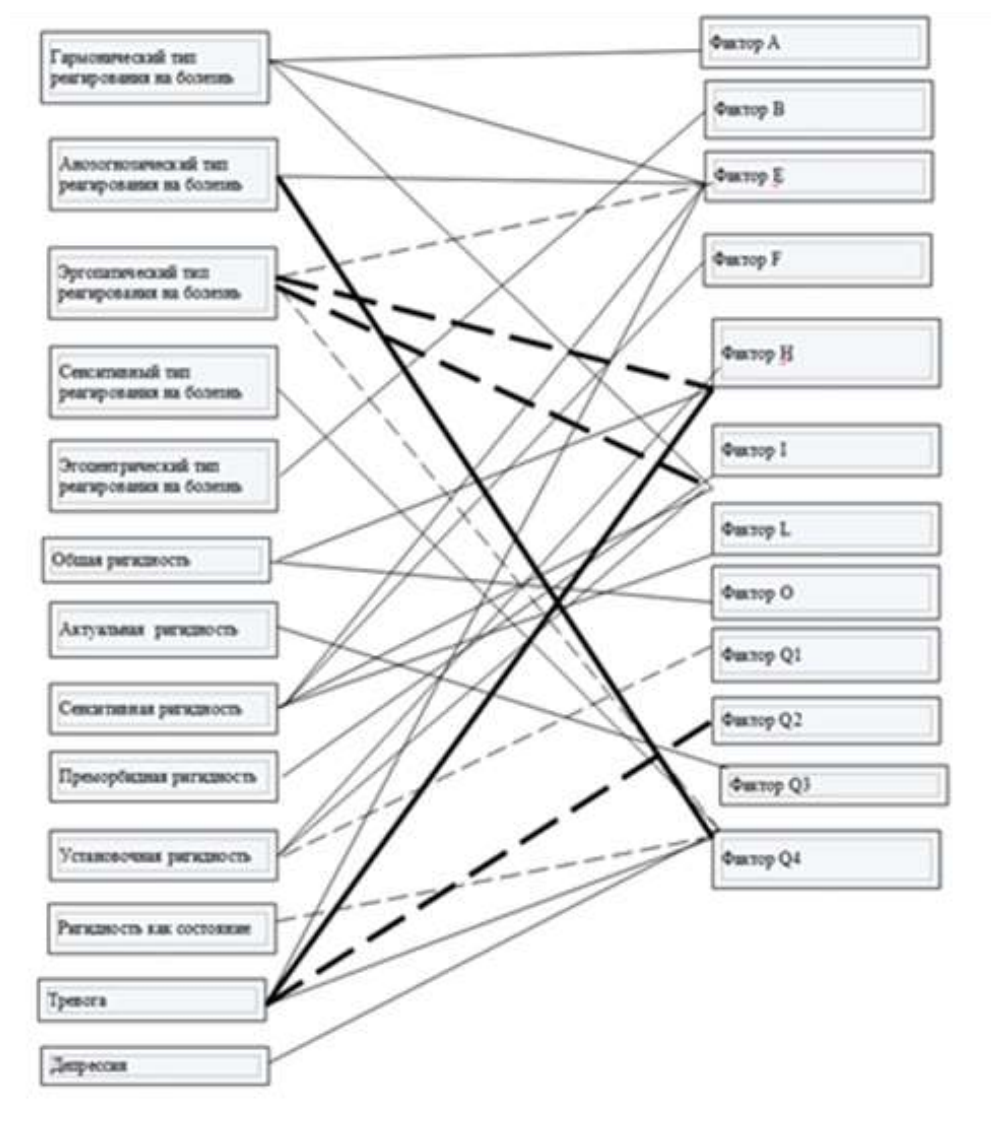
реагирования на болезнь ($r = 0,485^{**}$). Это значит, что в тревоге человек, видимо, защищаясь, делает вид, что ничего не изменилось и болезни нет, а если болезни нет, можно не тревожиться.

Одновременно напряженность способствует тому, что человек становится более эмоционально восприимчивым, и это отражается в связи эмоциональной напряжённости с сенситивным типом реагирования на болезнь ($r = 0,420^*$). Напряженность снижает через отрицательные связи склонность уходить в работу при наличии заболевания ($r = - 0,429^*$) и снижает ригидность ($r = - 0,402^*$). Лица без сердечно-сосудистых заболеваний, когда тревожатся, не уходят в работу.

Появление тревоги в структуре эмоционально-личностных связей лиц, не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, указывает на то, что любой человек может испытывать тревогу, важно ее осознавать, и мы видим тревогу в структуре взаимосвязей. Если ее не осознавать, она может оказать влияние на состояние сердечно-сосудистой системы. Осознание же тревоги, напротив, может помочь развить эмоциональную гибкость, активизировать и мобилизовать силы справляться с возникающими жизненными проблемами.

Сенситивная ригидность, отражающая эмоциональные реакции личности на нечто новое, её эмоциональное отношение к востребованным жизненной необходимостью изменениям имеет четыре прямо пропорциональные взаимосвязи: с факторами Е «подчиненность – доминантность» ($r = 0,422^*$), F «сдержанность – экспрессивность» ($r = 0,328^*$), I «реализм – чувствительность» ($r = 0,398^*$), L «подозрительность – доверчивость» ($r = 0,420^*$). Независимые, доминирующие, активные люди, которым свойственна эмоциональная окрашенность во взаимодействии с социумом, реалистичность и самостоятельность, демонстрируют более позитивные эмоциональные реакции при столкновении с чем-то новым в своей жизни, в ситуациях, требующих изменений, им менее свойственна эмоция страха, они более гибки и открыты новому опыту, что, в свою очередь, ведёт к их более высокой адаптивности.

Корреляционная плеяда показателей психологических эмоционально-личностных характеристик здоровых испытуемых наглядно продемонстрирована на рисунке 12.



-----обратно пропорциональная связь
 ————— прямо пропорциональная связь

Рисунок 12 – Корреляционная плеяда показателей психологических эмоционально-личностных характеристик лиц без сердечно-сосудистых заболеваний

На основании проведённого анализа, в целом можно сделать вывод о напряженности, высоком уровне тревожности, отсутствии склонности углубляться в работу при болезни, сенситивной ригидности как важных

характеристик личности людей без сердечно-сосудистых заболеваний. Их независимость и самостоятельность снижает эмоцию тревоги в стрессогенных ситуациях. Данные параметры влияют на многие другие параметры в структуре личности здоровых людей. Свойственный им гармонический тип реагирования на болезнь напрямую связан с общительностью и чувствительностью.

Таким образом, проведенное эмпирическое исследование показало, что в сравнении со здоровыми людьми лица с проблемами сердечно-сосудистого характера имеют высокую тревожность, неврастенический и эргопатический тип реагирования на болезнь. Неврастенический тип отношения к болезни проявляется в ощущении бессилия, колебании настроения, в раздражительности реакций. В случае эргопатического отношения к болезни человек вместо лечения начинает много работать, пренебрегая врачебными рекомендациями. Таким образом, они не могут реагировать гармонично на болезнь, дезадаптируются.

У страдающих сердечно-сосудистыми патологиями выявляются симптомы субклинически выраженной тревоги. Они склонны волноваться, беспокоиться по незначительным поводам, но чаще справляются с подобными симптомами.

Лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями характеризует чувствительность, эмоциональная напряженность, негативный эмоциональный фон, вызванный эмоциями тревоги и страха, склонность к депрессивному настроению. Они склонны принимать близко к сердцу происходящие события, ставить себя на место других людей, волноваться за них. Испытывают напряжение, раздраженность, взвинченность. Для них характерен консерватизм, вплоть до морализаторства, сопротивление к тому, чтобы изменить устоявшиеся привычки, традиции и поведенческие паттерны.

Испытуемым с сердечно-сосудистыми заболеваниями свойственны актуальная, сенситивная ригидность, преморбидная ригидность, ригидность как состояние, общая ригидность. Это означает, что им трудно

переключиться с одним переживаний на другие, с одного вида деятельности на другой, они застревают на одних и тех же переживаниях, склонны испытывать страх в ситуациях, которые объективно требуют каких-либо изменений.

Страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями характеризует неблагоприятное эмоциональное состояние. В отличие от здоровых людей для них характерны сниженная активность и сниженное настроение, страх, беспокойство, тревога, симптомы заболевания могут быть причиной сниженного эмоционального фона по причине их негативного влияния на жизненные планы.

Корреляционный анализ показал, что можно сделать вывод о роли чувствительности, доминирования, ригидности, эмоциональной напряженности, о появлении дисфорического типа реагирования на болезнь при развитом воображении в структуре эмоционально-личностных особенностей лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В контрольной группе абсолютно иная структура взаимосвязей эмоционально-личностных особенностей, от которой отличается структура эмоционально-личностных особенностей лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Они в большей степени экстравертированы, способны мыслить абстрактно, имеют стабильный эмоциональный фон, реже испытывают эмоции страха и тревоги, склонны доминировать. Свойственный им гармонический тип реагирования на болезнь напрямую связан с общительностью и чувствительностью, для них характерны эмоциональная восприимчивость и легкость в выражении своих эмоций.

Заключение

В настоящее время наиболее распространенной является биопсихосоциальная модель формирования болезней. В психологической науке уделяется внимание психологическим факторам, исследование содержания которых имеет высокий уровень значимости.

Целью данного исследования было изучить особенности эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Было выдвинуто предположение, что существуют особенности эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В результате исследования были сделаны следующие выводы.

Здоровье – интегральная, комплексная характеристика. Наиболее целостным представляется биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни, который охватывает все стороны феномена здоровья, являющегося системным понятием.

Эмоции являются особой категорией психических процессов и состояний, которые связаны с потребностями и мотивами. Эмоции окрашивают жизнедеятельность человека, эмоциональный фон играет большое значение в благополучии личности.

Люди с определенными эмоциональными особенностями личности болеют определенными болезнями. Лицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, свойственны определенные эмоциональные особенности, которые рассмотрены в ряде исследований. Выделены в работах разных авторов такие черты как агрессивность, алекситимичность, замкнутость. Тревожность и депрессивность звучат чаще всего. Тем не менее, важно обратить внимание, что данные исследований разрозненны, не все их них подтверждают друг друга, что подтверждает, что нужно проводить новые исследования и анализировать новые данные.

Проведённое исследование показало, что в сравнении со здоровыми людьми люди с проблемами сердечно-сосудистого характера испытывают

высокую тревожность, страх перед новым, им свойственен неврастенический и эргопатический тип реагирования на болезнь. Таким образом, они не могут реагировать гармонично на болезнь, дезадаптируются.

Лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями характеризует неблагоприятное эмоциональное состояние. У них выявляются симптомы субклинически выраженной тревоги. Страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями характеризует чувствительность, тревожность, страх в ситуациях, требующих изменений, эмоциональная напряженность. Они склонны принимать близко к сердцу происходящие события, ставить себя на место других людей, волноваться за них. Испытывают эмоциональное напряжение, раздраженность, взвинченность. Также лицам, страдающим сердечно-сосудистыми патологиями свойственны актуальная, сенситивная ригидность, общая ригидность – в стрессовых, тревожных ситуациях им сложно принять новое, сформировать новую поведенческую стратегию, помогающую адаптироваться.

Корреляционный анализ показал, что можно сделать вывод о роли эмоциональной чувствительности, доминирования, склонности к экспрессивному выражению эмоций, ригидности, эмоциональной напряженности в структуре эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель исследования достигнута, гипотеза подтверждена.

Полученные выводы будут полезны клиническим психологам, работающим с пациентами с болезнями сердечно-сосудистой системы в аспекте выстраивания целей психологической помощи.

Список используемой литературы

1. Александер Ф. М. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Пер. с англ. С. Могилевского. М.: ЭКСМО–Пресс, 2022. 352 с.
2. Анохин П. К. Эмоции / П. К. Анохин // Психология эмоций: учеб. пособие для вузов: 18+. Авт.-сост. В. Вилюнас. СПб.: Питер, 2004. С. 268 – 275.
3. Ахметова А.С. Особенности эмоционального интеллекта лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Научно-практический электронный журнал Аллея Науки. 2019. №2 (29) Т.1.С. 56–59
4. Батурина Г.И. Эмоции и чувства как специфическая форма отражения действительности. В кн. Диалектика познания и сознания. Учёные записки Ивановского пед. ин-та Иваново: Изд-во пед. ин-та, 1973. 250 с.
5. Бирюкова Л. А. Психоэмоциональные особенности личности, определяющие комплаентность больных с болевой и безболевой формой ишемической болезни сердца//Российский кардиологический журнал 2008. № 6 (74). С. 56–61
6. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер с нем. Г. А. Обухова А. В. Бруенка; Предисл. В. Г. Остроглазова. М.: Гэотар медицина, 2019. 337 с.
7. Бучина М. М., Копнина Е. И., Чернова М. А., Бучина А. В. Влияние степени повышения артериального давления на особенности восприятия жизненных событий и копинг-стратегии у пациентов с гипертонической болезнью // ВНМТ. 2014. №2. С. 54–48
8. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю. Методологические основы психологической диагностики в клинике соматических расстройств // Сибирский психологический журнал. 2010. №38 С. 24–28.

9. Вилюнас В. К. Психология эмоций: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии: авт.-сост.: Витис Вилюнас. Москва [и др.]: Питер, 2007. 496 с.
10. Гамезо М. В., Герасимов В. С., Машурцева Д. А., Орлова Л. М. Общая психология: Учебно-методическое пособие. Под общ. ред. М. В. Гамезо. М.: Ось-89, 2007. 352 с.
11. Додонов Б. И. В мире эмоций. Киев: Политиздат Украины, 1987. 139 с.
12. Захарова А.В. Структурно-динамическая модель самооценки [Электронный ресурс] // Вестник практической психологии образования. 2012. № 4. Т. 9. С. 113–120.
13. Зимогляд О.Е., Иванова Ю.С., Смирнова А.П., Волкова Е.И. Алекситимия и связанные с ней психические и психосоматические расстройства // Клиническая медицина. 2023. № 4-5. Т.101. С. 223–228. <https://doi.org/10.30629/0023-2149-2023-101-4-5-223-228>
14. Изард К. Э. Психология эмоций. Санкт-Петербург: Питер, 2012. 464 с.
15. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб: Питер, 2001. 752 с.
16. Кербигов О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Учебник. 2-е изд., перераб. М.: Медицина, 1968. 448 с.
17. Коннова Е. А. Психологические особенности лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями // Молодой ученый. 2021. № 42 (384). С. 162–164.
18. Кононенко И. О., Сибгатулина А. А. Оценка качества жизни и восприятия образа тела у пациентов с ишемической болезнью сердца // Форум молодых ученых. 2019. №1–2 (29).

19. Кечатова О. А. Особенности эмоциональной и личностной сферы у людей с гипертонией // Скиф. Вопросы студенческой науки. 2022. №11(75). С.178–184.
20. Косенкова О. И. Психосоциальные особенности больных артериальной гипертензией // Экология человека. 2008. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosotsialnye-osobennosti-bolnyh-arterialnoy-gipertenziei> (дата обращения: 23.10.2023).
21. Кулаков С. А. Психосоматика: 4-е издание, дополненное. Издательские решения, 2022. 456 с.
22. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Ленинград Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1950. 496 с.
23. Ларионов М. П. Психосоматические отношения при артериальной гипертензии//Российский кардиологический журнал. 2020. №25(3). С. 121–128
24. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: учебник. Москва : КноРус, 2024. 421 с.
25. Меркурьева А.А. Характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ишемической болезнью сердца с болевым и безболевым вариантами течения: Дис. ... канд. психол. наук: 19. 00. 04 : СПб., 2001.147 с.
26. Минченков А. В., Елпидифоров Н. Б. Методы структурной психосоматики. СПб.: Ювента ; М. : Ин-т общегуманитар. исслед., 2002. 405 с.
27. Молчанова О.Н. Низкая самооценка: восемь проблем // Перспективные направления психологической науки. М. : Издательский дом НИУ ВШЭ, 2012. С. 63–84.
28. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. 4-е изд. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. Кн. 1: Общие основы психологии. 688 с.

29. Никифоров Г. С. Психология здоровья. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2022. 256 с.
30. Новикова И. А., Соловьев А.Г., Сидоров П.И. Психологические особенности больных с сердечно-сосудистой патологией// Российский кардиологический журнал. 2024. № 1(45). С 28–32
31. Первичко Е. И., Остроумова О. Д., Зинченко Ю. П. Психологические особенности больных стрессиндуцированной артериальной гипертонией: нарушение регуляции эмоций как центральное звено патогенеза // Consilium Medicum. 2016. №18 Т.10. С. 98–105
32. Прохошина, И. С. Особенности эмоциональной сферы лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Молодой ученый. 2024. № 4 (503). С. 421–426.
33. Психология здоровья: учебное пособие / Е. А. Денисова, С. А. Кузьмичев, Т. В. Чапала, И. В. Малышева. Тольятти : ТГУ, 2017. 107 с. Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. URL: <https://e.lanbook.com/book/139724> (дата обращения: 23.10.2023).
34. Психология XXI века: Учеб. для вузов. Александров И.О., Александров Ю.И., Агарков В.А. и др. ; Под ред. В.Н. Дружинина. Москва : Per Se, 2003. 863 с.
35. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. / Ю.Г. Фролова. Мн.: ЕГУ, 2003. 172 с.
36. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс», 2005. 592 с.
37. Сидорова Ю. И., Билецкая М. П. Психологические особенности пациентов с гипертонической болезнью II стадии // Педиатр. 2013. №1. Т.4. С. 86–88
38. Симонов П. В. Эмоциональный мозг. Москва: Издательство «Наука», 1981. 215 с.

39. Скутина Т.В., Потапова Е.В., Смирнова Л.Э., Валитова А.И., Ткачева А.В. Личностные особенности людей с гипертонической болезнью. // Психология и Психотехника. 2022. № 4.
40. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. Санкт-Петербург: Речь, 2003. 621 с.
41. Социальная психология агрессии и насилия [Текст]: профилактика и коррекция: учебное пособие: для студентов учреждений высшего образования по специальности "Психология" / И. А. Фурманов. Минск : Изд. центр БГУ, 2016. 401 с.
42. Фролова О. В. Психологические особенности больных хроническими соматическими заболеваниями // Казанский психологический журнал. 2009. №9-10. С.104–112.
43. Чумаков М. В. Психологическое содержание обыденных представлений об эмоционально-волевой сфере личности // Психологическая наука и образование. 2006. № 1 Том 11. С. 63–68.
44. Celano C. M. Depression and cardiac disease. A Review/C.M. Celano, J.C. Huffman // Cardiol Rev. 2011. №19(3). P.130–142.
45. Gholizadeh L., Shahmansouri N., Heydari M., Davidson P. M. Assessment and detection of depression in patients with coronary artery disease: validation of the Persian version of the PHQ-9. // Contemporary Nurse. 2019. № 55(2–3). P. 185–194.
46. Glasser W. Counseling With Choice Theory: The New Reality Therapy. New York: Harper Collins, 2000.
47. Myers L. B, Derakshan N. The relationship between two types of impaired emotion processing: repressive coping and alexithymia. // Frontiers in Psychology.2015. Volume.6. Article 809.
48. Shapiro P. A. Management of depression after myocardial infarction. // Current Cardiology Reports. 2015 Volume.17. Article 80.

49. Swapana C., Singh A. & Demen J. Type A behavior pattern, stress and coronary heart disease: observational study. // *Annals of General Psychiatry*. 2008. № 7 (Suppl 1). Article S298.

50. Thombs B.D., Ziegelstein R.C, Whooley M.A. Optimizing detection of major depression among patients with coronary artery disease using the patient health questionnaire: Data from the heart and soul study. // *Journal of General Internal Medicine*. 2018. №23. P.2014–2017.

51. Trudel X., Brisson C., Gilbert-OuimetM., Vézina M., Talbot D., Milot A. Long Working Hours and the Prevalence of Masked and Sustained Hypertension // *Hypertension*.2020. Volume 75. Number 2 P. 532 – 538.