

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

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование кафедры)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки, специальности)

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему **ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Студент

Д.Н. Никифорова

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

В.В. Пантелеева

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Допустить к защите

Заведующий кафедрой д.п.н., профессор О.В. Дыбина

(ученая степень, звание, И.О.Фамилия)

(личная подпись)

« ____ » _____ 20 __ г.

Тольятти 2019

Аннотация

Бакалаврская работа рассматривает актуальную проблему личностных особенностей больных гипертонической болезнью в отечественных и зарубежных теориях.

Выбор темы обусловлен проблемой психосоматического происхождения гипертонической болезни.

Целью работы является выявление личностных особенностей людей, больных гипертонической болезнью.

Бакалаврская работа основана на гипотезе, согласно которой личностными особенностями больных гипертонической болезнью являются высокий социальный самоконтроль, а также склонность к аффективным состояниям и открытому агрессивному поведению.

В ходе работы решаются задачи: провести теоретический анализ проблемы психосоматической обусловленности гипертонической болезни, подобрать методы для эмпирического изучения склонности к аффективным состояниям, открытому агрессивному поведению и уровня социального самоконтроля, осуществить эмпирическое исследование уровня социального самоконтроля, склонности к аффективным состояниям и открытому агрессивному поведению, провести сравнительный анализ личностных особенностей больных гипертонической болезнью и здоровых людей, сделать выводы.

Бакалаврская работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (44 наименования). Текст проиллюстрирован 5 таблицами и 6 рисунками. Объем работы – 47 страниц.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1. Теоретический анализ проблемы психологических детерминант гипертонической болезни.....	8
1.1 Понятие о психосоматическом происхождении гипертонической болезни в отечественных и зарубежных исследованиях.....	8
1.2 Личностные особенности больных гипертонической болезнью.....	12
Выводы по первой главе.....	18
Глава 2. Эмпирическое изучение психологических детерминант гипертонической болезни.....	20
2.1 Организация исследования, методика и выборка испытуемых.....	20
2.2 Эмпирическое исследование личностных особенностей больных гипертонической болезнью.....	23
Выводы по второй главе.....	38
Заключение.....	41
Список используемой литературы.....	44

Введение

В современном, цивилизованном мире, где не приветствуется открытое, бурное выражение чувств, и даже зачастую является уголовно наказуемым, люди вынуждены ежедневно подавлять свои эмоции, находясь в социуме. Сначала человека учат сдерживаться в обществе, чтобы соблюдать приличия. Но зачастую в течение жизни это складывается в установку, соблюдаемую повсеместно – как в обществе, так и среди близких людей – и даже в одиночестве. Эмоциональные проблемы остаются нерешёнными, повышается внутренняя напряжённость, что, в свою очередь, выливается в различные психосоматические проявления.

В данной дипломной работе мы рассмотрим такую проблему, как личностные особенности больных эссенциальной гипертонической болезнью.

Проблему взаимосвязи соматического здоровья и психологических аспектов личности рассматривалась такими российскими психологами, как Ананьев Б.Г., Еникеев М.И., Козлов А.В., Васильева О.С., Коновалов С.С., Бойко О.В., Давиденко Д.Н., Синельников В.В. Никифорова Г.С., Бурлачук Л.Ф., Волков Б.С., и психологами зарубежными – А.Г. Маслоу, К.Р. Роджерс, С. Киз. Г. Олпорт, Л. Бурбо.

Актуальность исследуемой темы обусловлена тем, что согласно статистическим данным, гипертонической болезнью страдает 65% населения – и это только те больные, которые состоят на учёте в поликлиниках и стационарах. Помимо этого, есть люди, которые занимаются самолечением, соответственно реальное количество таких больных гораздо больше.

Согласно статистическим данным ГБУЗ СО ТССМП за последние 3 года количество вызовов скорой помощи по поводу повышения артериального давления возрастает с каждым годом стабильно на 1000 вызовов, причём возраст вызывающих становится более ранним. Гипертонические кризы составляют 19% от всех вызовов, поступающих

диспетчерам скорой помощи, и занимают лидирующую позицию среди поводов к вызовам.

Согласно определению, эссенциальная (первичная) гипертензия – это хроническое заболевание, основным симптомом которого является стойкое повышения артериального давления до 140/90 мм.рт.ст и выше, а так же периодическое возникновение гипертонических кризов – внезапных скачков артериального давления на 20 единиц от исходной нормы и выше, и сопровождающихся комплексом общемозговых симптомов. Подобные кризы грозят рядом опасных для жизни осложнений, таких как острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, отёк лёгких.

Значительная часть пациентов с гипертоническими кризами – хронические больные, принимающие регулярное адекватное лечение, назначенное участковыми врачами. Тем не менее, несмотря на медикаментозные вмешательства, эти люди зачастую не могут предотвратить опасные для жизни скачки давления, что наводит на мысль о недостаточности фармацевтического воздействия на данную патологию.

Сами пациенты при опросе почти всегда отмечают взаимосвязь гипертонических кризов с эмоциональными вспышками – ссорами, стрессами. Причём стрессогенное воздействие может быть, как немедленным – тогда криз развивается в тот же день, так и длительно копящимися, и криз возникает якобы без причины, что вводит в заблуждение относительно связи повышенного артериального давления с нервно-психическим состоянием.

Как правило в таких ситуациях больным не помогает их обычное медикаментозное лечение, что наводит на мысль о психосоматическом происхождении артериальной гипертензии и необходимости учитывать это при её лечении.

Американский психолог и философ Лиз Бурбо в своей книге «Твое тело говорит люби себя», объясняет гипертонию склонностью человека переживать одни и те же ситуации, напоминающие о неразрешённых душевных травмах [3].

Врач-терапевт, психотерапевт В.В. Синельников в своей книге «Возлюби болезнь свою» пишет о том, что гипертония – это даже не заболевание, а реакция человека на жизненные события, и что давление повышается у людей, длительное время переживающих эмоциональную напряженность. «Вы испытываете давление от неприятностей, с которыми не можете справиться в данный момент» [24].

К сожалению, несмотря на то, что во всех медицинских учреждениях должны работать психологи и заниматься психопрофилактикой с пациентами, по факту в нашем городе такие специалисты либо отсутствуют, либо даже при их наличии пациенты не информированы о возможности и необходимости заниматься своим психологическим здоровьем – что, исходя из вышесказанного, пагубно сказывается на здоровье соматическом. И это говорит о том, что современному здравоохранению необходимо уделять больше внимания психологическим аспектам пациентов при лечении гипертонической болезни.

Объектом исследования являются личностные особенности.

Предмет исследования – личностные особенности больных гипертонической болезнью.

Цель исследования: выявить личностные особенности людей с гипертонической болезнью.

Гипотеза: Мы предполагаем, что личностными особенностями больных гипертонической болезнью являются высокий социальный самоконтроль, а также склонность к аффективным состояниям и открытому агрессивному поведению.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ проблемы психосоматической обусловленности гипертонической болезни.
2. Подобрать методы для эмпирического изучения склонности к аффективным состояниям, открытому агрессивному поведению и уровня социального самоконтроля.

3. Осуществить эмпирическое исследование уровня социального самоконтроля, склонности к аффективным состояниям и открытому агрессивному поведению.
4. Провести сравнительный анализ личностных особенностей больных гипертонической болезнью и здоровых людей, сделать выводы.

Для проверки нашей гипотезы мы используем следующие **методики**:

1. «Hand-test» - проективная методика исследования, которую разработал Э. Вагнер, в адаптации Т.Н. Курбатовой для определения склонности к открытому агрессивному поведению.
2. Тест Снайдера «Самоконтроль в общении».
3. Экспресс-диагностика склонности к аффективным состояниям по методике В. Бойко.
4. Сбор анамнеза заболевания, изучение медицинской карты, истории вызовов.
5. Беседа для сбора анамнеза эмоционального состояния, предшествующего гипертоническому кризу.
6. Метод математической обработки данных для выявления значимости различий между исследуемыми группами по U-критерию Манна-Уитни.

Практическая значимость выпускной квалификационной работы состоит в том, что изучение личностных особенностей больных гипертонической болезнью – необходимый этап для того, чтобы начать активное внедрение психологической поддержки больных. В свою очередь, это может помочь облегчить жизнь пациентов, снизив частоту возникновения кризов, и даже увеличить продолжительность жизни. Помимо этого, выявление психологических аспектов гипертоников позволит создавать программы психопрофилактики здорового населения, находящегося в группе риска возникновения гипертонической болезни, что снизит рост заболеваемости этой патологией.

Глава 1. Теоретический анализ проблемы психологических детерминант гипертонической болезни

1.1 Понятие о психосоматическом происхождении гипертонической болезни в отечественных и зарубежных исследованиях

Психосоматика – относительно новое направление на стыке психологической и медицинской наук. Психосоматика рассматривает взаимодействие психики человека – системы, которая имеет информационную структуру, и телесной системы, которая проявляет себя материально. Так же психосоматика изучает психологические причины возникновения и развития соматических, то есть телесных, заболеваний.

В настоящее время это направление имеет некоторые определённые достижения, хотя ещё не сформировалось как определённое научное направление.

В нашей выпускной квалификационной работе мы рассмотрим историю развития некоторых теоретических аспектов и экспериментальных подходов в изучении психосоматического направления.

Прежде всего отметим, что так называемые психологические факторы делятся на две группы:

1) Внутренние, личностные факторы – это особенности психологической структуры человека, его нервно-психические процессы, отношение к окружающей его действительности и личностные особенности.

2) Внешние, информационные факторы – это воздействия на человека физических условий среды; социальные ситуации, эмоциональный стресс, а также значительное количество перерабатываемой человеком информации.

Исследование воздействия большого количества информации на человека приобретает наибольшую актуальность в ситуации современности. М.М. Хананашвили, автор теории «информационного невроза», обосновал её данными, полученными в результате проведённых им экспериментов. Он

установил, что у животных возникают функциональные срывы в условиях решения ими трудных задач в условиях дефицита времени.

Данный фактор имел широкий круг исследований как причина развития гипертонической болезни. Работы Г.И. Сидоренко показывают, что информационная нагрузка является достаточным тестом на выявление гипертензивных реакций на ранних стадиях развития этого заболевания. Г.И.Сидоренко высказано следующее предположение: «...гипертоническая болезнь является своего рода «платой» за переработку большого объема информации...» [18].

Устойчивость к влиянию информационных факторов определяется внутренней психологической структурой человека. Б.Д. Карвасарский писал по отношению к неврозам: «...интенсификация производственных процессов, также, как и самой жизни, сама по себе не является патогенной. Неврозы возникают не в обстановке трудового творческого напряжения, а лишь при наличии психотравматизации личностного характера, обусловленной нарушением отношений личности со средой...» [9].

Аналогичные выводы сделал Ю.М. Губачев: «...в случае личностного варианта возникновения психосоматического заболевания главным инструментом формирования патологии является ... деформированная, акцентуированная, нередко психопатоподобная личностная структура, которая обуславливает затяжной гипертрофированный или извращенный тип реагирования на жизненную обстановку, а также воссоздает конфликтную ситуацию своим отношением к окружению...» [4].

На наш взгляд, большую значимость на данный момент имеют следующие версии, которые объясняют механизмы влияния психической сферы на патологическую деятельность физиологических систем организма:

1) Психосоматическая концепция Зигмунда Фрейда. В своих работах «Психоневрозы защиты» и «Исследование истерии» он вводит такие понятия, как «конверсии» и «символический язык органов». Он рассматривал отклонения в работе физиологических систем организма человека как

символы определенных вытесненных бессознательных переживаний или разрешение психического конфликта через заболевания тела. По его концепции, при развитии болезни наступает эмоциональное облегчение [26].

2) Теория «специфичности конфликта» Ф. Александера. Она основана на идее З. Фрейда. Он обнаружил связь психологических конфликтов со специфическими физиологическими способами их разрешения. По его теории, конфликты орального, анального или фаллического характера проявляются в заболеваниях соответствующих систем организма. Он считал, что существует три фактора развития психосоматических заболеваний:

- 1) индивидуальные особенности личности, на фоне которых формируются внутренние неосознанные конфликты;
- 2) наличие психотравмирующих ситуаций;
- 3) конституционально-обусловленная ранимость определенных органов вегетативной системы, то есть наличие в структурах тела генетически детерминированного слабого органа [17].

В тех случаях, когда имеют место быть функциональные нарушения невротического характера, психотерапевтические методики, основанные на вышеперечисленных версиях, могут успешно их скорректировать. Однако в тех случаях, когда имеются патологические изменения в физиологических системах организма, применять данные подходы нецелесообразно потому как неэффективно. Ко всему прочему психоанализ не объясняет механизма психосоматики заболеваний.

Проблемой психосоматического происхождения заболеваний так же занималась Ф. Данбар, чья теория взаимосвязи заболеваний с личностными особенностями человека получила широкое распространение. Данбар в своих работах писала: «...эмоциональные реакции являются производными от личности больного, и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности...» [44]. Одной из особенностей её теории, обеспечившей ей популярность, является возможность использования тестовых методов для определения соматотипа

(коронарный, гипертонический, аллергический, травматический или склонный к повреждениям).

Однако эта теория, несмотря на свою популярность не подтверждена, так как не установлено до конца, что является первичным – личностные особенности приводят к развитию психосоматических заболеваний, или же в результате болезни начинают проявляться соответствующие личностные особенности.

Бихевиористы Фридман и Розенман на основании теории Данбар выявили два типа поведения, названных ими «типом А» и «типом Б». Для «типа А» характерно проявление соперничества, состязательности и целеустремлённость. К «типу Б» они относили личности с противоположными чертами характера. Согласно их теории, личности «типа А» подвержены развитию сердечно-сосудистых заболеваний, в особенности гипертонии, в четыре раза чаще, чем личности «типа Б». В связи с особенностями их черт характера они берутся сразу за множество дел, за счёт чего ускоряется их темп жизни и работы. Корреляция между «типом А» и развитием сердечно-сосудистых заболеваний была подтверждена многими исследователями [43].

С другой стороны, согласно исследованиям, проводимым в СССР, среди гипертоников были выявлены как гиперактивные, так и пассивные, тревожные личности [6].

Можно сделать предположение, что такое различие в результатах связано с тем, что большую роль в развитии заболевания играет динамика у лиц с различными личностными особенностями, чем просто наличие у больного какого-либо соматотипа.

С нашей точки зрения интерес представляют выводы, сделанные психологом Г.К. Тарасовым, который в своей статье выделил среди больных артериальной гипертензией два личностных типа, обуславливающих развитие этого заболевания:

- 1) Личности с астеничными и психастеничными чертами;

2) Личности со стеничными чертами.

У больных первого типа он обнаружил черты чувствительности, ранимости, психической гиперестезии, эмотивной лабильности с меняющимся настроением в сторону подавленности, тоски, тревожности, мнительности, неуверенности в себе, склонности к ипохондрическим опасениям. Больные второй группы отличаются сдержанностью, стойко переносят трудности, энергичны, целеустремлены, работоспособны. У больных первой группы болезнь проявляется постепенно с нарастанием симптоматики, у больных второй группы – остро [16].

1.2 Личностные особенности больных гипертонической болезнью

Когда в детстве у человека происходит нарушение эмоциональных взаимоотношений с родителями, это может наложить отпечаток на психическое развитие индивида, что в последствии может способствовать образованию какого-либо психосоматического расстройства. Например, многие люди, имеющие в анамнезе гипертоническую болезнь при общении с ними, представляются спокойными, корректными, и даже уступчивыми людьми. Однако при беседах с ними часто выясняется, что в раннем возрасте они были агрессивными и у них отмечались частые вспышки гнева. Но в связи с тем, что подобное поведение подрывало доверие к ним взрослых и ухудшало взаимоотношения с ними, такие дети начинали подавлять в себе отрицательные эмоции и учились сдерживаться. В результате эти люди налаживали социальную жизнь в ущерб состоянию здоровья, так как неотреагированные эмоции не проходят бесследно, а оставляют отпечаток на состоянии сердечно-сосудистой системы [10].

Часто у личностей, склонных к артериальной гипертензии бывают проблемы с самоутверждением. В качестве примера представим следующую ситуацию: для того чтобы не вступать в конфликт с подчинёнными, руководитель делает за сотрудников часть их работы. Вследствие этого

начальник испытывает хроническое перенапряжение и у него случаются внезапные вспышки агрессии, что становится неожиданностью для окружающих. Результатом подобного выброса эмоций у руководителя возникает чувство вины за своё поведение, которое могут посчитать недостойным. Это делает его психологическое состояние ещё более дискомфортным. Таким образом возникает порочный круг: большая потребность в самоутверждении при невозможности самовыражения.

У склонных к конфликтам людей имеется более высокий риск повышения артериального давления. Такие личности делятся на два типа: первый – это «внешне конфликтные» персоны. Они способны активно, открыто выражать своё эмоциональное состояние. Такие люди способны повысить голос на другого человека, и даже устроить скандал, сломать что-то. Помимо этого, существуют «внутренне конфликтные» личности. Это второй тип конфликтных личностей, и они в случае возникновения негативных эмоций чаще становятся замкнутыми, сдерживая внутри себя всю агрессию. У этой группы большой риск развития гипертонического криза и таких его осложнений, как инсульт.

В большинстве своём больные гипертонией люди вполне общительны, социализированы, однако несмотря на это они как правило сдерживают свою гиперактивность, отчего находятся в постоянном напряжении, что зачастую могут ощущать в них окружающие люди. Скандинавские исследователи в 1960-х годах давали характеристику хроническому гипертонику. Они говорили, что таким пациентам значительно мешают социальные нормы, которые заставляют его пребывать в постоянном напряжении, «мешая наброситься на противника» – они сравнивали его с тигром в клетке [18].

Помимо этого, встречаются случаи, в которых у людей с гипертонической болезнью наблюдаются симптомы депрессии. Это происходит оттого, что в результате постоянной необходимости подавлять стремление к борьбе, человек, а точнее его организм, начинает проявлять избегание. Человек стремится к уединению, избегает людей. Становится

замкнутым и необщительным, и это может напоминать депрессивный эпизод. Такая пассивная позиция говорит о глубоком эмоциональном истощении. Подобное состояние имеет неблагоприятный прогноз [8].

Для выявления личностных особенностей, характерных для пациентов с гипертонической болезнью, проводилось множество исследований. Психолог Бойко О.В. в своих работах делает предположение, что личности с высоким артериальным давлением объединяет ряд «семейных факторов» [2]. Но в связи с тем, что несмотря на схожесть по критериям семейных обстоятельств все эти люди имеют различную историю своей жизни, это предположение кажется сомнительным. Более логичным будет предположить, что людей, больных гипертонической болезнью объединяет то, что они склонны к подавлению своих агрессивных импульсов, к чему они могли прийти в результате различных жизненных обстоятельств и историй в прошлом.

Ряд зарубежных исследований, проведённых в сфере психоанализа показал наличие взаимосвязи уровня артериального давления и тревожными состояниями. В одном из этих исследований были отобраны респонденты, страдающие гипертонической болезнью, но имеющие совершенно различные психологические характеристики. При этом каждый из участников эксперимента имел проблемы с открытым выражением своих эмоций, в частности агрессивных побуждений. Обладая высоким уровнем самоконтроля, они производили впечатление высоко социализированных, и даже покладистых людей, несмотря на то, что и у них можно было наблюдать незначительные, короткие вспышки гнева. В результате исследования был сделан вывод, что регулярное подавление агрессивных импульсов у этих людей вызывает тревожное состояние, что в последствии привело к развитию гипертонической болезни [44].

Другой пример можно привести из исследований, проводившихся в Чикагском институте психоанализа. В качестве подопытного выступал пациент с гипертонической болезнью, работавший менеджером в бизнес-центре. Испытуемый представлял из себя скромного, тихого человека,

который мало себя проявлял в общении с коллективом, но тем не менее имел высокие амбиции. Но в связи с особенностями своего характера, такими как уступчивость и застенчивость, он не предпринимал никаких попыток выделиться или чего-либо достичь. Испытуемый испытывал сложности с тем, чтобы отказывать кому-либо, особенно ярко это проявлялось в отношениях с начальством. Типичной для него ситуацией было принимать от директора приглашение на игру в гольф в выходные, несмотря на то, что он предпочитал проводить это время с семьёй. Когда пациент осознавал свою неспособность говорить «нет», это выливалось в аутоагрессию и обесценивание своей личности [44].

Этот случай представляет из себя показательный пример закономерности между зависимыми тенденциями у гипертоников и их агрессивности к источнику зависимости. Данный конфликт является характерной чертой для больных гипертонической болезнью, как показывает анализ их личности.

Агрессивность создает страх у пациента и дает ему возможность уйти от конкуренции к пассивной зависимой установке. Такая установка в свою очередь вызывает чувство неполноценности и агрессию; возникает устойчивый порочный круг. Следует отметить тот факт, что гипертоник не может свободно позволять себе пассивные зависимые желания, так как они порождают конфликт. Противоположные тенденции — агрессия и подчинение — одновременно стимулируют и блокируют друг друга; в результате возникает нечто вроде эмоционального паралича [12].

Согласно исследованиям, проводимым зарубежными психологами в рамках психодинамической теории, психосоматическое происхождение гипертонической болезни основывается на ответной реакции на стресс, известной как состояние «атака или бегство». При этом повышение артериального давления является частью физиологической подготовки к этим действиям. Провоцируют это состояния как правило такие эмоции, как страх и гнев — именно они запускают физиологические реакции организма,

направленные на борьбу или бегство. После того как эмоции проходят, изменённое состояние организма так же приходит в норму. Но в связи с запретом на открытое агрессивное поведение в обществе, о котором говорилось в введении нашей выпускной квалификационной работы, эта энергия остаётся неизрасходованной. Часто бывает так, что человек испытывает гнев и агрессию, но не имеет возможности как-либо их проявить.

Учитывая то, что подобные социальные нормы касаются каждого человека, а гипертонической болезнью в результате страдают только некоторые из них, это может быть связано с тем, что какие-то люди вынуждены подавлять свои агрессивные импульсы в большей степени, чем другие. В результате они вынуждены сдерживаться «хронически», и, соответственно, это и приводит к хроническому повышению артериального давления, поскольку гнев в итоге никак физически не разряжается.

Человеку, чрезмерно подавляющему себя под влиянием своих ранних переживаний, будет гораздо труднее эффективно сдерживать свои агрессивные импульсы во взрослой жизни. Он будет склонен подавлять все свои тенденции к самоутверждению и не сможет найти какой-либо социально приемлемый выход для выражения этих тенденций. Сдерживание этих агрессивных импульсов будет продолжаться, и их интенсивность со временем возрастет, что в свою очередь вызовет усиленное развитие защитных средств для удерживания агрессии под контролем.

Уступчивая, покорная установка, обнаруживаемая у гипертоников, является в точности такой же защитой, с той только разницей, что она не предотвращает аккумуляцию напряжения. В связи с этим развивается чувство неполноценности, которое в свою очередь стимулирует агрессивные импульсы; и такой порочный круг длится до бесконечности. Из-за того, что эти пациенты многое в себе подавляют, они менее успешны в своей профессиональной деятельности и по этой же причине склонны уступать в ситуации конкуренции с окружающими, таким образом стимулируется

зависть, и враждебные чувства по отношению к более успешным и менее подавляющим себя конкурентам становятся еще сильнее.

В анамнестическом исследовании гипертоника обычно выявляется, что в какой-то момент в ходе развития у него произошло достаточно внезапное изменение темперамента. Типична ситуация, когда пациент был весьма агрессивным в ранний период жизни, а затем, через короткий промежуток времени, начинал вести себя мягко и запуганно. Во многих случаях такое изменение происходило во время полового созревания. Иногда такие пациенты сообщают, что изменение от воинственности до мягкости явилось результатом сознательных усилий; они начинали контролировать себя, чтобы не потерять свою популярность или из-за того, что терпели поражение в результате прямого выражения своих агрессивных импульсов [3].

Таким образом, неотрагированные эмоции, в особенности агрессия и гнев постоянно стимулируют сердечно-сосудистую систему, погружая организм в стрессовое состояние, аналогичное состоянию готовности при какой-либо экстремальной ситуации, требующей атаки или бегства. Человек при этом находится в постоянном внутреннем напряжении.

Имея информацию о взаимосвязи психоэмоционального состояния и состоянием сердечно-сосудистой системы, в частности с артериальным давлением, можно подчеркнуть важность психотерапии и психокоррекции как для профилактики гипертонических кризов у пациентов, уже страдающих гипертонией, так и профилактики развития этого заболевания у личностей, ещё не отмечавших повышение давления, но имеющих набор качеств, которые могут привести к развитию гипертонии в будущем.

В настоящее время применение психотерапевтических методик в лечении гипертонической болезни не слишком распространено, хотя имеет место быть. Таким пациентам рекомендуют заниматься активными видами спорта в качестве альтернативного реагирования на негативные эмоции. Такие формы активности, как бег, тяжёлый физический труд, активные виды спорта позволяют организму использовать те ресурсы, которые он копит для

ответных реакций на обстоятельства, вызывающие у человека агрессию, которую он не может проявить в социуме открыто. Такая деятельность помогает нормализовать артериальное давление, а физическая усталость помогает устранить чувство агрессии вместо того, чтоб подавлять его.

Помимо этого, пациентам рекомендуется по возможности выбирать окружение, с которыми он испытывает эмоциональный комфорт, а также отношения с которыми не носят состязательного характера.

Благодаря групповой психотерапии пациенты, имеющие проблемы с открытым выражением эмоций могут проработать границы допустимого социального самоконтроля и научиться неконфликтным методам решения вопросов в социуме. Так же находясь в группе, они могут реализовать свои лидерские способности. Простроив отношения в обстановке психологической безопасности такие люди могут понизить уровень внутренней конфликтности.

На индивидуальных сеансах психотерапевт поможет лучше понять свои стремления и сопоставить их со своими способностями, таким образом пациент не будет брать на себя чрезмерные нагрузки на работе. При помощи тренингов и специальных приёмов психотерапевт может обучить пациента управлению своими эмоциями и поведением [20].

Выводы по первой главе

Проанализировав зарубежную и отечественную литературу, изучив таким образом теоретический материал по проблеме, мы можем сделать следующие выводы:

1. Психологические факторы делятся на две группы: 1) Внутренние, личностные факторы. 2) Внешние, информационные факторы.

Исследования таких учёных, как М.М. Хананашвили, Г.И. Сидоренко, выявляют взаимосвязь гипертонической болезни с внешними факторами. М.М. Хананашвили называет это «информационным неврозом»

Б.Д. Карвасарский и Ю.М. Губачев считали, что определяющими факторами развития гипертонии являются личностные факторы, которые обуславливают гипертрофированный тип реагирования на жизненную ситуацию, или создают конфликт своим отношением к окружению.

2. На настоящий момент существует две наиболее значимых версии происхождения психосоматических расстройств: психосоматическая концепция Зигмунда Фрейда, определяющая психосоматические расстройства, как символы определенных вытесненных бессознательных переживаний или разрешение психического конфликта через заболевания тела; и теория «специфичности конфликта» Ф. Александера, который считал, что конфликты орального, анального или фаллического характера проявляются в заболеваниях соответствующих систем организма.

3. Бихевиористы Фридман и Розенман на основании теории Данбар выявили два типа поведения, названных ими «типом А» и «типом Б». Для «типа А» характерно проявление соперничества, состязательности и целеустремлённости. Согласно их теории, личности «типа А» подвержены развитию сердечно-сосудистых заболеваний, в особенности гипертонии.

4. Неотреагированные эмоции, в особенности агрессия и гнев постоянно стимулируют сердечно-сосудистую систему, погружая организм в стрессовое состояние, аналогичное состоянию готовности при какой-либо экстремальной ситуации, требующей атаки или бегства. Человек при этом находится в постоянном внутреннем напряжении.

Имея информацию о взаимосвязи психоэмоционального состояния и состоянием сердечно-сосудистой системы, в частности с артериальным давлением, можно подчеркнуть важность психотерапии и психокоррекции как для профилактики гипертонических кризов у пациентов, уже страдающих гипертонией, так и профилактики развития этого заболевания у личностей, ещё не отмечавших повышение давления, но имеющих набор качеств, которые могут привести к развитию гипертонии в будущем.

Глава 2. Эмпирическое изучение личностных особенностей больных гипертонической болезнью

2.1 Организация исследования, методика и выборка испытуемых

В нашей дипломной работе мы выдвинули гипотезу, что личностными особенностями больных гипертонической болезнью являются высокий социальный самоконтроль, а также склонность к аффективным состояниям и открытому агрессивному поведению.

Для проверки данной гипотезы мы организовали и провели эмпирическое исследование на базе ГБУЗ СО ТССМП автозаводская подстанция №4.

Тольяттинская Автозаводская подстанция №4 была выделена в отдельную ячейку организации скорой медицинской помощи в 2008 году, и имела предназначение быть подстанцией специализированных бригад скорой помощи – реанимационных и кардиологических. Также ГБУЗ СО Тольяттинская подстанция скорой медицинской помощи автозаводского района №4 обслуживает линейные вызовы половины территории автозаводского района, а также села Ягодное и села Подстёпки, что является достаточно большим объёмом на 7-9 бригад, работающих в сутки на данной подстанции. В зимний период количество вызовов резко возрастает и становится критическим, что приводит к снижению качества оказания медицинских услуг в связи с большим временем ожидания приезда бригады и спешкой медицинского персонала.

Согласно статистическим данным ГБУЗ СО ТССМП, гипертонические кризы составляют 19% от всех вызовов, поступающих диспетчерам скорой помощи, и занимают лидирующую позицию среди поводов к вызовам. За последние 3 года количество вызовов скорой помощи по поводу повышения артериального давления возрастает с каждым годом стабильно на 1000 вызовов, причём возраст вызывающих становится более ранним.

Врачи и фельдшера скорой помощи, собирая анамнез заболевания пациентов, отмечают в картах вызова скорой медицинской помощи, что большинство пациентов связывают своё состояние с различными ссорами, стрессами и прочими душевными переживаниями, часть же отмечает, что ничего стрессогенного с ними в день возникновения кризов не происходило, но они испытывали хроническое нервное напряжение в течение минимум двух-трёх месяцев перед этим.

Многие пациенты с гипертонической болезнью во время вызова проявляют признаки тревожности, явного желания выговориться, стеснения и неловкости, а также постоянно накручивают себя, испытывая страх по поводу своего состояния или жизненной ситуации. Довольно часто медикаментозная терапия таких пациентов оказывается неэффективной, и они вызывают бригаду скорой помощи повторно. Этого обычно не происходит с пациентами врачей, у которых получается выделить время на то, чтобы выслушать проблемы пациента, поговорить с ним и успокоить. Данный анализ производственной ситуации подтверждает актуальность нашей гипотезы о том, что личностными особенностями больных гипертонической болезнью являются высокий социальный самоконтроль, склонность к аффективным поведениям и открытому агрессивному поведению.

Так же можно вынести предположение, что психологическое сопровождение таких пациентов способствовало бы снижению нагрузки на скорую помощь и улучшению качества жизни пациентов. Уместнее всего это было бы осуществлять в структуре поликлиник, амбулаторно, куда станция скорой помощи передаёт актив после вызова.

Для того, чтобы наглядно представить актуальность выбранной проблемы, на базе практики были собраны статистические данные о количестве вызовов скорой медицинской помощи больными с гипертонической болезнью, и проанализирована динамика за 2016-2018 годы. Согласно статистическим данным ГБУЗ СО ТССМП за последние 3

года количество вызовов скорой помощи по поводу повышения артериального давления возрастает с каждым годом стабильно на 1000 вызовов, причём возраст вызывающих становится более ранним. Гипертонические кризы составляют 19% от всех вызовов, поступающих диспетчерам скорой помощи, и занимают лидирующую позицию среди поводов к вызовам.

Для проверки нашей гипотезы (личностными особенностями больных гипертонической болезнью являются высокий социальный самоконтроль, склонность к аффективным состояниям и открытому агрессивному поведению) будут использованы следующие методики:

1. Анализ анамнеза заболевания.

Для подтверждения или опровержения гипотезы выбраны карты вызовов скорой помощи пациентов, наиболее часто делающих вызовы по поводу повышения артериального давления.

2. Тест Снайдера «Самоконтроль в общении».

Самоконтроль в общении – это высокая способность к саморегуляции эмоциональных состояний, возникающих в коммуникативной ситуации. Данная методика была создана Марионом Снайдером и позволяет определить уровень коммуникативного контроля: высокий, средний или низкий.

Представлена в тестовой форме, состоящей из десяти высказываний, необходимо ответить верно или неверно каждое из них по отношению к тестируемому.

3. Экспресс-диагностика склонности к аффективным состояниям с помощью методики В. Бойко.

Данная методика позволяет определить склонность испытуемого к аффективным состояниям, которые проявляются частыми и относительно длительными переживаниями бурных и плохо управляемых эмоций.

Методики экспресс-диагностики, созданные Виктором Бойко в середине 1990-х годов, представляют собой небольшие по объёму (в данном тесте

одиннадцать вопросов), короткие по времени обследования опросники, направленные на выявление ряда психоэмоциональных особенностей и состояний испытуемого, в частности, дезорганизующих эмоциональных состояний.

4. «Hand-test» – проективная методика исследования, которая была разработана Э. Вагнером и адаптирована Т.Н. Курбатовой для определения склонности к открытому агрессивному поведению.

Данная методика позволяет выявить и проанализировать многие поведенческие тенденции человека на основании особенностей его индивидуального восприятия предложенного стимульного материала.

2.2 Эмпирическое исследование личностных особенностей больных гипертонической болезнью

В ходе проведенных исследований были рассмотрены и проанализированы карты вызовов пациентов скорой помощи, вызывающих по поводу повышения артериального давления. Из полученных данных видно, что большинство из них связывают возникновение гипертонических кризов с эмоциональными переживаниями, возникающими остро или длительно накопленными.

Так же следует отметить, что все пациенты, карты вызовов которых были рассмотрены, регулярно посещают участкового врача и принимают медикаментозную терапию в полном объеме.

Помимо этого, в ходе исследования была проведена оценка уровня социального самоконтроля, склонности к аффективному поведению и склонность к открытому агрессивному поведению у группы испытуемых с гипертонической болезнью и контрольной группы, не склонных к повышению артериального давления.

Как говорилось ранее, к возникновению гипертонической болезни существуют психологические предпосылки, то есть в некоторых случаях это

заболевание является психосоматическим. Существует предположение, что люди с повышенным артериальным давлением обладают высоким социальным самоконтролем, а также склонностью к аффективным состояниям и открытому агрессивному поведению.

Во время сбора анамнеза заболевания врачи скорой помощи собирают информацию о состоянии, предшествующему возникновению гипертонического криза, спрашивают пациента, с чем он сам связывает своё состояние, и заносят полученную информацию в карту вызова.

Нами были рассмотрены карты вызовов скорой помощи пациентов в возрасте от 45 до 65 лет, поводом к вызову которых являлось повышение артериального давления. В анамнезе отобранных пациентов отсутствуют какие-либо хронические заболевания, кроме гипертонической болезни. Среди этих пациентов есть люди разного пола, профессии и социального статуса. Всего было отобрано 30 испытуемых. Из них 11 связали своё состояние с эмоциональным напряжением (ссоры, трудности в отношениях с коллегами и близкими), 15 отрицают нервное перенапряжение в день возникновения криза, но тем не менее испытывают регулярное, хроническое эмоциональное напряжение в течение 2-3 месяцев. Например, мужчина, 46 лет, вызвавший скорую помощь по поводу внезапного повышения артериального давления, отмечает, что последние два месяца испытывает постоянное эмоциональное напряжение в связи с трудностями на работе, но вынужден всё время «держаться в руках», чтобы не произвести о себе неправильное впечатление в коллективе. Дома он так же не говорит о своих переживаниях, чтобы не беспокоить своих близких. И только 4 пациента прекрасно себя чувствовали в эмоциональном плане. Наглядно это можно рассмотреть на Рисунке 1.

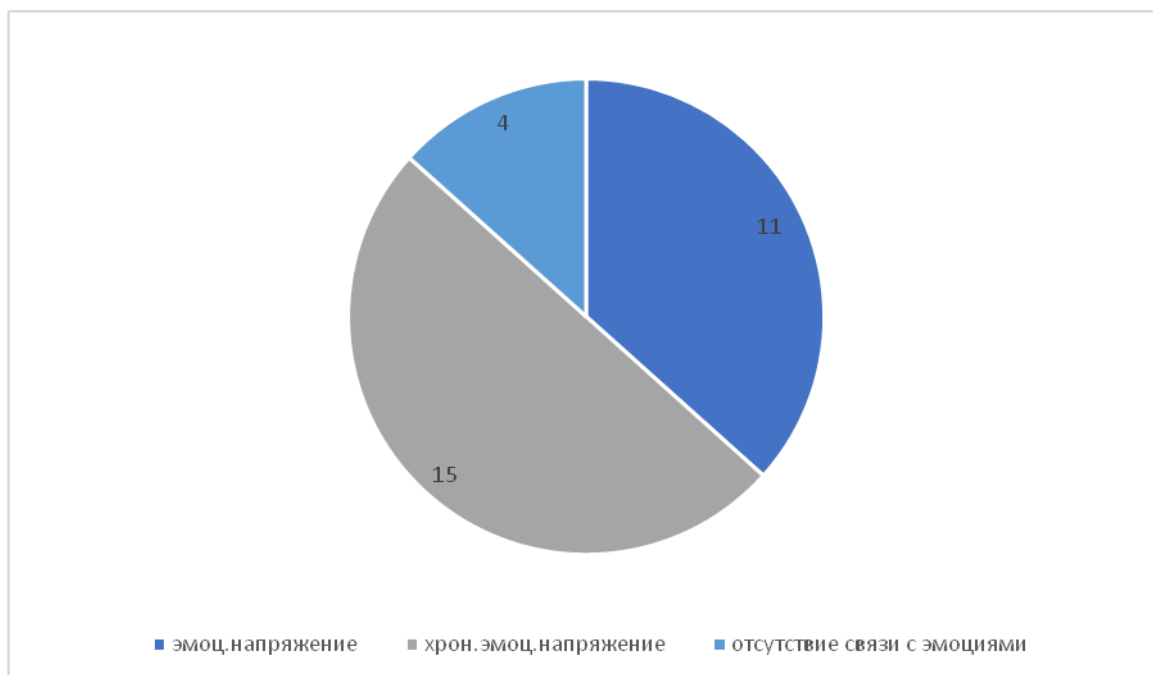


Рисунок 1 – Пациенты, связывающие повышение АД с эмоциональным напряжением

Так же следует отметить, что все пациенты, карты вызовов которых были рассмотрены, регулярно посещают участкового врача и принимают медикаментозную терапию в полном объеме. Представленный график результатов исследования анамнеза заболевания подтверждает предположение о взаимосвязи гипертонических кризов с эмоциональным состоянием больного. В свою очередь к этим эмоциональным состояниям могут приводить личностные особенности, изучаемые в данной дипломной работе.

Оценка уровня социального самоконтроля. Тест Снайдера «Самоконтроль в общении». Следующим этапом работы было проведение диагностических методик на базе ГБУЗ СО ТССМП, автозаводской подстанции №4.

Для осуществления исследования нами было отобрано две группы испытуемых. Первая группа – основная, в которую входят пациенты с установленным диагнозом гипертоническая болезнь, и вторая – контрольная, участники которой никогда не отмечали повышения артериального давления.

В первую группу включили пациентов, вызывавших скорую помощь по поводу повышения артериального давления, и согласившихся принять участие в исследовании: мужчины 6 человек и женщины 9 человек. Все отобранные пациенты в возрасте от 45 до 65 лет, в анамнезе имеют гипертоническую болезнь не менее двух лет, прочие хронические заболевания отсутствуют. Все испытуемые принимают регулярное медикаментозное лечение в полном объеме, наблюдаются у участкового терапевта, но тем не менее страдают от периодического возникновения гипертонических кризов. В ходе проведенного исследования были получены результаты, представленные в Таблице 1.

Таблица 1 – Результаты исследования по методике Снайдера «Самоконтроль в общении», основная группа

Возраст	Пол	Уровень самоконтроля
50	м	9
64	м	8
47	м	7
49	ж	4
59	ж	10
57	ж	9
48	ж	6
53	м	2
55	ж	9
56	м	7
58	м	5
62	ж	9
65	ж	8
46	ж	9
58	ж	7

высокий уровень средний уровень низкий уровень

Из приведенной таблицы видно, что низкий уровень самоконтроля имеет 1 человек (показатель 2); средний уровень — 3 человек (показатели 4;

5; 6) и 11 человек имеет высокий уровень социального самоконтроля. Процентное соотношение этих показателей представлено на Рисунке 2.

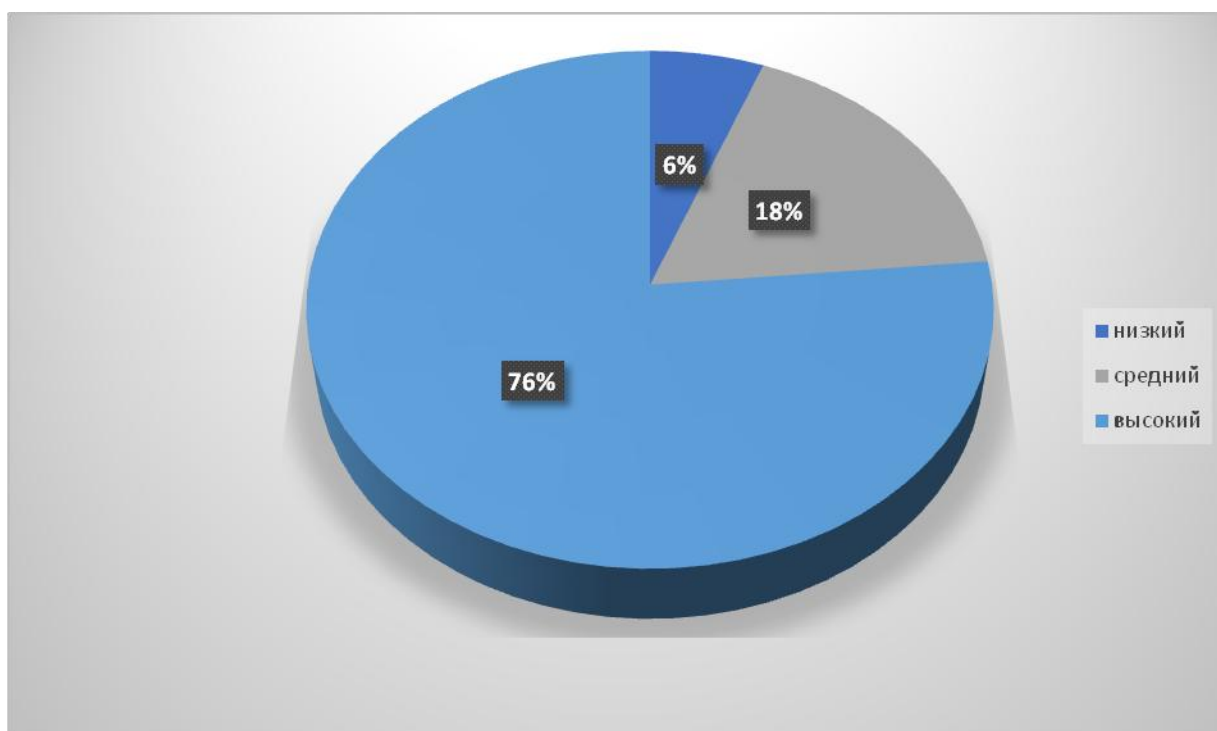


Рисунок 2 – Процентное соотношение уровней социального самоконтроля, основная группа

На данном рисунке можно выделить то, что 76% респондентов, что является большинством, обладают высоким уровнем социального самоконтроля. Эти люди при общении склонны держать под контролем свои эмоции, не высказывать своё отношение к тому или иному происшествию, если считают, что это может как-то обидеть собеседника или изменить его отношение к респонденту. Зачастую у таких людей включаются различные защитные механизмы в ответ на невыраженные эмоции, в особенности такие как гнев или обида, что может проявляться в виде психосоматических заболеваний, часто – гипертонической болезни. Для людей с низким уровнем социального самоконтроля повышение артериального давления не характерно (6% опрошенных пациентов с артериальной гипертензией).

Во вторую, контрольную группу входили 15 человек – 7 мужчин и 8 женщин. Как и в первой группе испытуемых, их возраст составляет от 45 до

65 лет, это люди различных профессий и социального уровня, но у них в анамнезе никогда не было повышения артериального давления.

По результатам проведения аналогичного исследования во второй группе испытуемых были получены следующие результаты, представленные в Таблице 2.

Таблица 2 – Результаты исследования по методике Снайдера «Самоконтроль в общении», контрольная группа

Возраст	Пол	Уровень самоконтроля
49	м	4
54	м	6
47	м	7
46	ж	4
59	ж	3
47	ж	7
55	ж	6
53	м	2
55	ж	4
62	м	4
58	м	5
54	ж	5
65	м	6
46	ж	3
47	ж	7

высокий уровень **средний уровень** **низкий уровень**

Из данных таблицы видно, что низкий уровень самоконтроля имеет 3 человека (показатель 2; 3); средний уровень — 9 человек (показатели 4; 5; 6) и 3 человека имеет высокий уровень социального самоконтроля. Для опрошенных людей со средним уровнем социального самоконтроля характерно то, что при умении быть сдержанным в обществе, вести себя адекватно ситуации, они не склонны копить в себе негативные эмоции, и способны при необходимости выразить свое отношение к той или иной

ситуации, несмотря на риск испортить отношения с человеком. Процентное соотношение этих показателей наглядно представлено на Рисунке 3.

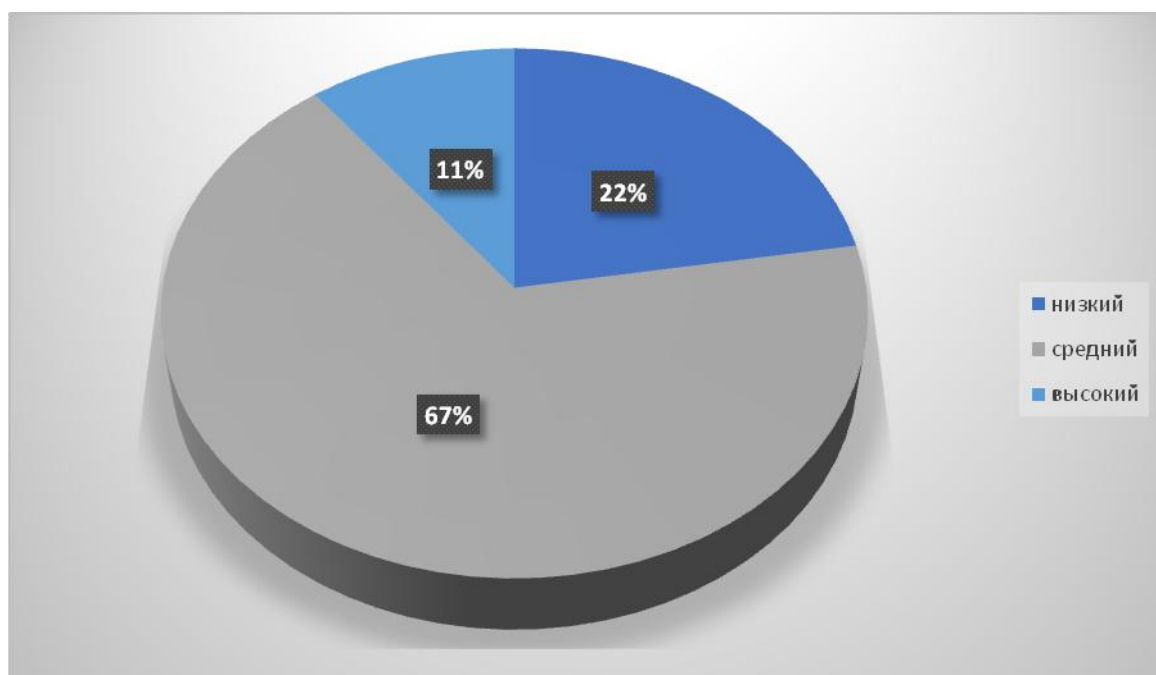


Рисунок 3 – Процентное соотношение уровней социального самоконтроля, контрольная группа

На данном рисунке можно видеть, что среди людей, никогда не отмечавших у себя повышения артериального давления, 67% имеет средний уровень самоконтроля, что является большинством, высоким социальным самоконтролем обладает всего 11% здоровых респондентов. Остальные 22% респондентов, не страдающих повышенным артериальным давлением, имеют низкий уровень самоконтроля, согласно результатам, полученным после проведения методики М. Снайдера «Самоконтроль в общении». Таким образом количество здоровых испытуемых с высоким уровнем самоконтроля значительно ниже количества обладателей низкого и среднего уровней самоконтроля.

Представим сравнительный анализ уровня социального самоконтроля (СС) основной и контрольной групп испытуемых на Рисунке 4.

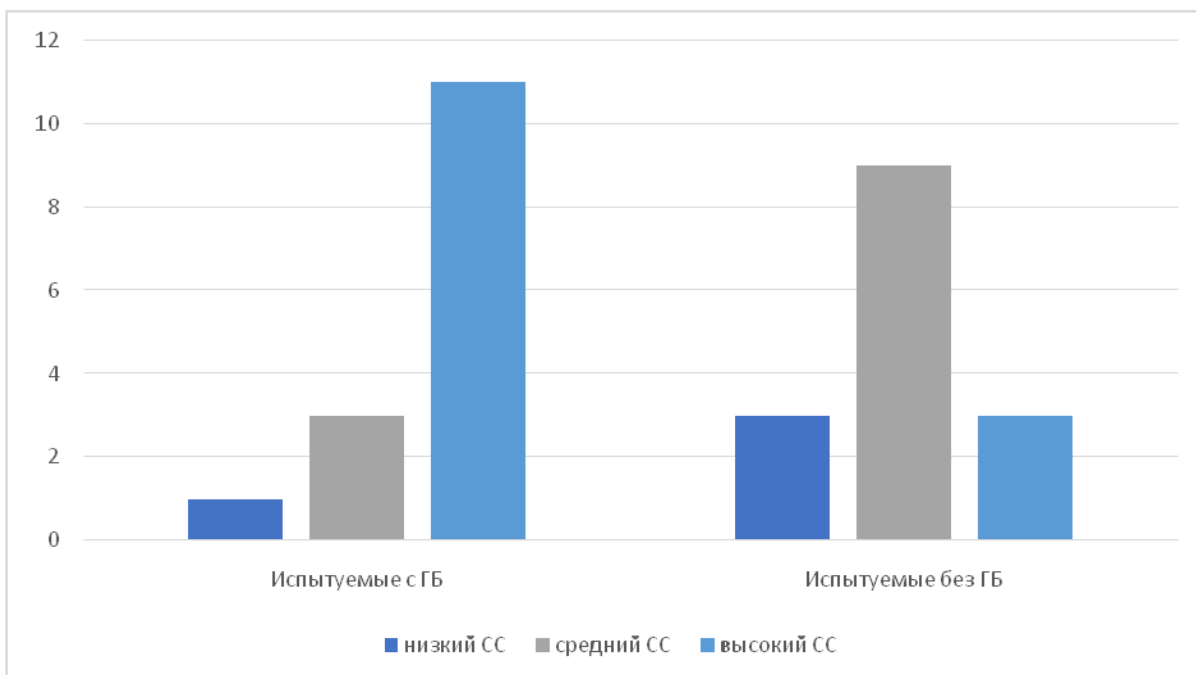


Рисунок 4 – Сравнительный анализ уровня СС испытуемых основной и контрольной групп

На данном рисунке можно видеть, что среди гипертоников преобладают люди с высоким уровнем социального самоконтроля, в то время как среди людей с нормальным артериальным давлением преобладают лица со средним уровнем социального самоконтроля.

Концепция социального самоконтроля была разработана в связи с желанием исследования поведения человека в различных социальных ситуациях, с тем, чтобы получить возможность предвидения его поведения в дальнейшем.

Было обнаружено, что традиционный психодиагностический подход — предсказание поведения индивида в зависимости от особенностей его личности — далеко не всегда оказывается верным. Лишь у части людей поведение можно достаточно точно прогнозировать, опираясь на их личностные установки, черты и предрасположенности. У другой части, наоборот, поведение определяется требованиями ситуации и в минимальной степени соответствует личностным установкам и ценностям.

М. Снайдер предположил, что эти индивидуальные различия обусловлены различной выраженностью социального самоконтроля, и

описал особенности лиц с высоким и низким уровнем развития этого качества. Уровень социального самоконтроля, согласно М. Снайдеру, определяется тем источником информации, который индивид использует для управления своим поведением. Лица с высоким уровнем социального самоконтроля опираются на информацию о ситуационной адекватности того или иного поведения, а лица с низким уровнем социального самоконтроля учитывают собственное внутреннее состояние, свои установки и предрасположенности.

Таким образом, под социальным самоконтролем понимается способность человека управлять своим поведением и выражением своих эмоций. Желая предстать перед окружающими в том или ином образе и руководствуясь своим пониманием социальной приспособленности, человек в каждой ситуации использует те или иные средства вербального или невербального самовыражения. Легкость и адекватность использования этих средств обусловлены уровнем социального самоконтроля.

Поведение лиц с высоким уровнем социального самоконтроля регулируется одной из задач:

- 1) точно передать свое истинное эмоциональное состояние посредством экспрессивного поведения;
- 2) точно передать произвольное эмоциональное состояние, которое может быть чуждо имеющемуся у данного индивида эмоциональному опыту;
- 3) скрыть неподходящее эмоциональное состояние и казаться индифферентным и не переживающим никаких эмоций;
- 4) скрыть неподходящее эмоциональное состояние и казаться переживающим подходящую эмоцию;
- 5) казаться переживающим какую-то эмоцию, когда в действительности индивид ничего не испытывает, а индифферентность является социально неприемлемой.

Выбирая тот или иной способ поведения, индивид с развитым социальным самоконтролем опирается на различные элементы «подсказки» в

конкретной ситуации. Одним из таких элементов является экспрессивное поведение других людей, поведением.

Лица с высоким уровнем социального самоконтроля обычно тонко воспринимают эмоциональные и поведенческие проявления окружающих и ориентированы на них в тех ситуациях, когда не знают, как поступить. Поведение таких людей сильно варьирует в зависимости от ситуации. Кроме того, у них возможно рассогласование в выражении эмоций по разным экспрессивным каналам: например, выражение лица у такого человека может свидетельствовать об одном эмоциональном состоянии, а голос — о другом. Поведение, наиболее точно отражающее их внутреннее аффективное состояние, такие люди проявляют лишь в ситуациях с минимальными «подсказывающими» элементами. В целом, лиц с высоким уровнем социального самоконтроля отличает озабоченность социальной пригодностью своего поведения, чувствительность к экспрессивному поведению других и использование его в качестве руководства по управлению собственной экспрессией. Такие люди эффективно контролируют свое поведение и без труда могут создать у окружающих нужное впечатление о себе.

Было обнаружено, что индивиды с высоким социальным самоконтролем тем охотнее включаются в какую-либо социальную ситуацию, чем более четкие требования предъявляет эта ситуация к поведению. Например, они выбирают ситуацию, требующую проявления общительности в какой-либо конкретной форме, а не ситуацию, требующую проявления общительности вообще. В то же время, индивиды с низким социальным самоконтролем не различают эти два вида ситуаций; их готовность включиться зависит только от того, соответствует ли ситуация особенностям их личности: в упомянутом примере экстраверты выбирают обе ситуации, а интроверты обе ситуации отвергают.

Экспресс-диагностика склонности к аффективным состояниям В. Бойко.
При проведении методики определения склонности к аффективным

состояниям В. Бойко были получены следующие данные, которые мы можем увидеть на Таблице 3.

Таблица 3 – Результаты методики диагностики склонности к аффективным состояниям В. Бойко

Основная группа			Контрольная группа		
Возраст	Пол	Уровень аффективности	Возраст	Пол	Уровень аффективности
50	м	9	49	м	2
64	м	6	54	м	5
47	м	11	47	м	6
49	ж	4	46	ж	9
59	ж	10	59	ж	7
57	ж	9	47	ж	3
48	ж	6	55	ж	4
53	м	2	53	м	1
55	ж	6	55	ж	0
56	м	4	62	м	2
58	м	5	58	м	3
62	ж	9	54	ж	3
65	ж	8	65	м	5
46	ж	1	46	ж	2
58	ж	7	47	ж	5

высокий уровень средний уровень низкий уровень

Из данных таблицы видно, что среди испытуемых с гипертонической болезнью преобладают личности с тенденцией к аффективному поведению – 9 человек, 2 обладают высоким уровнем аффективности и 4 – с низким. Среди испытуемых контрольной группы большинство имеет низкий уровень аффективности – 9 человек, и 6 обладает средним уровнем. Высокого уровня аффективности среди респондентов не склонных к повышению артериального давления нет.

Для большей наглядности представим соотношение уровня склонности к аффективному поведению испытуемых обеих групп в виде диаграммы, которую мы можем увидеть на Рисунке 5.

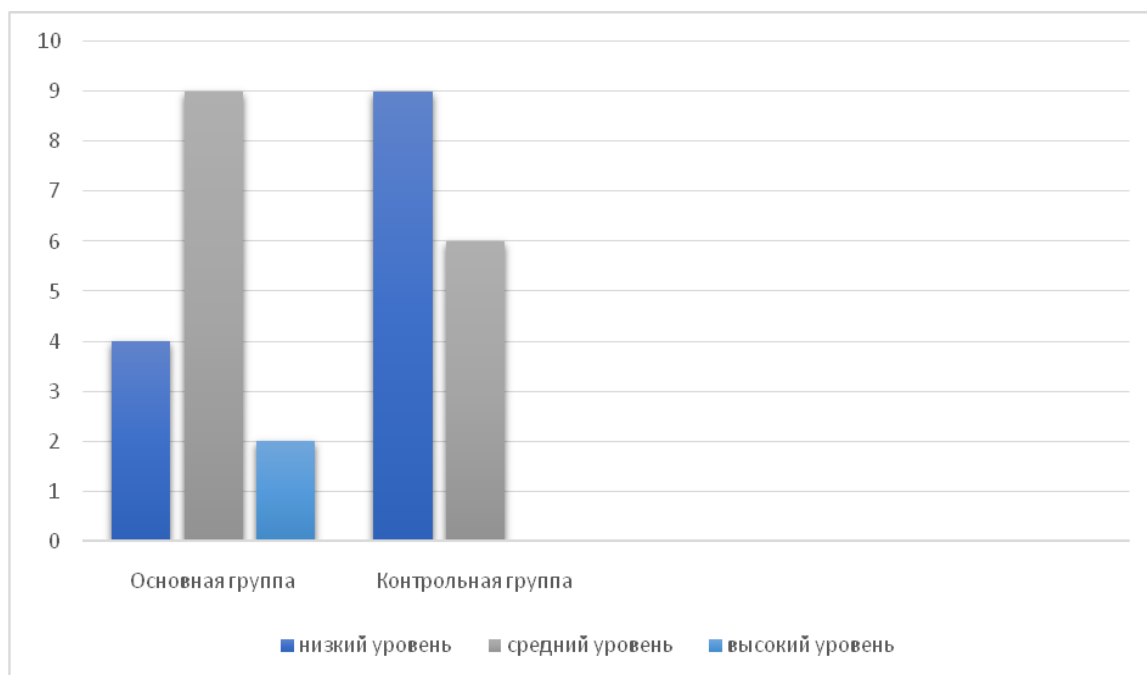


Рисунок 5 – Сравнительный анализ склонности к аффективным поведениям у испытуемых с ГБ и здоровых респондентов

На данной диаграмме мы можем отметить, что среди личностей, склонных к повышению артериального давления превалирует тенденция к аффективным состояниям, среди здоровых испытуемых же чаще встречаются лица, не склонные к аффективности.

Аффективные состояния относят к дезорганизирующим эмоциональным состояниям, которые являются дисфункциональными стереотипами поведения. Для них характерны частые и затяжные состояния неблагоприятного физического и психического самочувствия личности, которое практически постоянно окрашивает различные ее проявления.

Дезорганизирующие эмоциональные состояния в режиме активизации психики возникают вследствие того, что энергия эмоций не выходит беспрепятственно вовне, но задерживается и концентрируется внутри личности. Интеллект при этом не справляется со своей функцией: вместо того, чтобы способствовать адекватной и коммуникабельной эмоциональной

разрядке, он работает как «трансформатор» и все более усиливает психическую энергию, по крайней мере, не позволяет ей снижаться. Такова в общих чертах механика аффективных состояний, неотреагированных переживаний, немотивированной тревожности, личностной тревожности, фрустрации. Таким образом склонность к аффективным состояниям влияет на психосоматическое здоровье человека.

Анализ склонности к открытому агрессивному поведению при помощи проективной методики «Hand-test». В нашей выпускной квалификационной работе при помощи вышеназванного теста мы проанализируем склонность к открытому агрессивному поведению у испытуемых (I). Результаты проведённого тестирования приведём в Таблице 4.

Таблица 4. Склонность к открытому агрессивному поведению

Основная группа			Контрольная группа		
Возраст	Пол	I	Возраст	Пол	I
50	м	-1	49	м	-3
64	м	0	54	м	0
47	м	-2	47	м	+1
49	ж	0	46	ж	0
59	ж	-1	59	ж	-1
57	ж	-3	47	ж	-2
48	ж	+1	55	ж	+2
53	м	+3	53	м	+1
55	ж	-3	55	ж	0
56	м	-5	62	м	-2
58	м	+1	58	м	-3
62	ж	0	54	ж	0
65	ж	-1	65	м	+1
46	ж	-5	46	ж	-6
58	ж	-6	47	ж	-1

Открытое выраж.агр.склон. к агр.с близкими низкая вероятность прояв.агр

Показатель I, равный 0 позволяет предположить, что человек склонен к агрессии с теми, кого больше знает. Чужие люди как бы «нажимают на кнопку» механизма самоконтроля, и человек успешно контролирует агрессию. С близкими людьми этот контроль ослабевает, человек испытывает сложности в поддержании контроля над своим поведением. Начиная с $I = +1$, можно говорить о высокой вероятности проявления агрессии, и чем больше балл, тем больше вероятность открытого агрессивного поведения. Если $I < -1$, то вероятность проявления агрессии существует, но только в особо значимых ситуациях. Мы предполагаем, что личности, не склонные к открытому проявлению агрессии так же страдают от неотрагированных эмоций, что способствует развитию гипертонии.

Анализ полученных результатов. Подводя итоги после проведения всех исследований, мы составили следующую Таблицу 5.

Таблица 5. Анализ полученных результатов исследования основной и контрольной группы

Основная группа					Контрольная группа				
Возр аст	По л	I	Ур аф-ти	Уровень самоконтрол я	Возр аст	По л	I	Ур аф- ти	Уровень самоконтрол я
50	м	-1	9	9	49	м	-3	2	4
64	м	0	6	8	54	м	0	5	6
47	м	-2	11	7	47	м	+1	6	7
49	ж	0	4	4	46	ж	0	9	4
59	ж	-1	10	10	59	ж	+1	7	3
57	ж	-3	9	9	47	ж	-2	3	7
48	ж	+1	6	6	55	ж	+2	4	6
53	м	+3	2	2	53	м	+1	1	2
55	ж	-3	6	9	55	ж	0	0	4
56	м	-5	4	7	62	м	-2	2	4
58	м	+1	5	5	58	м	-3	3	5
62	ж	0	9	9	54	ж	0	3	5
65	ж	-1	8	8	65	м	+1	5	6
46	ж	-5	1	9	46	ж	-6	2	3
58	ж	-6	7	7	47	ж	-1	5	7

высокий уровень средний уровень низкий уровень

Для более точного анализа значимости различий между двумя выборками мы использовали U-критерий Манна Уитни. Данный критерий помогает оценить различия между независимыми группами, по какому-либо признаку. Далее асимп.знач. сравнивается с $p = 0.05$, если полученное асимп. значение больше 0.05, то можно сказать, что нулевая гипотеза об отсутствии различий между выборками подтвердилась, если же значение меньше 0,05 то подтвердилась альтернативная гипотеза о наличие различий. Критическое значение U-критерия Манна-Уитни при заданной численности сравниваемых групп составляет 64. Математический анализ сравнения двух групп по U-критерию Манна-Уитни представлен в Таблице 6.

Таблица 6 — Результаты сравнения двух групп по U-критерию Манна-Уитни.

Личностные качества	U-критерий Манна-Уитни при $p=64$
Уровень социального самоконтроля	40.5
Склонность к аффективным состояниям	54
Склонность к открытому агрессивному поведению	90

При расчёте для определения значимости различий уровня социального самоконтроля U-критерий Манна-Уитни равен 40. $40.5 \leq 64$, следовательно различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы ($p < 0,05$). U-критерий Манна-Уитни для определения разницы в группах склонности к аффективным состояниям равен 54. $54 \leq 64$, что так же свидетельствует о статистической значимости различия уровня признака в сравниваемых группах ($p < 0,05$). U-критерий Манна-Уитни для определения разности в склонности к открытому агрессивному поведению равен 90, $90 > 64$, следовательно различия уровня признака в сравниваемых группах статистически не значимы ($p > 0,05$).

По результатам проведённой нами математической обработки данных разница в показателях социального самоконтроля и склонности к

аффективным состояниям оказалась статистически значимой, что подтвердило нашу гипотезу. При математическом анализе склонности к открытому агрессивному поведению разница оказалась статистически не значимой, что может объясняться тем, что участники обеих групп не имели такую склонность в своём большинстве. Это говорит о том, что наличие самой склонности к агрессивному поведению для наличия гипертонической болезни не имеет значения.

Анализируя результаты, полученные в ходе нашего исследования, нужно отметить, что участники основной группы, у которой имеется гипертоническая болезнь, в основном обладают высоким уровнем самоконтроля, при этом имеют достаточно высокий показатель склонности к аффективным состояниям и не склонны к открытому выражению агрессии. Исходя из этих данных, а также проведённого нами теоретического анализа проблемы можно сделать вывод, что такие личностные особенности, как высокий уровень самоконтроля и склонность к аффективным состояниям присущи людям с гипертонической болезнью, что отчасти подтверждает нашу гипотезу, за тем исключением, что склонность к открытому агрессивному поведению для гипертоников не характерна.

Участники же контрольной группы, которое не отмечали у себя повышения артериального давления, имеют невысокие показатели социального самоконтроля, не склонны к аффективным состояниям, при этом вероятность открытого проявления агрессии у них более высокая. Сочетание этих качеств говорит о том, что такие личности не склонны «копить отрицательные эмоции», реже их испытывают или же сразу выражают свои чувства открыто. Эти личностные качества отличают их от гипертоников.

Выводы по второй главе

1. По результатам анализа анамнеза заболевания мы получили данные о том, что из 30 испытуемых 11 связали своё состояние с эмоциональным

напряжением (ссоры, трудности в отношениях с коллегами и близкими), 15 отрицают нервное перенапряжение в день возникновения криза, но тем не менее испытывают регулярное, хроническое эмоциональное напряжение в течение 2-3 месяцев, и только 4 не связывают повышение давления с состоянием психики. Эти данные соответствуют предположению о психосоматическом происхождении гипертонической болезни.

2. Исследование контрольной и основной группы по методике Снайдера «Самоконтроль в общении» помогло нам выявить, что 76% респондентов, страдающих гипертонией, обладают высоким уровнем социального самоконтроля. Для людей с низким уровнем социального самоконтроля повышение артериального давления не характерно (6% опрошенных пациентов с артериальной гипертензией). Среди людей, никогда не отмечавших у себя повышения артериального давления, 67% имеет средний уровень самоконтроля, высоким социальным самоконтролем обладает всего 11% здоровых респондентов. Полученные данные соответствуют нашей гипотезе.

3. В результате проведения экспресс-диагностика склонности к аффективным состояниям В. Бойко мы можем отметить, что среди личностей, склонных к повышению артериального давления превалирует тенденция к аффективным состояниям, среди здоровых испытуемых же чаще встречаются лица, не склонные к аффективности.

4. Данные, полученные после исследования испытуемых при помощи проективной методики «Hand-тест» для выявления склонности к открытому агрессивному поведению показали, что среди гипертоников преобладают люди, не склонные открыто выражать агрессию, при этом контрольная группа показала аналогичные результаты.

5. Статистический анализ полученных данных показывает, что разница в данных социального самоконтроля и склонности к аффективным состояниям оказалась статистически значимой, что подтвердило нашу гипотезу. При математическом анализе склонности к открытому

агрессивному поведению разница оказалась статистически не значимой, что может объясняться тем, что участники обеих групп не имели такую склонность. Это говорит о том, что наличие самой склонности к агрессивному поведению для наличия гипертонической болезни не имеет значения, что не соответствует нашей гипотезе.

Подводя итог по результатам, полученным при проведении данной методики, можно сделать вывод, что личностными особенностями людей, больных гипертонической болезнью являются чрезмерный социальный самоконтроль и склонностью к дезорганизирующим состояниям, таким как аффективность, в то время как открытое агрессивное поведение им не свойственно, что частично подтверждает нашу гипотезу.

Заключение

Целью данной курсовой работы было выявление личностных особенностей больных гипертонической болезнью. Мы считаем, что понимание таких особенностей имеет большое значение при психологическом консультировании как больных гипертонией людей, так и здоровых клиентов, имеющих высокий риск развития данного заболевания в связи со своими психологическими особенностями.

Проанализировав зарубежную и отечественную литературу, изучив таким образом теоретический материал по проблеме, мы можем сделали несколько выводов: во-первых, на возникновение и течение гипертонической болезни могут влиять внешние и внутренние факторы. Исследования таких учёных, как М.М. Хананашвили, Г.И. Сидоренко, выявляют взаимосвязь гипертонической болезни с внешними факторами. М.М. Хананашвили называет это «информационным неврозом».

Б.Д. Карвасарский и Ю.М. Губачев считали, что определяющими факторами развития гипертонии являются личностные факторы, которые обуславливают гипертрофированный тип реагирования на жизненную ситуацию, или создают конфликт своим отношением к окружению.

Во-вторых мы узнали, что в настоящий момент существует две наиболее значимых версии происхождения психосоматических расстройств: психосоматическая концепция Зигмунда Фрейда, определяющая психосоматические расстройства, как символы определенных вытесненных бессознательных переживаний или разрешение психического конфликта через заболевания тела; а так же теория «специфичности конфликта», выдвинутая Ф. Александером, который считал, что конфликты орального, анального или фаллического характера проявляются в заболеваниях соответствующих систем организма.

Так же немаловажным будет отметить, что большую значимость имеют работы бихевиористов Фридмана и Розенмана, которые выявили, что

наиболее часто заболевают гипертонией лица с типом поведения, который они обозначили как «тип А». Для данных лиц характерно постоянное стремление к продвижению и склонность к состязанию.

Так же из анализа литературы по проблеме мы выяснили, что неотрагированные эмоции, в особенности агрессия и гнев постоянно стимулируют сердечно-сосудистую систему, погружая организм в стрессовое состояние, аналогичное состоянию готовности при какой-либо экстремальной ситуации, требующей атаки или бегства. Человек при этом находится в постоянном внутреннем напряжении.

Имея информацию о взаимосвязи психоэмоционального состояния и состоянием сердечно-сосудистой системы, в частности с артериальным давлением, можно подчеркнуть важность психотерапии и психокоррекции как для профилактики гипертонических кризов у пациентов, уже страдающих гипертонией, так и профилактики развития этого заболевания у личностей, ещё не отмечавших повышение давления, но имеющих набор качеств, которые могут привести к развитию гипертонии в будущем.

В ходе проведенных исследований были рассмотрены и проанализированы карты вызовов пациентов скорой помощи, вызывающих по поводу повышения артериального давления. Из полученных данных видно, что большинство из них связывают возникновение гипертонических кризов с эмоциональными переживаниями, возникающими остро или длительно накопленными.

Следует отметить, что все пациенты, карты вызовов которых были рассмотрены, регулярно посещают участкового врача и принимают медикаментозную терапию в полном объёме.

Помимо этого, в ходе исследования была проведена оценка уровня социального самоконтроля, склонности к аффективному поведению и склонность к открытому агрессивному поведению у группы испытуемых с гипертонической болезнью и контрольной группы, не склонных к повышению артериального давления.

Из проведённых исследований можно выделить то, что большинство респондентов с гипертонической болезнью, обладают высоким уровнем социального самоконтроля, склонны к аффективному поведению, а вероятность открытого агрессивного поведения у них не высока. Среди испытуемых, не отмечавших у себя повышение артериального давления, большинство обладают средним уровнем социального самоконтроля и не склонны к аффективным состояниям, вероятность же открытого агрессивного поведения у них более высокая.

Подводя итог по результатам, полученным при проведении данной методики, можно сделать вывод, что личностными особенностями людей, больных гипертонической болезнью являются чрезмерный социальный самоконтроль и склонностью к дезорганизирующим состояниям, таким как аффективность, в то время как открытое агрессивное поведение им не свойственно. Из этого следует, что с лицами, страдающими гипертонией рекомендовано проводить работу, уравнивающую социальный самоконтроль до среднего уровня. Так же с ними следует проводить психокоррекционные мероприятия, направленные на снятие психического напряжения. Это может благоприятно сказаться на психоэмоциональном состоянии и улучшить течение заболевания. Наиболее целесообразно это будет организовать, передавая после соответствующих вызовов актив в поликлинику не только для терапевта, но и психологу поликлиники.

Список используемой литературы

1. Ананьев, В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья [Текст] / В.А. Ананьев. — СПб.: Речь, 2006. - 384 с.
2. Березина, Т.Н. Надсознательное как образование высшего порядка [Текст] / Т.Н. Березина // Мир психологии. - 2014. - № 1.
3. Бойко, О.В. Охрана психического здоровья [Текст] / О.В. Бойко. — М.: «Академия», 2004. - 268 с.
4. Братусь, Б.С. Аномалии личности [Текст] / Б.С. Братусь. - М.: Мысль, 1988. - 348 с.
5. Бурлачук, Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике [Текст] / Л.Ф. Бурлачук. — СПб.: Питер, 2008. — 688 с.
6. Васильева, О.С. Психология здоровья. Феномен здоровья в культуре, психологической науке и обыденном сознании [Текст] / О. С.
7. Еникеев, М.И. Энциклопедия. Общая и социальная психология [Текст] / М.И. Еникеев. - М.: Норма, Инфра-М, 1999. - 624 с.
8. Здоровая личность [Текст] / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Речь, 2013. — 400 с.
9. Зоткин, Н.В. Общая психология. Психология мотивации и эмоции. Методическое пособие [Текст] / Н.В. Зоткин, М.Е. Серебрякова. - Самара: Универс-групп, 2007. - 196 с.
10. Индивидуальное здоровье человека // Файловый архив для студентов. StudFiles [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://studopedia.ru/15_38429_model-zdorovya.html, (19.10.2016), свободный. - Загл. с экрана.
11. Козлов, А.В. Методика диагностики психологического здоровья // Перспективы науки и образования [Текст] / А.В. Козлов. — 2014. - № 6 (12).

12. Колесникова, Г.И. Психологические виды помощи: психопрофилактика, психокоррекция, консультирование [Текст] / Г.И. Колесников. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. - 349 с.
13. Корреляционный анализ // Статистика и обработка данных в психологии [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://psyfactor.org/lib/stat3.htm> (20.11.2016), свободный. - Загл. с экрана.
14. Кулагина, И.Ю. Проблемы доминирующей мотивации в контексте теории деятельности А.Н. Леонтьева // Московская психологическая школа: История и современность: в 4 т. [Текст] / Под общ. ред. Действ. Чл. РАО, проф. В.В. Рубцова. Т.IV. – М.: МГППУ, 2007.
15. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность [Текст] / А.Н. Леонтьев. - М.: Политиздат, 1975. - 304 с.
16. Леонтьев, А.Н. Потребности, мотивы, эмоции [Текст] / А.Н. Леонтьев. - М., 1971.
17. Маслоу, А. На подступах к психологии бытия [Текст] / А. Маслоу. - М.: "Рефл-бук" – К.: "Ваклер", 1997. - 140 с.
18. Мельник, Ю.И. Психология здоровья [Текст] / Ю.В. Мельник // Журнал практического психолога. – 2000. – №3. – С. 11 – 14.
19. Мещеряков, Б.Г. Большой психологический словарь [Текст] / Под ред. Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П. - М., 2003. - 672 с.
20. Мотивация здоровья [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://5ka.pf/catalog/view.download/17/929>, (23.10.2016), свободный. - Загл. с экрана.
21. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка. 100000 слов, терминов и выражений [Текст] / С.И. Ожегов // Мир и образование. -2015. - 1376 с.
22. Панкратов, В.Н. Саморегуляция психического здоровья [Текст] / В.Н. Панкратов. – М.: Изд. Института Психотерапии, 2001. - 339 с.
23. Петровский, В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности [Текст] / В.А. Петровский. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. — 512 с.

24. Практикум по психологии здоровья [Текст] / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2005. – 351 с.
25. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. [Текст] / Ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 1998. – 672 с.
26. Психология здоровья [Текст] / Под ред. Г.С. Никифоровой. - СПб.: Питер, 2006. - 607 с.
27. Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. [Текст] / Гл. ред. И.О. Логинова. – Красноярск: Версо, 2012. – 460 с.
28. Психология профессионального здоровья [Текст] / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2006. – 480 с.
29. Психология человека от рождения до смерти [Текст] / Под общей редакцией А.А. Реана. — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002. - 684 с.
30. Соковня-Семёнова, И.И. Основы здорового образа жизни и первая медицинская помощь: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. 2-е изд., стереотип [Текст] / И.И. Соковня-Семёнова. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 208 с.
31. Соколовская, Л.Б. Критерии психологического здоровья // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал. Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Красноярск, 23-24 ноября 2012 года) [Текст] / Л.Б. Соколовская. — 53 с.
32. Статистические методы в психологии // Файловый архив для студентов. StudFiles [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/3053332/page:10/>, (20.12.2016), свободный. - Загл. с экрана.
33. Столяренко, Л.Д. Основы психологии [Текст] / Л.Д. Столяренко. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. - 672 с.
34. Структура здоровой личности [Электронный ресурс] / Психологос. Энциклопедия практической психологии. - Режим доступа:

http://www.psychologos.ru/articles/view/struktura_zdorovoy_lichnosti,
(23.10.2006), свободный. - Загл. с экрана.

35. Технологии психологического оздоровления // Файловый архив для студентов StudFiles [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://studopedia.ru/3_81730_tehnologii-psihologicheskogo-ozdorovleniya.html,
(19.10.2016), свободный. - Загл. с экрана.

36. Эриксон, Э.Г. Детство и общество [Текст] / Э.Г. Эриксон. - М.: Летний сад, 2000. - 416 с.

37. Юность // Психология: Словарь [Текст] / Под ред. А.В. Петровского и И.Г. Ярошевского. - М.: Политиздат, 1990. - 494 с.

38. Яковлев, А.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебное пособие [Текст] / А.П. Яковлев, С.Л. Васильев. - М.: Смысл, 2000. - 432 с.

39. Dunbar F.H. Psychosomatic diagnosis. -New York, London, 1948.

40. Frank K.A., Heller S.S., Konfeld D.S. et al. . Type A Behavior Pattern and Coronary Angiographic Findings. -JAMA. -1978. -240. -P.761-763.

41. Friedman M., Rosenman R.H. Association of Specific Overt Behaviour Pattern with blood and Cardiovascular Findings. -JAMA. -1959. -169. -P.1286-1296.

42. Jenkins C.D. Recent Evidence Supporting Psychologic and social Risk Factors for Coronary Disease. New Engl. J.Med.. -1976.-294. -P.987-994.

43. Keith R.A., Lown B.L., Stare F.J. Coronary Heart Disease and Behavior Patterns. -Psychosomatic Medicine. -1965. -27. -5. -P.424-434.

44. Rosenman R.H. The Role of Personality and Behavior Patterns in the Genesis of Coronary Heart Disease. -Journal of the American Medical Association. -1965. -20. -P.161-167.