Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет клинической психологии

Кафедра психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

Особенности самосознания больных пожилого возраста с ИБС

.

Студент 402 группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пугачева Н.Ю.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Попенко Н.В.

Красноярск 2015

**ОГЛАВЛЕНИЕ ВВЕДЕНИЕ………………………………………………………………………3**

**Глава 1. Теоретические аспекты изучения самосознания больных пожилого возраста с ИБС…………………………...…………………………7**

* 1. Проблема изучения самосознания в психологии………………………...7

1.1.1. Феномен самосознания: понятие, структурные составляющие………..14

1.2. Особенности самосознания больных с ИБС……..………………………..18

1.2.1. Клиническая характеристика ИБС…………………………………….18

**Глава 2. Экспериментальное исследование особенностей самосознания больных пожилого возраста с ИБС.**

2.1.Описание выборки и методов исследования……………………………………………..………………………23

2.2. Анализ и интерпретация результатов……………………………………………………………………….26

**Выводы**…………………………………………………………………………..32

**Библиографический список**……………………..……………………………33

**Приложение**……………………………………………………………………..35

**Введение**

Ишемическая болезнь сердца - важнейшая проблема современного здравоохранения. По целому ряду причин она - одна из главных причин смерти среди населения промышленно развитых стран. Она поражает работоспособных мужчин (в большей степени, чем женщин) неожиданно, в разгар самой активной деятельности. Те, кто не умирает, часто становятся инвалидами.

Под ишемической болезнью сердца понимают патологическое состояние, развивающееся при нарушении соответствия между потребностью в кровоснабжении сердца и его реальным осуществлением. Это несоответствие может возникать при сохраняющемся на определенном уровне кровоснабжении миокарда, но резко возросшей потребности в нем, при сохраняющейся потребности, но упавшем кровоснабжении. Особенно выражено несоответствие в случаях снижения уровня кровоснабжения и возрастающей потребности миокарда в притоке крови.

Человек, заболевший тяжелой болезнью, вынужденный на протяжении всей жизни соблюдать строгий терапевтический режим, и возвращающийся к нормальной жизни, работе, общению, вынужден учитывать много новых условий, изменений, внесенных болезнью в его жизнь. Наиболее важным здесь является самосознание человека. Ведь высокий уровень развития самосознания отражается главным образом в позитивном самоотношении личности, а самоотношение оказывает регулирующее влияние практически на все аспекты поведения человека, играя особую роль в установлении межличностных отношений, в постановке и достижении целей, в способах формирования и разрешения кризисных ситуаций. От того, как меняется самоотношение, зависит самочувствие, работоспособность, настроение человека, его отношение к окружающему миру, а так же прогноз на будущее.

Ведущую роль самосознания в нормальном функционировании личности освещают такие отечественные и зарубежные психологи, как Б.Г.Ананьев (1980), Р.Берне (1986), Л.С.Выготский (1983), А.Н.Леонтьев (1983), С.Р.Пантилеев (1989), Е.Т. Соколова (1983), В.В.Столин (1985), М.Розенберг (1965), С.Л.Рубинштейн (1990), И.И.Чеснокова (1978), и другие.

Актуальность темы исследования обусловлена значительным увеличением числа людей перенесенных ИБС, за последние 15 лет, их число возросло более чем в 3 раза. Это связано, по мнению специалистов, в том числе и с социально-экономическими изменениями в обществе, вызывающими большое число всех соматических заболеваний. Общеизвестно, что сложные жизненные ситуации и соответствующие им переживания: страх, депрессии, эмоциональные переживания, конфликты все это приводит к возникновению ИБС.

**Объект исследования:** самосознание личности.

**Предмет исследования:** особенности самосознания больных пожилого возраста с ИБС.

**Цель:** изучить особенности самосознания больных пожилого возраста с ИБС.

**Задачи:**

* провести теоретический анализ психологической литературы, посвященной данной проблеме, для изучения подходов исследования;
* выявить особенности самосознания у больных ИБС пожилого возраста;
* выявить особенности самосознания у людей пожилого возраста с нормой здоровья;
* сравнить особенности самосознание больных ИБС и людей пожилого возраста с нормой здоровья.

**Гипотеза:** предполагается, что у больных с ИБС будут обнаружены существенные отличия в структуре самосознания по сравнению с людьми пожилого возраста с нормой здоровья:

* больные ИБС будут более критичны по отношению к себе, по сравнению с людьми пожилого возраста с нормой здоровья (негативный фон восприятия себя, неуверенность в своих силах, низкая самооценка, самоунижение);
* больные ИБС будут более интровертированны (пассивные, эмоционально спокойные), в отличие от людей пожилого возраста с нормой здоровья;
* больные ИБС будут в большей степени демонстрировать социально одобряемое поведение, тем самым стараясь вызывать симпатию у окружающих в отличие от людей пожилого возраста с нормой здоровья.

**Теоретико-методологическая основа:** концепция самосознания В.В. Столина (1985); теория самоотношения С.Р. Пантелеева (1989).

**Методы исследования:**

1. Теоретический анализ литературы по проблеме исследования;
2. Эмпирические методы:
* методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантелеева;
* методика личностного дифферинциала, адаптированная в НИИ им. В.М. Бехтерева;
* тест на самоуважение, шкала М. Розенберга;
1. Методы математической статистики: U-критерий Манна-Уитни.

**База исследования:** КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича»

**Выборка:**

* экспериментальная группа – больные ИБС в возрасте 56-75 лет (20 человек);
* контрольная группа – люди с нормой здоровья в возрасте 56-75 лет (20 человек).

**Структура работы:** состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложения.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИБС**

* 1. **Проблема изучения самосознания в психологии**

Положения, развиваемые Л.С. Выготским (1983), о самосознании личности, хотя и не имеют прямого указания на термин «самоотношение», по сути определили принципиальные позиции понимания природы самоотношения на многие годы, не теряя своей актуальности и сегодня. Самосознанием он называл определенный этап в развитии сознания человечества и имплицитно сближал сознание и самосознание (Выготский Л.С., 1983). «Самосознание – это социальное сознание, перенесенное внутрь». В этом проявляется влияние на его взгляды идей К. Маркса В концепции интериоризации реализована идея зависимости структуры самосознания человека от социальной среды, к которой тот принадлежит. «Связь между культурной средой и самосознанием заключается не во влиянии среды на темпы развития самосознания, а в том, что ею обусловлен сам тип самосознания и характер его развития» (Маркс К.,1974). В структуре самосознания Л.С. Выготский (1983) выделял шесть направлений, общим знаменателем которых была цель роста их связности, обоснованности, интегрированности. Особое значение для нашей работы приобретает одно из них: развитие внутренних моральных критериев при оценке себя, своей личности, которые заимствуются из объективной культуры, а не обосновываются просто биологически (Выготский Л.С., 1983). Обращение к самосознанию, как к аспекту сознания, позволило рассмотреть развитие рефлексии в онтогенезе, т.е. изучить предпосылки выявления самосознания как высшего этапа в развитии сознания. С возникновением самосознания у человека появляется возможность саморазвития, т.е. возможность сознательного, осмысленного управления собственным развитием, «самооформления» (Выготский Л.С., 1983). Важным аспектом рефлексии как конституирующей характеристики сознания является вербальное отражение собственных процессов и действий, выступающее основой развития самосознания. Диалогичность, по Л.С. Выготскому (1983), является одной из характеристик сознания, поэтому при описании генезиса высших психических эмоций он использует категорию «общение» придавая ему характер деятельности. «Отношения между психическими функциями когда-то были реальными отношениями между людьми». В содержании понятия общения им выделяются субъект-субъектные и субъект-объектные отношения (Выготский Л.С., 1983).

Свое развитие проблема самоотношения получила в рамках процессуального подхода к исследованию самосознания. Процессуальность самосознания обнаруживается в динамике его содержательной и смысловой стороны, в процессе саморегулирования поведения. Единый, целостный в реальности процесс самосознания разделяется на ряд составляющих: самопознание, эмоционально-ценностное отношение к себе (самоотношение), саморегулирование, структурно выделяя феномен самоотношения в особую реальность (Чеснокова И.И., 1977).

В работе И.И. Чесноковой (1977) самоотношение предстает как вид эмоциональных переживаний разной степени осознанности, в которых отражается собственное отношение личности к тому, что она узнает, понимает, открывает относительно самой себя, т.е. самые разнообразные самоотношения. Развитие эмоционально-ценностного самоотношения так же, как и самопознание, подчинено задаче формирования единства личности, интеграции ее психического мира (Чеснокова И.И., 1977).

Результаты интегративной работы в сфере эмоционально-ценностного отношения к себе и сфере самопознания объединяются в особое образование самосознания личности – в её самооценку (Чеснокова И.И., 1977). Таким образом, самоотношение в своих процессуальных признаках характеризуется модусами сознательное – бессознательное; познание – отношение, а в структурном аспекте предстает как элемент самооценки. Самооценка, с одной стороны, отражает уровень развития эмоционально-ценностного отношения к себе, а с другой − включается в процесс дальнейшего формирования самоотношения личности.

Концепция самосознания, предложенная и разработанная В.В. Столиным, является методологической платформой, на которой строились дальнейшие теоретические и эмпирические исследования самоотношения (Столин, В. В., 1983). Общие представления о самосознании и самоотношении, развиваемые в русле данной концепции, опираются на идеи А.Н. Леонтьева о деятельности, сознании и личности, а также о личностном смысле как одной из «основных образующих сознания» (Леонтьев А.Н.,1977). Самосознание личности, помнению В.В. Столина, направлено на то, что составляет ее психологическую сущность, а именно на ее собственный личностный способ интеграции деятельностей и иерархизации ее мотивов (Столин, В. В., 1983). Определение личности как «функционального органа», позволяющего индивиду интегрировать свое «Я» и свою жизнедеятельность в системе множественных связей с миром или как «особого способа интеграции психической жизни индивида», разделяется большинством авторов, изученным нами трудов.

Единицей самосознания у В.В. Столина выступает «конфликтный смысл Я». Его конфликтность рождена многообразием деятельности, ибо человек, стремящийся к одному мотиву, не более чем абстракция, поскольку он всегда находится в потенциально конфликтной ситуации, так как одни и те же действия могут обладать различным смыслом по отношению к разным мотивам. Актуализация «конфликтного смысла Я» сигнализирует не просто о невозможности, нежелательности поступков, но и раскрывает для личности ее же собственные качества, выявляя для нее самой собственную сущность. Конфликтный смысл «Я» – это процесс, внутреннее движение, внутренняя работа, а не просто часть содержания самосознания. Конфликтный смысл «Я» запускает дальнейшую работу самосознания, проходящую в когнитивных и эмоциональных сферах. Процесс самосознания происходит в виде переживания конфликтных смыслов.

Самая главная функция самоотношения у В.В. Столина – сигнализировать о смысле «Я» личности. Собственное «Я» человека иногда даже в большей степени, чем объективные обстоятельства, может выступать как условие, цель, мотив его многообразных деятельностей. Смысл «Я» возникает вследствие соотнесения собственных свойств с мотивом деятельности. Конфликтный смысл поступка, деяния осознается еще до его свершения, но смыслы пока не находятся в противоречии. Конфликтный смысл «Я» возникает после свершения поступка.

В.В. Столин строит классификацию видов осмысления своего «Я» как следствие совершения поступка и выделяет две типологии самосознания, основанные на признании или непризнании поступка.

В.В. Столиным была предложена модель строения самоотношения, согласно которой собственное Я, черты и качества оцениваются личностью по отношению к мотивам, выражающим потребность в самореализации. Эта модель получила солидное эмпирическое обоснование. В основе макроструктуры самоотношения лежат три эмоциональных измерения: самоуважение, аутосимпатия и самоинтерес (близость к себе), которые за счет аддиктивной структуры интегрируются в общее чувство положительного или отрицательного отношения личности к своему Я. В качестве самостоятельного компонентного элемента им выделено «ожидаемое отношение к самому себе» как форма спроецированного самоотношения личности. Аддиктивный принцип организации системы предполагает взаимокомпенсаторную функцию ее элементов.

Эвристичность модели В.В. Столина состоит в том, что самоотношение не замыкается во внутреннем пространстве самосознания личности, а через мотивы связывается с жизнедеятельностью субъекта.

Оно не является ни следствием знания о себе, ни реакцией на определенные аспекты образа «Я». «И знание о себе, и самоотношение есть следствие одних и тех же причин, лежащих вне субъекта, в его деятельности, и лишь вторично в феноменологически превращенных формах отдельные самооценки могут восприниматься самим субъектом как способность порождать его истинное отношение к самому себе. Отсюда самоотношение может быть понято как лежащее на поверхности сознания, непосредственно феноменологическое выражение (или представленность) личностного смысла «Я» для самого субъекта (Столин, В. В., 1983).

Опираясь на концептуальную модель В.В. Столина, С.Р. Пантелеев говорит о том, что если и знание о себе (самооценка), и самоотношение есть следствие одних и тех же причин и процессов, а именно: результат столкновения «Я» с мотивами, опредмечивающими потребность в самореализации личности, то в структуре самоотношения выделяются две подсистемы:

* система самооценок;
* система эмоционально-ценностного отношения.

Принципиальная разница между самооценкой и самоотношением – в различии оснований этих видов самооценивания:

* в случае самооценки оценочным основанием являются другие люди, и осуществляется механизм социального сравнения с нормой и эталоном;
* в самоотношении «Я» всегда сравнивается с «другими в себе». Суждение «Я» – хороший в системе самоотношения должно быть развернуто в высказывание типа: «Я лучше себя самого», «Я мог бы быть и хуже» и т.п.

Процесс оценивания в системе самоотношения принципиально диалогичен и связан с отношениями «Я – Я». В этом смысле бесполезно ставить вопрос об адекватности самоотношения, в отличие от самооценки.

Система самооценок в большей степени подвержена действию защитных механизмов, а эмоционально-ценностное отношение представляет обобщенную, не искаженную оценку «Я», давая возможность самоотношению осуществлять регуляторные функции (Пантелеев С.Р, 2000).

Эмоционально-ценностное отношение к себе определяется в своей основе смыслообразующими мотивами. Именно смысловые отношения определяют обобщенное, устойчивое отношение субъекта к самому себе в соответствии с принципами смысловой интеграции и иерархического строения мотивационной сферы. При этом строение каждой из двух систем самоотношения также оказывается иерархичным, но в их основании лежат разные принципы.

Самооценочная иерархия строится в соответствии с принципом «психологической центральности» М. Розенберга (1965), согласно которому значение любого компонента «самости» зависит от его места в общей структуре, сама же структура этих компонентов строится по степени отчетливости их осознания, важности, последовательности и логической согласованности друг с другом. Однако эти компоненты входят одновременно и в другую иерархию, определяемую личностным смыслом по отношению к смыслообразующим мотивам. В случае противоречия они подчиняются принципу смысловой интеграции.

В качестве частных тактик самозащиты выступают:

* усиление воспринимаемого несходства с «не-Я» вплоть до поляризации «Я» и «не-Я»;
* аутоинфантилизация и аутоинвалидация;
* сверхидеализация или дискредитация «не-Я»;
* прямое приписывание Я позитивных качествах;
* превращение недостатков в добродетель;
* самоутверждение с помощью опоры на «рациональную, жестко регламентированную программу жизни».

Е.С. Шильштейн (1999), исследуя представление Я как «о целостной, вертикально организованной части психического опыта, являющего собой единый континуум, разворачивающийся от глубинного самоощущения до вербальных концептуальных представлений о себе», делает вывод: степень позитивности Я падает с увеличением уровня осознанности, но и на уровне поведенческих установок, и на уровне самоощущения выражена тенденция к позитивности переживания смысла Я, а «низкая самооценка и негативное самоотношение являются вторичными по отношению к изначально позитивному смыслу Я» (Шильштейн Е.С.,1999). Таким образом, Е.С. Шильштейн были получены данные о маргилизации «Я» относительно пространства личностных ценностей, подтверждающие его регуляторную функцию.

А.А. Налчаджаян (2010) изучал особенности функционировании защитных механизмов Я-концепции в структуре самосознания при действии определенного вида фрустраторов (стыда) и ответный характер трансформации Я−концепции.

Таким образом, самосознание понимается как динамическая, иерархически организованная система, обладающая внутренней компонентной структурой, связанная с особенностями социального бытия субъекта.

**1.2.1. Феномен самосознания: понятие, структурные составляющие.**

Сознание - это высший уровень психического отражения действительности и [саморегуляции](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=i4-biRoVFBVcfnubSVXPeofv1Slyf3u9oSclQEf3ff5AKNJ4st3cFKs9f9V9KE4ImaCQJogk*3DvdxkobQuO2eRU7RTt0XdOJ0GHuonFTrkmvR8zsJ2PgF9Idz1ZsdleJqy5uvkOaZq3TyOU*nTm5lEBLV-OrSKjk7*iQxlkrZ*MeOzriHWAvybapbOHRNWX5Kfk7MTEipFjTyjFiQLa**HXuo7HF8jcxEO-n8IAly4-jXqdmTqYNn894EIuIaPoelpAzaDyeXmNxpvdL9kcsi90K1XTztCKVh2MlLocl3WE6mT2UPpRW05fvddLwvW7xMZTXXBJycTkjMWfjG3LsrG*iDuz3uOZ8Zw2hL1Sw3mg-gHgvu8XG854PVlTjYTppCrfRG32z5qfwqIG2sbu-WHUp6dnvurQmiPIH3f-hJS9XGXmhYuxsjUGtQy4V6NfMtlK2oU3bEPMTXJzABVlwkG8McwJ9SmAIeC4hujaAbb6XLpBmz2CDcdStaG0FRsqj9kplRLO0PwTdBe4IrxcmnmSkrtvx6rZg5TpBO5Ld-KcRn89F0o69XBNaUE31MSlXm0Yiw4ZvxAJdeeUskCcT9Rp8WBHq*VLogdeJf3DKUYXC3hJuLJGzC3N8vzw1-qbNJT0MQ&eurl%5B%5D=i4-biSkoKSh5k*YYH2YSaaCs47KBWcIz7fQdn84EDKERcMXp), проявляющийся способностью личности отдавать себе ясный от чет об окружающем, о настоящем и прошлом времени, принимать решения и в соответствии с ситуацией управлять своим поведением.

В психологии предпочтение отдается определениям, которые могли бы отграничить сознание от других психологических понятий, т.е. мышления, внимания, воли и пр., хотя сознание как таковое не существует вне всех этих психических процессов. В психологии понятие «сознание» служит скорее для определения сущности особого качества протекания психической деятельности: осознанно протекающие психические процессы четко и ярко субъективно переживаемы, узнаваемы, управляемы. При этом возникает возможность выбора и направления их в сторону решения ставящихся задач. Другими словами, сознание является особой формой психического отражения у человека, интегрирующей в себе все другие психические процессы, обеспечивая их взаимодействие, т.е. последовательность, непрерывность и целенаправленность их протекания. Достаточный уровень развития отдельных высших психических функций в их тесном взаимодействии формирует у человека внутреннее отражение внешнего мира, его модель. Направляющее [влияние](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=i4-biX9zcnOlfn4dz9NJ-AFpU6-0*f07J6Gjxi8rqvpTf3QY4lA-VJW9KUnyUXUd*qD6kBSL-SnD-1oXF94mGRAGSgs5C3wEnjho2BhD6Eta1LVYHz5ZKiSeQkoxif-CMeoZbI2F*bBTEz5c4PobB7OtsPsQLMoodbRbPCCHoqked6veDueHeJE-op9w8BafIO*sK4u8NeDHgIX9evncNMXoHrezgfuw*TM788BnehyRRSrCCKKNGgD1YeP7wfJjxJ4Cago7*eaw2ROFuKTLRKcxzbH6H-ZMmGkMavJZQRHQn3VFY0-pBBP8YAVzeZXj4zZdMNVujtKBhHjgBciCduI6MNrvuXfUpcvniqs58**H**PNYN3LIUjz2nNsagyYh3kZkCcVGqi1JHjT9-HmJxoiPICXpN3f7SgL9JumdIAdbbrrFCXqX5kOcw1GKqLgEXzHxx5ah3sywdkJHj48*45qThwEq*yq91awVzm0YbauVVC*i5O2M3D3x-NmqQVssX9nnW0-qoeRHYtq9d6h9M-gk-YH99cmA62OLWu5WuqBCu1I3*x7ioPd1Oeb6O3V3WyzFRy-5HA7wfaj0QPJZht0HPc13ZrBsaOhEg&eurl%5B%5D=i4-biSkoKShBCcnU06repWxgL37qEap06s9hEQdQr8Kc*siQ) этой модели на поведение и воспринимаются человеком как сознание.

Эпицентром сознания является сознание собственного «Я», или сознание самости, самосознание. Первой его формой, которую иногда называют самочувствием, является элементарное осознание своего тела и его вписанности в мир окружающих вещей и людей. Оказывается, что простое восприятие предметов в качестве существующих вне данного человека и независимо от его сознания уже предполагает определенные формы самоотнесенности, т.е. некоторый вид самосознания. Для того чтобы увидеть тот или иной предмет как нечто существующее объективно, в сам процесс восприятия должен быть как бы «встроен» определенный механизм, учитывающий место тела человека среди других тел - как природных, так и социальных - и изменения, которые происходят с телом человека в отличие от того, что совершается во внешнем мире.

Следующий, более высокий уровень самосознания связан с осознанием себя в качестве принадлежащего тому или иному человеческому сообществу, той или иной социальной группе.

Самый высокий уровень развития этого процесса - возникновение сознания «Я» как совершенно особого образования, похожего на «я» других людей и вместе с тем в чем-то уникального и неповторимого, могущего совершать свободные поступки и нести за них ответственность, что с необходимостью предполагает возможность контроля над своими действиями и их оценку. Здесь необходимо оттенить такой аспект, как сознательность. Сознательность характеризуется, прежде всего, тем, в какой мере человек способен осознавать общественные последствия своей деятельности. Чем большее место в мотивах деятельности занимает понимание общественного долга, тем выше уровень сознательности. Сознательным считается человек, способный правильно понять действительность и, сообразуясь с этим, управлять своими поступками. Сознательность - неотъемлемое, свойство душевно здоровой человеческой личности. Возможность понимания последствий поступка резко снижена и даже отсутствует полностью у детей, а также у душевнобольных. Сознательность суть нравственно-психологическая характеристика действий личности, которая основывается на сознании и оценке себя, своих возможностей, намерений и целей (Сарджвеладзе Н.И., 2003).

Однако самосознание - это не только разнообразные формы и уровни самопознания. Это также всегда и самооценка и самоконтроль. Самосознание предполагает сопоставление себя с определенным, принятым данным человеком идеалом «я», вынесение некоторой самооценки - как следствие - возникновение чувства удовлетворения или же неудовлетворения собой. «Зеркало», в котором человек видит самого себя, и, с помощью которого, он начинает относиться к себе как к человеку, то есть вырабатывает формы самосознания, - общество других людей. Самосознание рождается не в результате внутренних потребностей изолированного сознания, а в процессе коллективной практической деятельности и межчеловеческих взаимоотношений.

Осознание себя в качестве устойчивого объекта предполагает внутреннюю целостность, постоянство личности. Мы всегда остаемся сами собой вне зависимости от меняющихся ситуаций. Ощущение человеком своей единственности, самоидентичности поддерживается непрерывностью его переживаний во времени: мы помним свое прошлое, переживаем настоящее, имеем надежды на будущее.

Главная функция самосознания - сделать доступными для собственного понимания мотивы и результаты своих поступков, оценить себя (самооценка). Общим интегральным измерением «Я» здесь выступает самопринятие и самоуважение. Поддержание приемлемого для личности уровня самоуважения составляет важную и, как правило, неосознаваемую функцию самосознания. Одним из способов реализации данной функции и являются защитные механизмы личности (механизмы психологической защиты) (Гульянова Н.А., 2001).

Самосознание характеризуется двумя взаимосвязанными свойствами - предметностью и рефлективностью. Первое свойство дает возможность соотносить наши ощущения, восприятия, представления, мысленные образы с предметным миром вне нас, что позволяет обеспечить нацеленность сознания на внешний мир. Рефлексия же - это такая сторона самосознания, которая, напротив, сосредоточивает внимание на самих его явлениях и формах. В ходе рефлексии человек осознает свое «Я», анализирует его, сопоставляя себя с идеалом, размышляя о своем отношении к жизни, закрепляя или, наоборот, меняя определенные жизненные ориентиры. При этом в оценках и самооценках возможны и ошибки. Проверка и корректировка здесь возможны при условии внимательного отношения к оценкам других людей и трезвого сопоставления с ними своих самооценок. Поэтому самосознание не есть некая константа, оно не только возникает в процессе совместной деятельности и общения с другими людьми, но и постоянно проверяется, и корректируется в процессе углубления и расширения межличностных отношений. Самосознание дает человеку понимание своей индивидуальности, уникальности, неповторимости.

Таким образом, самосознание характеризует не только самопознание, но и сопоставление себя с некоторым идеалом «Я», а значит, контроль и самооценку, а также возникновение на этой основе чувства удовлетворенности или неудовлетворенности собой. При этом само осознание человеком своего «Я» опять-таки может реализоваться лишь через сопоставление себя с другими людьми. Это лишний раз свидетельствует об общественной природе сознания, формирующегося в ходе коллективной деятельности и человеческого общения.

* 1. **Особенности самосознания больных ИБС**

**1.2.1 Клиническая характеристика ИБС.**

 **Ишемическим инсультом**называют мозговые нарушения кровообращения, характеризующиеся внезапным появлением очаговой неврологический или общемозговой симптоматики, сохраняющейся более 24 *часов или вызывающая смерть пациента в более короткий срок.*

*Классификация ишемическоих инсультов*

 Ишемический инсульт может быть последствием того или иного заболевания сердечно-сосудистой системы. Выделяют несколько патогенетических вариантов ишемического инсульта. В классификации TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment), получившей наибольшее распространение, выделяют следующие варианты ишемического инсульта:

* кардиоэмболический — ишемический инсульт, произошедший по причине [аритмии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/arrhythmia), [клапанного порока сердца](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/heart_defects), [инфаркта миокарда](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/myocardial_infarction);
* атеротромботический — ишемический инсульт, произошедший по причине [атеросклероза](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/atherosclerosis) крупных артерий, результатом которого стала артерио-артериальная эмболия;
* лакунарный — ишемический инсульт, произошедший по причине окклюзии артерий малого калибра;
* ишемический инсульт, связанный с иными, более редкими причинами: гиперкоагуляцией крови, расслоением стенки артерий, неатеросклеротическими васкулопатиями;
* ишемический инсульт неизвестного происхождения — инсульт с неустановленной причиной или с наличием двух и более возможных причин, когда установить точный диагноз не представляется возможным.

 Кроме того, выделяют малый инсульт, когда имеющаясясимптоматика регрессирует в течение первых трех недель заболевания.

Выделяют также несколько периодов ишемического инсульта:

* острейший период — первые 3 суток. Из них первые три часа получили определение «терапевтического окна», когда есть возможность применения тромболитических препаратов для системного введения. В случае регресса симптомов в течение первых суток диагностируют транзиторную ишемическую атаку;
* острый период — до 4-х недель;
* ранний восстановительный период — до полугода;
* поздний восстановительный период — до 2-х лет;
* период остаточных явлений — после 2-х лет.

*Этиология и патогенез ишемического инсульта*

 Так как ишемический инсульт не рассматривается как отдельное заболевание, определение единого этиологического фактора для него невозможно. Однако существуют факторы риска, ассоциированные с повышенной частотой развития ишемического инсульта, которые можно разделить на две группы:

* модифицируемые — [инфаркт миокарда](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/myocardial_infarction), [артериальная гипертензия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/hypertension), [мерцательная аритмия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/atrial-fibrillation), [сахарный диабет](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/diabetes_saharniy), дислипопротеинемия, бессимптомное поражение сонных артерий;
* немодифицируемые — наследственная предрасположенность, возраст.

 Кроме этого, существуют и факторы риска, связанные с образом жизни: низкий уровень физической активности, острый стресс или длительное психоэмоциональное напряжение, [избыточная масса тела](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/obesity), табакокурение.

 Определенная последовательность молекулярно-биохимических изменений в веществе мозга, вызываемая острой фокальной ишемией мозга, способна привести к тканевым нарушениям, в результате которых происходит гибель клеток (инфаркт мозга). Характер изменений зависит от уровня снижения мозгового кровотока, продолжительности такого снижения и чувствительности вещества мозга к ишемии. Степень обратимости тканевых изменений на каждом этапе патологического процесса определяется уровнем снижения мозгового кровотока и его продолжительностью в сочетании с факторами, определяющими чувствительность мозга к гипоксическому повреждению. Термином «ядро инфаркта» обозначают зону необратимого повреждения, термином «ишемическая полутень» (пенумбра) — зону ишемического поражения обратимого характера. Продолжительность существования пенумбры — важнейший момент, так как со временем обратимые изменения принимают необратимый характер. Зона олигемии — зона, в которой сохраняется баланс между тканевыми потребностями и процессами, обеспечивающими эти потребности, невзирая на снижение мозгового кровотока. Она способна существовать неопределенно долгое время, не переходя в ядро инфаркта, поэтому к пенумбре ее не относят.

*Клиническая картина ишемического инсульта*

 Клинический симптомокомплекс при ишемическом инсульте разнообразен и зависит от локализации и объема очага поражения головного мозга. Более других распространена локализация очага поражения в каротидном бассейне (до 85%), реже — в вертебрально-базилярном.

 Особенностью инфаркта в бассейне кровоснабжения средней мозговой артерии является наличие выраженной системы коллатерального кровоснабжения. Окклюзия проксимального отдела средней мозговой артерии может вызывать субкортикальный инфаркт, при этом корковая область кровоснабжения остается непораженной. В отсутствии данных коллатералей возможно развитие обширного инфаркта в области кровоснабжения средней мозговой артерии.

 Для инфаркта в области кровоснабжения поверхностных ветвей средней мозговой артерии типично возникновение девиации глазных яблок и головы в сторону пораженного полушария. При этом в случае поражения доминантного полушария развивается ипсилатеральная идеомоторная апраксия и тотальная [афазия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/aphasia), а в случае поражения субдоминантного полушария — анозогнозия, [дизартрия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysarthtia), апросодия и контралатеральное игнорирование пространства.

 Основное клиническое проявление инфаркта головного мозга в области ветвей средней мозговой артерии — контралатеральный гемипарез и контралатеральная гемианестезия. В случае обширных очагов поражения возможно появление содружественного отведения глазных яблок и фиксации взора в сторону пораженного полушария. При инфарктах субдоминантного полушария развиваются эмоциональные нарушения и пространственное игнорирование.

 Распространение пареза при инфаркте в бассейне кровоснабжения стриатокапсулярных артерий зависит от локализации и размеров поражения (верхняя конечность, лицо или вся контралатеральная часть тела). В случае обширного стриатокапсулярного инфаркта, как правило, развиваются типичные проявления окклюзии средней мозговой артерии (афазия, гомонимная латеральная гемианопсия).

 Лакунарный инфаркт клинически проявляется развитием лакунарных синдромов (изолированные гемипарез и гемигипестезия или их сочетание).

 Наиболее частым клиническим проявлением инфаркта в бассейне кровоснабжения передней мозговой артерии являются двигательные нарушения. В большинстве случаев окклюзии кортикальных ветвей развивается моторный дефицит в стопе и всей нижней конечности, а также слабо выраженный парез верхней конечности с обширным поражением языка и лица.

 В результате окклюзии задней мозговой артерии развиваются инфаркты затылочной височной доли, а также медиобазальных отделов височной доли. В таких случаях клиническими проявлениями выступают дефекты полей зрения (контралатеральная гомонимная гемианопсия). Возможно также их сочетание со зрительными галлюцинациями и фотопсиями.

 Инфаркты в вертебробазилярном бассейне кровоснабжения происходят в результате окклюзии единственной перфорирующей ветви базилярной артерии и сопровождаются, как правило, симптомами поражения ЧН на ипсилатеральной стороне. Окклюзия позвоночной артерии или ее основных пенетрирующих ветвей, отходящих от дистальных отделов, приводит к развитию синдрома Валленберга (латеральный медуллярный синдром).

**ГЛАВА 2. ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИБС.**

**2.1.Описание методов и процесса исследования**

Исходя из цели нашей работы, изучить самосознание больных пожилого возраста с ИБС, была подобрана выборка из 40 человек:

* экспериментальная группа – больные ИБС в возрасте 56–75 лет (20 человек);
* контрольная группа – люди, без данного заболевания в возрасте 56–75 лет (20 человек).

База исследования: КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича».

Исследования проводились в три этапа:

* на первом этапе была определена база исследования, подобран психодиагностический материал, сформулированный из задачи практического исследования;
* на втором этапе проведено собственное экспериментальное исследование с помощью трех методик;
* на третьем этапе полученные результаты были подвергнуты статистической обработке и анализу интерпретации.

Для выявления различий в структуре самосознания испытуемых нами был использован комплекс психодиагностических методик:

1. **Методика исследования самоотношения (Пантелеев С.Р., 1988)**

Методика предназначена для выявления структуры самоотношения личности, а также выраженности отдельных компонентов самоотношения: закрытости, самоуверенности, саморуководства, отраженного самоотношения, самоценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения. В ходе проведения данной методики испытуемому предлагался перечень суждений, характеризующих отношение человека к себе, к своим поступкам и действиям. Если испытуемый согласен с содержанием суждения, то рядом с порядковым номером следует поставить "+", если не согласен, то "-", указать, какому из двух ответов на вопрос отдается предпочтение. При обработке используется специальный "ключ", с помощью которого получают так называемые "сырые" баллы. Совпадение ответа обследуемого с "ключом" оценивается в 1 балл. Сначала подсчитываются совпадения ответов по признаку "согласен", затем - по признаку "не согласен". Полученные результаты суммируются. Затем сумма "сырых" баллов по каждой из шкал с помощью специальной таблицы переводится в стены. Стены служат основанием для интерпретации. Всего 9 шкал: замкнутость, самоуверенность, саморуководство, отраженное самоотношение, самоценность, самопринятие, самопривязанность, внутренняя конфликтность, самообвинение.

1. **Методика личностного дифференциала (Бехтерев В.М., 2002).**

Данная методика предназначена для исследования определенных свойств личности, ее самосознания и межличностных отношений. Испытуемому следует оцените представителей соответствующего ему пола по каждой из шкал (черты личности) указанной в бланке, отметить необходимое значение на шкале от -3 до +3:

«3» - сильно выражено,

«2» - средне выражено,

«1» - слабо выражено.

Далее производится обработка теста с помощью ключа – бланка. Подсчитываются значения О (оценки), С (силы), А (активности).

Их количественные уровни могут иметь следующие значения:

* 17-21 – высокий уровень;
* 8-16 – средний уровень;
* 7 и менее – низкий уровень.

3. **Шкала самоуважения**[**Розенберга**](http://psycabi.net/testy/446-test-shkala-doveriya-m-rozenberga-metodika-vera-v-lyudej-ekspress-diagnostika)**, личностный опросник для измерения уровня самоуважения (Розенберг М., 1965).**

Испытуемому следует определите, насколько он согласен или не согласен с приведенными утверждениями, и поставьте напротив соответствующую цифру:

«4» - полностью согласен;

«3» - согласен;

«2» - не согласен;

«1» - абсолютно не согласен.

Так же в своей работе мы использовали метод математической статистики: U-критерий Манна-Уитни, который используется для оценки различий между двумя независимыми [выборками](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%8B%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BA%D0%B0) по уровню какого-либо признака, измеренного количественно.

**2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования**

Результаты исследования особенностей самосознания больных ИБС и людей с нормой здоровья в пожилом возрасте (методика исследования самоотношения С.Р. Пантелеев (МИС))

Обработав полученные данные, помещаем их в таблицу 1 (см. приложение А).

Наглядно результаты представлены на рис. 1

*Рисунок 1- сравнение средних показателей по шкалам методики МИС*

Из рисунка 1 видно, что большинство показателей у здоровых людей находятся значительно выше, чем в группе больных ИБС.

Так, обнаружены статистические различия по результатам шкалы «закрытость» (Uэмр=109, при p≤0,01). Значения значительно ниже у людей, без диагноза ИБС, по сравнению с больными данным заболеванием. Это говорит о том, что им свойственно защитное поведение личности, желание соответствовать общепринятым нормам поведение и взаимоотношений с окружающими людьми. Они имеют склонность избегать открытых отношений с самим собой. Причиной может быть или недостаточность навыков рефлексии, поверхностное видение себя, или осознанное нежелание раскрывать себя, признавать существование личных проблем.

Обнаружены значимые различия по шкале «самоуверенность» (Uэмр= 84,5, при p≤0,01). Значения выше у здоровых людей, в отличие от людей с ИБС Т.е. последние, отражают явное неуважение к себе, связанное с неуверенностью в своих возможностях, с сомнением в своих способностях. Больные ИБС склоны не доверяет своим решениям, часто сомневается в способности преодолевать трудности и препятствия, достигать намеченные цели. Возможны избегание контактов с людьми, глубокое погружение в собственные проблемы, внутренняя напряженность.

Так же можно отметить статистические различия по шкале «отраженное самоотношение» (Uэмр= 121,5, при p≤0,05). Так низкие значения у больных с ИБС указывают на то, что они относятся к себе как к людям, неспособным вызвать уважение у окружающих, как к вызывающим у других людей осуждение и порицание. Одобрение и какую-либо поддержку от других они не ожидают.

По шкале «самоценность» присутствуют различия (Uэмр= 123,5, при p≤0,05). Данная шкала передает ощущение ценности собственной личности и предполагаемую ценность собственного "Я" для других. Низкие значения у больных с диагнозом ИБС говорят о том, что у людей есть глубокие сомнения в уникальности своей личности, недооценке своего духовного "Я". Неуверенность в себе ослабляет сопротивление средовым влияниям. Повышенная чувствительность к замечаниям и критике окружающих в свой адрес делает их обидчивыми и ранимыми, они склонны не доверять своей индивидуальности.

Статистические различия по шкале «самопринятие» (Uэмр= 76, при p≤0,01) свидетельствуют о том, что люди, с ИБС склонны указывать на общий негативный фон восприятия себя, излишне критичны к себе. Недостаточно выражена симпатия к себе, которая проявляется эпизодически. Негативная оценка себя существует в разных формах: от описания себя в комическом свете до самоуничижения.

И так же, выявленные различия по шкале «самообвинения» (Uэмр=127,5, при p≤0,05), которые говорят о том, что больные с ИБС в первую очередь видят в себе недостатки, они готовы поставить себе в вину все свои промахи и неудачи. Проблемные ситуации, конфликты в сфере общения актуализируют сложившиеся психологические защиты, среди которых доминируют реакции защиты собственного "Я" в виде порицания, осуждения себя или привлечения смягчающих обстоятельств. Установка на самообвинение сопровождается развитием внутреннего напряжения, ощущением невозможности удовлетворения основных потребностей.

Не обнаружено статистических различий по шкалам «саморуководство», «самопривязанность» и «внутренняя конфликтность». Таким образом, можно сказать, что больные ИБС и люди с нормой здоровья, показывают одинаковые представление о себе, как об основном источнике собственной активности, результатов и достижений, об источнике развития собственной личности, подчеркивая доминирование либо собственного "Я", либо внешних обстоятельств. Так же можно отметить, что они в одинаковой степени проявляют стремление сохранить в неизменном виде свои качества, требования к себе. И главное, отсутствует наличие внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой, выраженность тенденций к самокопанию и рефлексии.

Результаты исследования особенностей самосознания больных ИБС и людей с нормой здоровья в пожилом возрасте (методика личностного дифференциала (адаптированная в НИИ им. В.М.Бехтерева)).

Обработав полученные данные, помещаем их в таблицу 2 (см. приложение Б).

Наглядно результаты представлены на рис. 2

*Рисунок 2- сравнение средних показателей по методики ЛД*

Из рисунка 2 видно, что значения по трем факторам: «оценка», «сила», «активность» более выражены в группе здоровых людей, в отличие от больных ИБС.

Проведя статистическую обработку, обнаружены различия по фактору «сила» (Uэмр=112,5, при p≤0,01). Больные с ИБС, имеют недостаточный самоконтроль, неспособны держаться принятой линии поведения, зависимы от внешних обстоятельств и оценок. Возможно проявление астенизации и тревожности. Во взаимных оценках выявляются отношения доминирования-подчинения, т.е. как они воспринимаются субъектом оценки.

Так же видно различия по фактору «активность» (Uэмр=112, при p≤0,01). Тем самым, можно говорить о том, что людям, с ИБС свойственна интровертированность, они пассивны, выражают спокойные эмоциональные реакции. Менее общительны и импульсивны. Во взаимных оценках отражаются восприятие людьми личностных особенностей друг друга.

По фактору «оценка» статистических различий не обнаружено.

Результаты исследования особенностей самосознания больных ИБС и людей с нормой здоровья в пожилом возрасте (шкала самоуважения [Розенберга](http://psycabi.net/testy/446-test-shkala-doveriya-m-rozenberga-metodika-vera-v-lyudej-ekspress-diagnostika)).

Обработав полученные данные, помещаем их в таблицу 3 (см. приложение В).

Наглядно результаты представлены на рис. 3

*Рисунок 3- сравнение средних показателей по шкале самоуважения Розенберга*

Из рисунка 3 видно, что уровень самоуважения значительно преобладает в группе людей, не имеющих заболевания ИБС.

Проведя статистическую обработку полученных результатов (Uэмр=131, при p≤0,05), можно отметить, что у людей, с диагнозом ИБС уровень самоуважения значительно ниже, чем у здоровой группы. У них балансирует самоунижение и самоуважение, т.е. успехи поднимают их самоуважение, а неудачи подпитывают низкую самооценку. Им свойственно во всем плохом винить себя, видеть только свои недостатки и акцентировать внимание только на своих слабых сторонах.

**ВЫВОДЫ**

Полученные в ходе нашего исследования результаты позволяют сделать следующие выводы:

* людям с ИБС свойственно защитное поведение личности, желание соответствовать общепринятым нормам поведения и взаимоотношений с окружающими людьми; они более критичны к своему «Я» (низкая самооценка, неуверенность в себе и самоунижение), в отличие от людей с нормой здоровья;
* люди, с диагнозом ИБС, являются интровертами, они закрыты, необщительны, пассивны и эмоционально спокойны, так же отмечается недостаточный самоконтроль, зависимость от внешних обстоятельств и оценок, в отличие от людей с нормой здоровья;
* больным ИБС свойственно воспринимать себя на общем негативном фоне, видеть только свои недостатки и акцентировать внимание только на своих слабых сторонах, т.е. у них низкий уровень самоуважения, в отличие от людей с нормой здоровья.

Таким образом, полученные результаты свиде­тельствуют о наличии ярко выраженных различий в структуре самосознания людей с диагнозом ИБС и людей, не имеющих данное заболевание.

Цель исследования достигнута, поставленные задачи выполнены. Выдвинутая гипотеза подтвердилась.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Абабков В А. Выбор психотерапии: анализ литературы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. - Т. 106. - № 11. - С. 72-75.
2. Айвазян Т.А. Основные принципы психокоррекции при гипертонической болезни // Атмосфера. 2002. - Т. 1. - № 2. - С.5-7.
3. Акимова Е.В., Кузнецов В.А., Гафаров В.В. Факторы риска ишемической болезни сердца в открытой популяции Тюмени // Кардиология. 2005. - Т. 45. - №5 - С. 58.
4. Анастази А., Урбина С. Психологическое тестирование. Санкт-Петербург. 2001. - С. 383-389.
5. Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник. Москва. 1996. - С. 62-80.
6. Международный медицинский журнал. 2000. — № 2. — С. 105-113.
7. 2. Значение поведенческих особенностей в лечении пациентов
с ишемической болезнью сердца /А.А. Скоромец, В.Г. Радченко,
В.Н. Федорец // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 6. – С. 47-49.
8. Психосоматические особенности пациентов старческого возраста
с ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью /
В.Н. Федорец, И.В. Вологдина, О.Н. Симонова, Е.Г. Порошина //Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им.
И.И. Мечникова. – 2008. – №4, – С. 92-96.
9. Федорец В.Н.  ИБС  у больных пожилого возраста с поведенческим типом А (психосоциальные, клинико-функциональные изменения, возможности коррекции) /В.Н. Федорец  //Успехи геронтологии. – 2011. – Т.24,  №1.
10. Коронароангиографическая картина у больных ИБС пожилого возраста с поведенческим типом А /К.Л. Козлов, А.А. Скоромец, В.Н. Федорец, Н.С. Казанцева, Н.А. Груздев //Успехи геронтологии. – 2011. – Т.24,  №2.
11. 19. Взаимосвязь поведенческих особенностей личности и состояния коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца /
В.Н. Федорец, В.Г. Радченко, А.А. Скоромец, К.Л. Козлов //Учебно-методические рекомендации. – СПб. – 2004. – 24 с.
12. Психосоматические и поведенческие проблемы у больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста /К.Л. Козлов, В.Н. Федорец, А.В. Кузнецов //Проблемы геронтологии и гериатрии – 2004. Матер. 2-й республиканской научно-практической конференции
с международным участием. Сыктывкар, 27-28 мая 2004 г. – С. 44-45.
13. Качество жизни больного пожилого и старческого возраста с ИБС после частичной реваскуляризации миокарда /Н.В. Петрова, К.Л. Козлов, В.Н. Федорец, Ю.С. Титков, А.Ю. Титков, Д.А. Коротков, Е.В. Прокофьева // Актуальные вопросы внутренних болезней. Сборник посвящен памяти профессора А.А. Кедрова. Санкт-Петербург, 2005 г. – С. 25-30.
14. Федорец В.Н. Психосоматические и поведенческие аспекты ИБС
у больных пожилого и старческого возраста /В.Н. Федорец, Н.С. Казанцева // Пушковские чтения. Тез.  докл. I-ой научно-практической конференции
с международным участием, посвященной памяти Э.С. Пушковой. Санкт-Петербург, 2005 г. – С. 108-109.
15. Blumenthal J.A., Wei J. Psychobehavioral treatment in cardiac rehabilitation // Cardiol. Clin. 1993. № 2. - P. 323-331.
16. Blumenthal J.A., Jiang W., Waugh R.A. Mental stress induced ischemia in the laboratory and ambulatory ischemia during life. Assotiation and hemodynamic features // Circulation. - 1995. -Vol. 92. - P. 2102-2109.
17. Boekeloo B.O., Mamon J.A., Evart C.K. Identifmg coronaryprone behaviour in adolescent using the Bortner scale self-rating scale // J. Chron. Dis. 1987. - Vol. 40 - №8. - P. 785-793.
18. Bonetti P.O., Lerman L.O., Lerman A. Endothelial dysfunction: a marker of atherosclerotic risk // Arterioscler. Thromb. Vase. Biol. 2003. - Vol. 23-№2.-P. 168-175.
19. Bortner R.W., Rosenman R.H. The measurement of pattern A behaviour // J. Chron. Dis. 1967. - Vol. 20. - №6. - P. 525-532.
20. Denoller J., Brutsaert D.L. Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease // Circulation. 2001. - Vol. 104. - P. 2018.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

Приложение А

*Таблица 1 – Ранжирование показателей МИС Пантелеева*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ГруппыШкалы | IСумма рангов | IIСумма рангов | Статистические данные |
| Uэмп. | Uкр. |
| Закрытость | 500,5 | 319,5 | 109,5\* | 114 |
| Самоуверенность | 294,5 | 525,5 | 84,5\* | 114 |
| Саморуководство | 423 | 397 | 187 | - |
| Отраженное самоотношение | 331,5 | 488,5 | 121,5\*\* | 138 |
| Самоценность | 333,5 | 486,5 | 123\*\* | 138 |
| Самопринятие | 286 | 460 | 76\* | 114 |
| Самопривязанность | 409 | 411 | 199 | - |
| Внутренняя конфликтность | 464,5 | 355,5 | 145,5 | - |
| Самообвинение | 482,5 | 337,5 | 127,5\*\* | 138 |

\* - ρ<0,01 – различия на уровне тенденции

\*\* - ρ<0,05 – различия на уровне тенденции

Приложение Б

*Таблица 1 – Ранжирование показателей ЛД Бехтерева*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ГруппыФакторы | IСумма рангов | IIСумма рангов | Статистические данные |
| Uэмп. | Uкр. |
| Оценка | 411,5 | 408,5 | 198,5 | - |
| Сила | 322,5 | 397,5 | 1112,5\* | 114 |
| Активность | 322 | 498 | 112\* | 144 |

\* - ρ<0,01 – различия на уровне тенденции

\*\* - ρ<0,05 – различия на уровне тенденции

Приложение В

*Таблица 1 – Ранжирование по шкале самоуважение Розенберга*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ГруппыШкала | IСумма рангов | IIСумма рангов | Статистические данные |
| Uэмп. | Uкр. |
| Самоуважение | 341 | 464,5 | 131\*\* | 138 |

\* - ρ<0,01 – различия на уровне тенденции

\*\* - ρ<0,05 – различия на уровне тенденции