

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” - ВАРНА
ФАКУЛТЕТ ПО МЕДИЦИНА
КАТЕДРА ПО ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ

АНЕТА ДРАГОТИНОВА МИШЕВА

**Личностни предиктори за поява на
прехипертония**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА
ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”**

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:

ПРОФ. Д-Р РИНАЛДО ШИШКОВ, Д.М.Н.
ПРОФ. ИВАНКА БОНЧЕВА, Д.ПС.

ОФИЦИАЛНИ РЕЦЕНЗЕНТИ:

ДОЦ. ПАВЛИНА ПЕТКОВА, Д.М.
ДОЦ. Д-Р ПЕТЪР МАРИНОВ, Д.М.

Дисертационният труд е с обем 202 стандартни страници, включително библиография и приложение от методичния материал. Онагледен е с 38 таблици и 34 фигури. Номерата на включените в автореферата фигури и таблици съвпадат с тези в дисертационния труд.

Библиографията съдържа 170 източника, от които 34 на кирилица и 136 на латиница.

Официалната защита ще се проведе на 2014 г. от часа в Аудитория „Проф. д-р Владимир Иванов” на УМБАЛ „Св. Марина” – Варна.

Материалите по защитата се намират на разположение в отдел „Научна дейност и кариерно развитие” на МУ Варна.

СЪДЪРЖАНИЕ

Използвани съкращения.....	4
I. ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
II. СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ.....	8
Цел и задачи.....	8
Хипотези.....	8
Методи на изследването.....	9
Контингент.....	11
Резултати.....	12
III. АНАЛИЗ И ОБСЪЖДАНЕ.....	30
Анализ.....	30
Обсъждане.....	37
IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	51
V. ИЗВОДИ.....	54
VI. ПРИНОСИ.....	55
Публикации.....	56

Използвани съкращения

АН – артериално налягане

АКТХ – адренокортикотропен хормон

ЖЗС – жизнено-значими събития

ИБС – исхемична болест на сърцето

КРХ – кортикотропин рилизинг хормон

КФ – камерна фибрилация

КФТ – картинно-фрустрационен тест

МС – метаболитен синдром

ОМИ – остър инфаркт на миокарда

ОС: Х-Х-Н.ЖЛ – Хипофиза-Хипоталамус-Надбъбречна жлеза

СЗО – Световна здравна организация

ССЗ – сърдечно-съдови заболявания

ХБЗ – хронични бъбречни заболявания

ВМІ – индекс на телесната маса

JNC – ръководство за превенция, оценка и лечение на хипертония-
та в САЩ

SWB – субективно благосъстояние

WCH – хипертония на бялата престилка

I. ВЪВЕДЕНИЕ

По данни на Министерство на здравеопазването ССЗ са водеща причина за смъртност в света, а у нас на всеки 3-ма човека 2-ма умират от миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, сърдечна недостатъчност.

Медицинската наука доказва рисковите фактори за атеросклеротичния процес, който е в основата на ССЗ. Някои от факторите не могат да се контролират (възраст, пол, роднини със ССЗ), но други могат и сред тях високото кръвно налягане се поставя на първо място.

В последно време за сериозността на проблема алармират видни български кардиолози и според научни данни значително е снижена възрастта на българите, получили миокарден инфаркт.

Прехипертонията не е заболяване (Николов, 2010). Тя е първият стадий в развитието на хипертонията.

Понятието **прехипертония** се въвежда за пръв път през 2003 г. в САЩ и се разглежда в ръководството за превенция, оценка и лечение на хипертонията (Chobanian, Barkis, Black et al., 2003), публикувано от JNC-7 (Joint National committee on High Blood Pressure). Като прехипертонично кръвно налягане се определят стойностите 120-139/80-89 mm Hg, а като нормални - < 120/< 80 mm Hg. Ръководствата на Европейската кардиологична асоциация, на Световната здравна организация и на Британската лига по хипертония продължават да категоризират стойностите на артериалното налягане под 140/90 mm Hg като нормално и високо нормално артериално налягане, съотв. 120-129/80-84 mm Hg и 130-139/85-89 mm Hg.

Медицински параметри на понятието „Прехипертония”

Аргумент за въвеждане на категорията е фактът, че пациентите с прехипертония имат по-висок сърдечно-съдов риск – утроен риск за миокарден инфаркт (Qureshi et al., 2005), повишен риск от инсулт и сърдечна недостатъчност (Liszka et al., 2005). Прехипертонията е опосредстван фактор за развитие на ХБЗ (Brookes, 2009) и МС (Орбецова, Нико-

лов, 2011). Mulligan et al., (2009) доказват, че прехипертонията се явява самостоятелен рисков фактор за развитие на захарен диабет тип 2.

У нас над 30 % от възрастните имат прехипертония (Николов, 2010).

Психологически предиктори за прехипертония

Първите публикации, относно психологическите аспекти на прехипертонията, са свързани с начина, по който диагностицирането на състоянието прехипертония се възприема от хората. Viera, Lingley и Esserman (2010) проверяват дали етикета на прехипертоник оказва отрицателен ефект върху възприемането на здравето на пациентите и дали мотивира хората да приемат препоръките за подходящ начин на живот за предотвратяване на хипертония. Те доказват, че прехипертонията като етикетирание няма значение и извеждат тезата, че съществуването на това понятие в кардиологичната практика е само в полза на ранното откриване на хипертонията като болест.

Многобройни са проучванията, които разглеждат като водещ психологичен предиктор за ССЗ проявлението на гнева.

Екипът на Bonaguidi (2011) доказва, че високите нива на гняв при пациенти, преживели остър миокарден инфаркт (ОМИ), са свързани с повишен риск от поява на сърдечно събитие. В проучването им се акцентира на това, че **гневът е признат предиктор на нежелан изход при пациенти със сърдечно-съдови заболявания**. В потвърждение на данните на Bonaguidi е и друго проучване, в което Eaker и сътрудници (2004) доказват, че чертата гняв, симптомите на гнева и враждебността са предсказали инциденти от КФ за изследвания 10 год. период

Williams, Nieto & Sanford (2002) работят, за да докажат връзката между чертата гняв и риска от инцидентен инсулт. Резултатите показват, че **„чертата гняв е свързана с нарастващия риск от инцидентен инсулт”** в ARIC изследването между по-млади участници и такива с по-високи стойности на HDL холестерол.

Player, King, 3rd Mainous et al., (2007) работят по проучване, което се позовава на гнева като предиктор за ССЗ при хора с прехипертония. Те доказват, че **високите нива на чертата гняв, спрямо ниските и средните нива, в средната възраст на мъже с прехипертония, са били свързани с повишен риск да развият хипертония и инциденти на ИБС.**

Редица медико-психологични научни проучвания през последните години потвърждават „психосоматичния“ профил на хипертоника. Съвременните автори поставят акцент върху влиянието на чертата **гняв**; **неумението** на индивида да изнася навън личните агресивни емоции и да работи за адаптивно социално поведение, което да снижава физиологичния и психичен стрес.

Малкото на брой психосоматични научни разработки, налични главно в англоезичната литература, по отношение на прехипертонията се заключават до това, авторите да търсят близост/ еднаквост в поведението на прехипертоника и добре познатия профил (личност тип А) на хипертоника. Макар и резултатите да са откъслечни и недостатъчно убедителни, властва разбирането, че медицинската практика трябва да изостри вниманието си към своевременното откриване на специфични прояви на покачване на кръвното налягане, като например при „ситуативна хипертония“ или при т.н. „заучена хипертония“. Те се обсъждат като сигнали за продромалното развитие на бъдещата хипертония.

Научните разработки на психологичните аспекти на прехипертоничното състояние са оскъдни. Те се свеждат единствено до доказване и измерване на чертата гняв, и определяне на риска от развитие на сериозни сърдечно-съдови заболявания.

В българската научна литература до този момент не сме открили разработки на тази тема. Това възбуди научния ни интерес за проучване на връзката прехипертония и личностови особености.

II. СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

Цел

Поставената цел в настоящия научен труд е да се установят някои параметри на здравата личност, които могат да послужат като предиктори за възникване на състоянието „прехипертония”.

Ние приемаме, че „предиктори” за състоянието прехипертония са група от прогностични фактори, включващи психологични особености на личността, констатирани като водещи при болните от хипертония.

Задачи

1. Да се проучи статуса на социално функциониране на лицата с прехипертония;
2. Да се констатират параметрите на преживяване;
3. Да се регистрира ниво на агресивност и специфични копинг - стратегии при фрустрации;
4. Да се очертае степента и честотата на проявлението на чертата гняв.

Хипотези

Допускаме, че:

1. Между лицата с прехипертония и хипертониците съществуват прилики в засилената агресивност и неспособност за изява на агресивните импулси, потиснат гняв, както и в поставянето на високи изисквания към себе си и в това, че правят всичко в максимална степен;

2. Между лицата с прехипертония и контролните (зdravi) лица съществува разлика в стила на преживяване на житейските ситуации;

3. Съществува разлика в социалното общуване на лицата с прехипертония и контролните (зdravi) лица като неумението да делегират права и дефицитът на копинг - стратегии за удачно решаване на конфликти са характерни за прехипертониците;

4. Съществуват някои прилики между лицата с прехипертония и контролните (зdravi) лица, които могат да се разглеждат като ресурси, с които прехипертониците да останат в полето на здравите.

Методи на изследването

Приложихме следния методичен подход:

1. Собствена Анкетна карта

Картата е самостоятелно разработена за целите на изследването и включва индивидуалните данни на лицето за пол, възраст, образование, работа, семейно положение, коморбидност и измерените стойности на кръвното налягане.

2. Каргинно-фрустрационен тест на Розенцвайг (за възрастни)

Тестът изследва поведението на личността при ситуации на фрустрация (Кокошкарлова, 1984). Резултатите са обработени съгласно българския норматив на Мечков (1972, 1975 и 1977).

3. Скала за жизнено-значими събития

Използвахме скалата на Holmes & Rahe, (1967) като за целта на нашето изследване я модифицирахме: Изследваните лица попълват ЖЗС в рамките на преминалите 10 год. и дават лична прогноза за ЖЗС през предстоящите 12 месеца. В допълнение те отразяват интензивността на преживяване на съответното ЖЗС (3-силно; 2-умерено и 1-слабо), както и дали то е актуално в момента на провеждане на изследването.

4. Спилбъргър - скала „Черта гняв”.

Авторският въпросник на Спилбъргър (Charles D. Spielberger) е самооценъчен, насочен към честотата и степента на проявление на гнева, разглеждан като черта. Обработката на въпросника се базира на разбирането, че чертата гняв е устойчива характеристика на човека и обяснява индивидуалния начин на поведение и различието му от другите хора. Въпреки, че скалата не е валидизирана в България си позволихме да използваме този въпросник, защото е предпочетен в две от най-големите проучвания за доказване връзката на гнева и развитието на ССЗ (Williams et al., 2002; Player et al., 2007).

5. Статистически методи

Използвани са следните статистически методики, позволяващи преценка на социалното и индивидуално-психологично функциониране на личността на изследваните:

- Дисперсионен анализ (ANOVA, MANOVA) за проверка на хипотези за равенство между повече от две средни.
- Вариационен анализ за представяне на статистическото разсейване между случаите в изследваната съвкупност по разновидности на даден признак;
- Корелационен анализ за изучаване на коефициенти (корелации) между променливи.
- Сравнителен анализ (оценка на хипотези) – статистическо сравнение на резултатите, за да се представи разликата между изследваните групи от признаци;
- Cronbach's Alpha – изчисляване на коефициент за вътрешна консистентност на скалите.

Данните са обработени статистически чрез SPSS v. 17, като са използвани описателни показатели за количествени и качествени променливи и са представени в табличен и графичен вид.

Контингент и социо-демографски характеристики

Изследването е проведено в периода 2011-2013 г. Обхванати са 230 млади лица на възраст 19-44 год. (по критериите на Световната Здравна Организация) от гр. В. Търново в практиката на общопрактикуващи лекари и лекари от Служба по трудова медицина, в рамките на проведените профилактични прегледи. От тях за 139 лица (60,40%) лекарите прецениха, че са в състояние на прехипертония. Отделно при 91 здрави лица (39,60 % от изследваните), които са без наличие на ССЗ, се измериха стойности на кръвното налягане в рамките на нормата. Стойностите на кръвното налягане при здравите лица също бяха констатирани от лекар.

За целите на изследването се оформиха 2 основни прехипертонични подгрупи /А и А¹/ - 19-29 г. и 30-44 г., както и контролните здрави групи /Б и Б¹/.

а/ Група А – основна; възраст 19-29 г. , в две подгрупи:

- I А група от 27 жени с прехипертония
- II А група от 46 мъже с прехипертония

б/ Група Б – контролна - здрави лица на същата възраст, в две подгрупи:

- I Б група от 31 жени
- II Б група от 24 мъже

в/ Група А¹ - основна; възраст 30-44 г., в две подгрупи :

- III А¹ група от 27 жени с прехипертония
- IV А¹ група от 39 мъже с прехипертония

г/ Група Б¹ - контролна - здрави лица на същата възраст, в две подгрупи:

- III Б¹ група от 26 жени
- IV Б¹ група от 10 мъже

Критерии за включване в проучването бяха възраст (млада по СЗО) и стойностите на кръвното налягане.

РЕЗУЛТАТИ

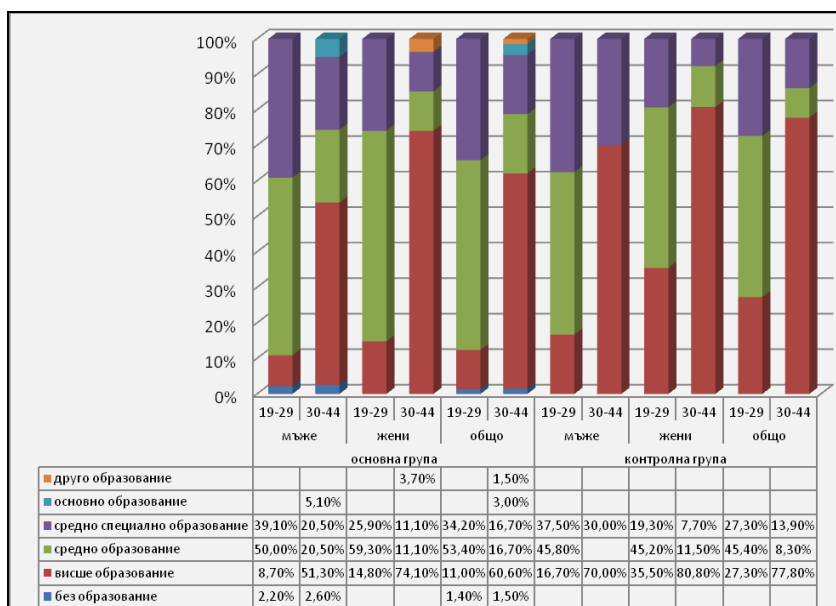
1. Статус на социално функциониране (Демографски фактори)

ОСНОВНА ГРУПА

В основната група беше намерена силна зависимост между **трудова заетост**, пола и възрастта ($r = 0,74$ $p < 0,001$), а в контролната група зависимостта е значителна ($r = 0,59$ $p < 0,001$).

Анализа на **образованието** по възраст показва, че има съществена разлика между двете възрастови групи в основната група ($p < 0,001$), като беше доказана и умерена зависимост ($r = 0,33$ $p < 0,001$) между образованието и възрастта. Според резултатите (фиг. 2) в основната

Фиг. 2. Образование по пол и възраст



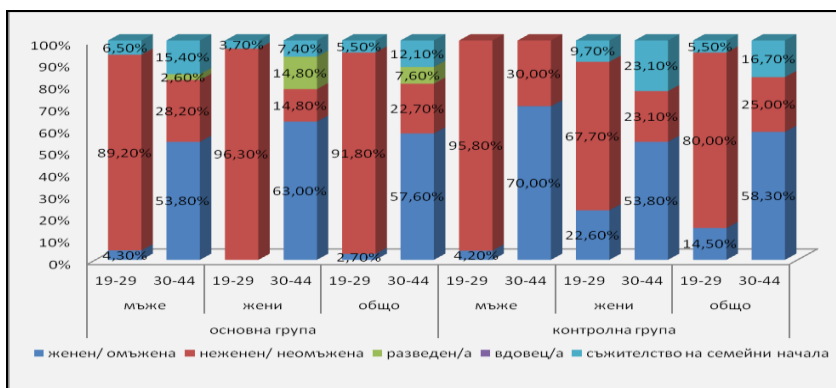
група представителите във възрастовата група 19 – 29 г. имат предимно средно образование (53,40 %), докато по-възрастните представители в

по-голямата си част са висшисти (60,60 %). Подобна е тенденцията както при мъжете, така и при жените. Единствено в основната група има мъже без образование - 2,20 % при 19-29 г. и 2,60% при 30-44 г., както и група с основно образование – 5,10 % при възрастта 30-44 г. Единствено прехипертоничните 30-44 годишни жени са посочили, че имат друго образование като най-често това е полувисше образование (3,70%). Прехипертониците имат по-нисък образователен ценз, в сравнение със здравите (фиг. 2). Учащите млади жени в основната група са повече(96,30%), отколкото в контролната(71%).

В основната група беше намерена значителна зависимост ($r = 0,66$ $p < 0,001$) между **семейното положение** и възрастта, като във възрастовата група 19-29 г. преобладават несемейните представители (91,80 %) - повече от контролите (80%), докато в по-горната възрастова група преобладават женените представители (57,60 %) - по-малко от контролите (58,30%)(фиг. 4).

Разглеждането на семейното положение по полов признак в основната група показва, че има съществена разлика и значителна зависимост ($r = 0,58$ $p < 0,001$) между възраст и семейно положение при мъжете, като младите мъже са по-скоро необвързани (89,20 %), докато по-възрастните мъже са женени (53,80 %)(фиг. 4).

Фиг. 4. Семейно положение по пол и възраст



При жените също се наблюдава разлика при двете възрастови групи, но се констатира по-силна зависимост ($r = 0,77$ $p < 0,001$). Помладите жени са необвързани (96,30 %), докато по-възрастните са в повечето случаи омъжени (63 %) (фиг. 4).

Единствено в тази група има представители, които са разведени, респ. 2,60 % мъже на възраст 30-44 г. и 14,80 % жени на възраст 30-44 г.

В категорията живеещи на семейни начала мъжете във възрастта 30-44 г. имат сравнително висок дял, който ги поставя на второ място по този показател (фиг. 4).

В информацията от основната група (табл. 1) прави впечатление, че най-висока **заболеваемост** има при жени (25,90%) на възраст 30-44 г., където алергията е водеща (7,40%), следвана от главоболие, тиреодит на Хашимото, миомотозен възел, хроничен бронхит и неврологично заболяване (3,70%).

Табл. 1. Заболяваемост по пол и възраст (основна/контролна групи)

Заболяване	Жени		Мъже	
	19 - 29	30 – 44	19 - 29	30 - 44
Групи	Основна/Контр	Основна/Контр	Основна/Контр	Основна/Контр
Основно заболяване	7,40 % / 3,20%	25,90% /15,40%	10,90 %/ 4,20%	20,50 % / 10%
Второ заболяване	0% / 0%	7,40% / 0%	0% / 0%	5,20% / 0%

Мъжете във възрастта 30-44 г. са втори по заболеваемост (20,50%). При тях водещи са язва на стомаха и дванадесетопръстника (5,10%). Втори по честота при тях са синусит, депресия, тиреодит на Хашимото, стеатоза на черния дроб, хепатити „С” и „В” и гастрит (2,60%). Трети по заболеваемост са мъжете във възрастта 19-29 г. (10,90%). Те са посочили, че най-много страдат от псориазис (4,30%), следвани от алергия, главоболие и атопичен дерматит (2,20 %). На четвърто място по заболеваемост са жените във възрастта 19-29 г. (7,40%) с две водещи заболявания - желязодефицитна анемия (3,70%) и захарен диабет (3,70%). Като второ съпровождащо заболяване (**коморбидност**) отново жените от основната група на възраст 30-44 г. са водещи

(7,40%). Те са посочили две заболявания с равна честота – синусит и тахикардия (3,70%). Втори са мъжете във възрастта 30-44 г. (5,20%), посочили други две заболявания с равна честота, но с по-ниска степен от жените – злоупотреба с алкохол и „прескачане” на сърцето (2,60%). В контролната група липсва коморбидност.

Второ заболяване има само в основната група - при по-възрастните мъже и жени

Средната продължителност на първо и второ заболяване в основната група е по-кратка (1-12,5 г.), в сравнение с контролната група (10-14-16 и 30 г.).

При представителите от контролната група няма хора с второ заболяване освен основното.

Относно заболяемостта между основната и контролната групи са видни следните **разлики**: Прехипертоничните жени във възрастта 30-44 г. страдат най-много от алергия, докато здравите жени от същата възрастова група изобщо не са го посочили като заболяване. При здравите по-възрастни жени водещи са гастрит, главоболие, пиелонефрит и нефролитиаза. Алергията е водеща и при 30-44 годишните здрави мъже, докато при прехипертоничните мъже на същата възраст тя изобщо не е посочена. По-възрастните мъже с прехипертония страдат от язва на стомаха и дванадесетопръстника. Разлики във водещите заболявания има и при 19-29 годишните мъже. В основната група това е псориазиса, а при здравите – хепатити „С” и „В”. При 19-29 годишните жени от основната група първенството е на захарния диабет и желязодефицитната анемия, докато за здравите това е гастрита.

Съществена разлика беше констатирана по отношение на систоличното ($t = 19,02$; $p < 0,001$) и диастоличното ($t = 24,77$; $p < 0,001$) **кръвно налягане** на основната и контролната група. Средната стойност на систоличното кръвно налягане на контролната група е **109,68** \pm 8,40, докато тази на основната група е **128,82** \pm 6,77. Средната стойност на диастоличното кръвно налягане на основната група е **83,98** \pm 3,56, докато тази на контролната група е **70,00** \pm 4,98. Както се вижда средните стойности на кръвното налягане на основната група са по-високи, отколкото тези на контролната група.

1.1. Полово специфични разлики:

Наблюдава се съществена разлика ($\chi^2 = 12,46$ $p < 0,001$) при половото разпределение в контролната и основната група, като в основната група преобладават мъжете (61,20 %), докато в контролната група превес имат жените (62,60 %) - При равни за двата пола условия за включване в проучването (възраст и стойност на кръвното налягане) при профилактичните прегледи от служби по трудова медицина и лични лекари мъжете показаха по-високи стойности на кръвното налягане, което ги насочи към основната група. Обратното – повечето жени показаха нормални стойности на кръвното налягане и бяха насочени към контролната група.

По полов признак се наблюдава разлика в семейното положение ($p < 0,001$), като при мъжете се констатира силна зависимост ($r = 0,71$ $p < 0,001$), докато при жените е умерена ($r = 0,42$ $p < 0,001$).

При жените от основната група в двете възрастови подгрупи няма представителки с първо заболяване псориазис, atopичен дерматит, язва на стомаха/дванадесетопръстника, хепатити „С” и „В”, стеатоза на черния дроб, депресия и синусит. При мъжете от основната група в двете възрастови подгрупи няма представители с неврологично заболяване, захарен диабет и желязодефицитна анемия. Има различни по вид и с по-висока средна продължителност на вторите заболявания при по-възрастните мъже от основната група (2г. при „прескачане” на сърцето и 10 г. при злоупотреба с алкохол), отколкото при по-възрастните жени, също от основната група (1г. при тахикардия и 4 г. при синусит).

Жените и мъжете от контролната група в двете възрастови подгрупи имат различни заболявания с различна продължителност. Жените не боледуват от алергия и хепатити „С” и „В”, а мъжете - от главоболие, гастрит, нефролитиаза и пиелонефрит.

Съществена разлика в стойностите на систоличното ($p < 0,05$) и диастоличното ($p < 0,05$) кръвно налягане беше намерена и по отношение на **половия** признак като се констатира, че кръвното налягане при жените е с по-ниски стойности, отколкото при мъжете.

1.2. Разлики по възраст

Изследването на кръвното налягане по възрастов показател в основната и контролната групи показва, че съществена разлика ($p < 0,05$) има само за диастоличното кръвно налягане, като по-младата възрастова група има по-ниски средни стойности в сравнение с по-възрастните представители на основната група. При жените тази разлика не е съществена - в основната група при по-възрастните, в сравнение с по-младите жени, се констатираха малко по-високи средните стойности на систоличното кръвно налягане (с 2,75 mmHg).

По-възрастните представители в по-голямата си част работят. В контролната група трудовата заетост е по-висока – 97,20%. За основната група тя е 88,90%. В основната група на 30-44 годишните мъже и жени прави впечатление по-високият процент на трудова незаетост (2,60 за мъжете и 11,10 за жените) в сравнение с контролната група (0% за мъжете и 3,80% за жените).

Преобладаващо мъжете и при жените в млада възраст са необвързани. Те са най-много в основната женска група във възрастта 19-29г. (96,30%), следвани от контролната мъжка група в същата възраст (95,80 %), основната мъжка група на 19-29 годишните (89,20 %) и четвърти с 67,70 % са контролните жени във възрастта 19-29 г. Докато в по-горната възрастова група на 30-44 годишните преобладава процента на семейните представители като първенци са мъжете от контролната група (70 %), втори са жените от основната група (63 %), а третото място си разделят мъжете от основната и жените от контролната групи (53,80 %).

2. Параметри на преживяване – Жизнено-значими събития

ОСНОВНА ГРУПА

От табл. 10 е видно, че броят на преживените ЖЗС в основната група е по-голям, отколкото в контролната група (с изключение на младите жени) като най-голям относителен брой има в подскала „Личен

живот”. Статистически значими разлики ($p < 0,05$) се доказаха в под-
скала „Семейство” при мъжете и от двете възрастови групи.

Табл. 10. Честота на преживените жизнено-значими събития(ЖЗС)

			Общ резултат	ЖЗС „Семейство”	ЖЗС „Личен живот”	ЖЗС „Работа”
Основна група	Жени	19 – 29	51,20 %	14,30 %	83,30 %	45,50 %
		30 - 44	90,70 %	85,70 %	100,00 %	50,00 %
	Мъже	19 – 29	76,70 %	42,80 %	94,40 %	90,90 %
		30 – 44	86,00 %	85,70 %	88,80 %	81,80 %
Контр. група	Жени	19 – 29	86,00 %	71,40 %	94,40 %	90,90 %
		30 - 44	79,10 %	71,40 %	88,80 %	72,70 %
	Мъже	19 – 29	67,40 %	50,00%	72,20 %	81,80 %
		30 - 44	51,20 %	21,40 %	77,70 %	45,50 %

Прехипертоничните по-възрастни мъже преживяват по-голям брой ЖЗС (85,70%), отколкото здравите (21,40%), а 19-29 годишните мъже ги преживяват с най-голяма сила. При младите мъже се констатира и умерена зависимост ($r = 0,33$) между повишените стойности на кръвното налягане и силата на преживяване на ЖЗС от подскала „Семейство”. Статистически достоверна разлика ($p < 0,05$) при жените и от двете възрастови групи беше намерена за ЖЗС в подскала „Работа” като жените от основните групи са преживяли по-малко на брой събития в сравнение с контролните. При по-възрастните жени беше намерена съществена разлика ($p < 0,05$) в силата на преживяване на ЖЗС в подскала „Семейство” като за тези от основната група те имат по-малко значение в сравнение с контролната.

От „Смяна на професия или месторабота” се вълнуват всички 4 подгрупи представители на основната група, а в контролната – само 2 от подгрупите. Само представителите на основната група преживяват в момента ЖЗС „Уволнение, съкращение” и „Повишение, понижение в работата”. От „Промяна в службата (сливане, реорганизация, конкурс) се интересуват повече представители на основната група като при 30-44 г. жени процентът е 11,10%), а при мъже от същата възрастова група той е 5%), докато при 19-29 годишните мъже той е само 2,20%.

ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖЗС в основната група

Като цяло жизнените събития се преживяват по-дълго сред представителите на основната група в сравнение с контролната.

Жизнените събития, преживявани най-дълго от всички изследвани в извадката са от подскала „Работа” като „Начало на служебната дейност” по-възрастните мъже от основната група са преживявали между 5г., 5 м. и 15 дни По-възрастните представителки с повишени стойности на кръвното налягане са преживявали събитието „Смяна на професията или местоработата” 4г. Също толкова време мъжете са преживявали „Неприятности с началник”. Трето по продължителност отново е събитието „Начало на служебната дейност”, което се преживява средно 3г., а от по-възрастните жени от основната група само 9 месеца.

Най-кратко младите жени от основната група преживяват „Смяна на училище или ВУЗ” – само 2 месеца.

Изследваните мъже и жени от основната група (млади и по-възрастни) по-дълго преживяват и ЖС, които са от значение и за двете групи (основна и контролна). При жените от основната група първенството е за ЖЗС „Смяна на професия или месторабота” като за 19-29 годишните е 1 г., 11 м., а за 30-44 годишните - 4г.

Може да се каже, че възрастните представители от основната група по-дълго преживяват, отколкото тези в по-млада възраст.

В подскала „Семейство” жените от основната група преживяват повече на брой ЖЗС (10 в момента и 12 за целия период), докато при мъжете са по-малко (7 за момента и 11 за целия период). Повече жени от двете възрастови групи в момента преживяват ЖС „Болест или отклонение в поведението на член на семейството” (7,40%), докато мъжете са по-малко. „Смърт на родители или близък роднина” преживяват повече жени от основната група в двата възрастови сегмента и младите прехипертонични мъже. Само 30-44 г. жени с прехипертония преживяват в момента на изследването „Развод”(7,40%), а 30-44 г. мъже от основната група - „Раздяла със съпругата без развод”(2,50%). „Промяна в честотата на разправиите

със съпруга” (7,40%), „Сключването на брак” (3,70%) и „Начало или край на служебната дейност на съпруга” (3,70%) са характерни преживявания само за по-възрастните жени от основната група. В подскала „Семейство” има много по-голяма средна продължителност (особено при 30-44 годишните жени).

В подскала „Личен живот” се отразяват повече на брой събития (17). Всичките 4 подгрупи в основната група преживяват в момента събитията „Лична болест или лично нараняване” и „Промяна в доходите”, което е различно от контролната. Общо преживяване с контролната група имат по отношение на „Голям личен успех”, но с по-малък брой участващи. Три подгрупи съобщават за сексуални затруднения, докато при контролите няма преживяващи такова събитие в момента. 30-44 годишните жени преживяват юридическо провинение. В контролната група такова липсва.

Характерно за средна продължителност на преживяване за представителите на основната група(жени 19-29 г., мъже 19-29 г., жени 30-44 г.) е по-дългото преживяване на водещите събития, с изключение на 30-44 г. мъже от основната група.

2.1. Възрастови характеристики

Табл.11. Степен на висока значимост на ЖЗС, ($P < 0,05$) - жени, основна група

ЖЗС/Възраст	19-29 г.	30-44 г.
Промяна в доходите	37,50 %	80 % ($r = 0,45$)
Промяна в ритъма на съня	0 %	71,40 % ($r = 0,73$)
Промяна навиците на хранене	0 %	60 %

При жените от основната група (табл. 11) има съществена разлика по отношение на жизненото събитие „Промяна в доходите” ($p < 0,05$). Младите жени преживяват това събитие с лекота – за 12,50% то е свързано с леко преживяване, за 50,00% - с умерено и за 37,50% преживяването е силно. 20,00% от по-възрастните жени преживяват

събитието умерено, а всички останали 80,00% - изключително силно. Констатира се и умерена зависимост ($r = 0,45$; $p < 0,05$).

„Промяната в ритъма на съня” показва съществена разлика при жените от основната група ($p < 0,05$) като 100% от по-младите жени преживяват това събитие умерено, докато по-възрастните - силно (71,40%). Констатира се също наличие на силна зависимост ($r = 0,73$; $p < 0,05$) показваща, че с напредването на възрастта промяната в ритъма на съня придобива по-голяма значимост.

Разлика в основната група на жените беше намерена и по отношение на събитието „Промяната в навиците на хранене” ($p < 0,05$). По-младите жени го преживяват по-скоро умерено (71,40 %), докато по-възрастните жени са посочили, че свързаните с това събитие преживявания са силни (60,00%).

В подскала „Работа” от „Започване или приключване на училище, ВУЗ” приоритетно се вълнуват 19-29 годишните - най-много са сред здравите мъже (20,80%), здравите жени (19,40%), следвани от прехипертоничните жени (11,10%) и мъжете (7,40%). Същото се отнася и до „Смяна на училище или ВУЗ”: здравите мъже - 8,30%; здравите жени - 6,50%, следвани от прехипертоничните мъже (2,20%).

От „Промяна в продължителността на работното време” в момента се вълнуват по-възрастните представители на извадката – 30-44 годишните здрави мъже (10%) и здрави жени (7,70%), прехипертоничните мъже (5%) и жени от основна група (3,70%). В подскала „Семейство” ЖЗС „Раждане на дете или внуче, осиновяване, приемане на майка, баща, свекър/ва” приоритетно в момента преживяват по-възрастните представители от двете групи – прехипертоничните жени (7,40%), здравите мъже (7,40%), здравите жени (3,80%) и прехипертоничните мъже (2,50%). „Повече или по-малко контакти от обикновено със съпруг/а или деца” преживяват прехипертоничните жени (7,40%), здравите мъже (7,40%), здравите жени (3,80%) и прехипертоничните мъже (2,50%). Единствено представителите на 30-44 годишните преживяват събитието „Неприятности с роднините на съпруг/а”: при прехипертоничните жени

- 3,70%, при здравите мъже (3,70%), при здравите жени (3,80%) и при прехипертоничните мъже (5,00%).

Средната продължителност на преживяванията на ЖСЗ от тази подскала е по-голяма при 30-44 годишните в сравнение с 19-29 годишните.

В подскала „Личен живот” 30-44 годишните преживяват повече на брой събития, отколкото 19-29 годишните. Най-много са при 30-44 годишните жени от основната група (17), при 19-29 годишните мъже от основната група (13), при 30-44 годишните мъже от контролната група (12), при 19-29 годишните жени от контролната група (10) и при 30-44 годишните мъже от основна група (8). Най-малко (по 7) са при 19-29 годишните жени от основна група и 19-29 годишните мъже от контролната група. ЖСЗ „Промяната в доходите” вълнува 30-44 годишните мъже от контролна група (20%) и 30-44 г. от основна група (17,50 %) и 30-44 г. жени основна група (14,80 %).

По-възрастните изследвани също съобщават, че в момента повече се вълнуват от „Лична болест или лично нараняване”: жени от основната група - 14,80%; по 10% от мъжете от основната и контролната групи. От „Промяна в стандарта на живот” притеснения имат 10% от здравите мъже, 7,50% от прехипертоничните мъже, 7,40% от прехипертоничните жени и 3,80% от здравите жени. „Нова година или друг празник, свързан със значително повече приятни или неприятни преживявания от обикновено” коментират 11,10% от 30-44 годишните жени от основната група; 10% от 30-44 годишните мъже от контролната група; 7,70% от 30-44 годишните жени от контролната група и 2,50% от 30-44 годишните мъже от основната група.

От „Смяната на жилище или местоживеене” се вълнуват повече млади изследвани лица: 19-29 годишни жени от основната група в 14,80%; 19-29 годишни жени от контролната група – в 12,90%; 19-29 годишни здрави мъже в 8,30% и 19-29 годишни жени от основната група – в 4,30%.

Средната продължителност на преживяване в тази подскала е по-голяма при по-възрастните, възрастово специфично.

2.2. Полови различия

В подскала „Семейство” в момента на изследването ЖЗС се приживяват от най-голям брой от по-възрастните жени от основната група и мъже от контролната (всяко по 7,40%). Това са събитията „Развод”, „Смърт на родители или близък роднина”, „Болест или отклонение в поведението на член на семейството”, „Раждане на дете или внуче, осиновяване, приемане на майка, баща, свекър/ва”, „Промяна в честотата на разправиите със съпруг/а – повече или по-малко разправии за деца, вещи, навици” и „Повече или по-малко контакти със съпруг/а или децата от обикновено”. Средната продължителност на преживяванията на ЖЗС в тази подскала е висока при 30-44 годишните жени от основната група.

В подскала „Личен живот”, ЖЗС „Голям личен успех” касае повече здравите мъже на възраст 19-29 г. (16,70 %); 30-44 годишните здрави мъже (10%); 19-29 годишните мъже от основната група (6,50%) и 30-44 годишните прехипертонични мъже (5,00%). „Промяна на навиките за хранене” касае повече жените: 19-29 годишните здрави жени (19,40%); 30-44 годишните здрави жени (11,50%); 30-44 годишните прехипертонични жени (11,10 %) и 19-29 годишните жени от основната група (3,70%).

3. Ниво на агресивност и специфични копинг-стратегии при фрустрации

ОСНОВНА ГРУПА

В таблица 23 са представени най-общите данни за всяка една основна група като суми от категориите и факторите от Картинно-фрустрационният тест(КФТ) на Розенцвайг.

Екстрапунитивното отношение към фрустратора е леко понижено (2), отношението към събитието е нормално до леко повишено (3-4), а отношението към мерките за ликвидиране на събитието(е) е нормално (3).

Табл. 23. Нормативни стойности на категориите и факторите в КФТ на Розенцвайг в основната група

Изследвани	Лица с прехипертония			
	19-29 г.		30-44 г.	
Възраст	Ж	М	Ж	М
Категории (Сума)				
ЕКСТРАПУНИТИВНОСТ(Е)	2	2	3	2
ИНТРАПУНИТИВНОСТ(І)	4	3	3	3
ИМПУНИТИВНОСТ(М)	3	4	3	4
Фактори (Сума)				
ОТНОШЕНИЕ КЪМ СЪБИТИЕТО	4	4 (P<0,02)	4	4
ОТНОШЕНИЕ КЪМ ФРУСТРАТОРА	2	1	1	1
ОТНОШЕНИЕ КЪМ МЕРКИТЕ ЗА ЛИКВИДИРАНЕ	3	3 (P<0,05)	3	4 (P<0,05)
<u>Е</u>	3	3	3	3 (P<0,05)
Е – <u>Е</u>	3	2	2	2
<u>І</u>	3 (P<0,01)	3	3	3
І – <u>І</u>	5 (P<0,05)	3	3	3

Легенда: 3= Норма,

2 = Леко понижение, 1 = Умерено понижение, 0 = Силно понижение

4 = Леко повишение, 5 = Умерено повишение, 6 = Силно повишение

Интрапунивното отношение към събитието е леко повишено (4), отношението към фрустратора е нормално до леко повишено (3-4), а към мерките за ликвидиране на събитието е нормално (3).

Импунитивното отношение към събитието е повишено – от леко (4) до умерено (5), с изключение на 30-44 годишните жени (3). Отношението към фрустратора е леко намалено до нормално (2-3) и отношението към мерките за ликвидиране на събитието е нормално до леко повишено (3-4).

Сумата от отношенията към събитията (S-O-D) е леко повишено (4). Сумата от отношенията към фрустратора (S-E-D) е умерено до леко понижено (2-1), а сумата от отношенията към мерките за ликвидиране на събитията показва от нормални до леко повишени стойности (3-4).

Данните за чистата агресия сочат убедително леко понижение (2).

3.1. Възрастови особености

Импунитивното отношение към фрустратора при младата прехипертонична група (жени и мъже) е леко понижено (2) като при жените има статистическа разлика ($p < 0,03$).

3.2. Полово специфични разлики

Интрапунитивното отношение към мерките за ликвидиране на събитието е нормално(3) при всички изследвани жени и при прехипертоничните мъже в двете възрасти, и вариращо при здравите мъже (от леко понижено за 30-44 г. до леко повишено при 19-29 г.).

Импунитивното отношение към мерките за ликвидиране на събитието е нормално(3) при всички изследвани жени, при прехипертоничните млади мъже и при здравите 30-44 г. мъже. При 30-44 г. мъже от осн. група е леко повишено, както и при здравите 19-29 г. мъже). Сумата от факторите за импунитивност е нормална за всички жени и здравите 19-29 г. мъже и умерено повишена(4) при всички 30-44 г. мъже и здрави 19-29 мъже.

4. Степен и честота на проявление на чертата гняв

ОСНОВНА ГРУПА

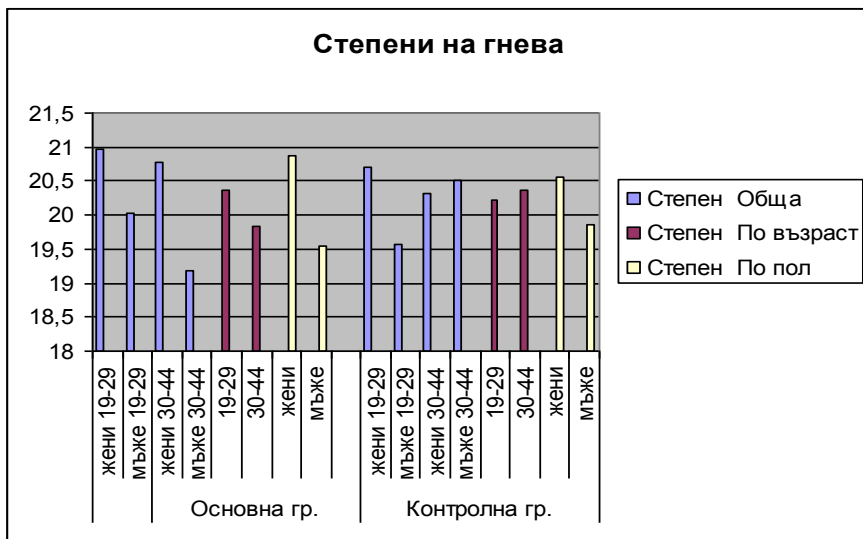
4.1. Степен на гнева

Анализът на гнева според възрастта и пола (фиг. 18) показва, че средната стойност на гнева при жените от основната група на възраст

19-29 г. е най-високата сред изследваните със стойности $20,96 \pm 5,81$, а във възрастовата група 30-44 г. тя е втора и е $20,77 \pm 5,41$.

Средната стойност на гнева при мъжете от основната група на възраст 19-29 г.е шеста по значение и е $20,02 \pm 6,30$, а във възрастовата група 30-44 г. е най-ниска в изследваната категория с $19,18 \pm 5,59$.

Фиг.18. Степени на гнева



Съществена разлика ($p < 0,05$) се наблюдава по отношение на по-възрастните мъже като при мъжете от контролната група преобладава процента на високата степен (40%), в сравнение с процента на високата степен при прехипертониците (18%).

По отношение на трудовата заетост се наблюдава съществена разлика в средната стойност на гнева при младите жени в основната група по отношение на тяхната трудова заетост ($t = 2,09$; $p < 0,05$) като жените, които работят проявяват висока степен на гняв $26,25 \pm 9,60$, докато неработещите са по-умерени в гнева си $20,04 \pm 4,62$. В контролната група при младите жени също се регистрира съществена разлика в средната стойност на гнева ($t = 2,82$; $p < 0,01$), като

работещите жени попадат в категорията на умерения гняв $18,50 \pm 3,69$, докато неработещите се определят като високо гневни $22,52 \pm 4,14$ (фиг. 19).

Заболяванията показват поравно разпределение във високата степен (10 бр) и умерената степен (10 бр.) на гнева и само 3 бр. са в ниската степен.

Фиг. 19. Степен на гнева във връзка с работата при 19-29 годишни жени



По отношение на семейния статус при жените се констатира съществена разлика в степента на гняв при по-възрастните жени от основната група ($p < 0,05$), като несемейните са по-гневни (75,00%), отколкото останалите групи. Разлика има и при по-възрастните жени от контролната група ($p < 0,05$), като тук семейните са с най-висока степен на гнева (57,20%). Сравнени по семеен и възрастов показател може да се каже, че по-възрастните жени показват по-високи степени на гнева(неомъжени и живеещи на семейни начала), отколкото по-младите в основната група ($p < 0,05$), а в контролната група ситуацията е обратна - по-младите(неомъжени и живеещи на семейни начала) са по-гневни от по-възрастните жени. Разлика се наблюдава и при по-възрастните мъже. Тези от контролната група(неженените) са по-гневни от другите ($p < 0,05$).

4.2. Честота на гнева

Статистически разлики ($p < 0,05$) по пол и по възраст за висока честота на гнева за основна и контролна групи се изведоха при факторите, посочени в табл. 24.

Табл. 24. Статистически разлики ($p < 0,05$) за висока честота на гнева съобразно пола и възрастта

Групи Фактори/Възраст	Основна група		Контролна група	
	19-29 г.	30-44 г.	19-29 г.	30-44 г.
Аз съм сприхав по характер	<u>жени</u> 29,70% <u>мъже</u> 17,40 %	<u>жени</u> 25,90% <u>мъже</u> 20,50 %	<u>жени</u> 16,10% <u>мъже</u> 4,20 %	<u>жени</u> 3,90% <u>мъже</u> 50,00 %
Лесно и бързо се ядосвам	<u>мъже</u> 34,80 %	<u>мъже</u> 20,50 %	<u>мъже</u> 25,00 %	<u>мъже</u> 50,00 %
Често и бързо реагирам без да мисля	<u>мъже</u> 17,40 %	<u>мъже</u> 18,00 %	<u>мъже</u> 25,10 %	<u>мъже</u> 30,00 %
Ядосвам се когато се бавя от грешките на другите	<u>мъже</u> 43,60 %	<u>Мъже</u> 43,60 %	<u>мъже</u> 51,10%	<u>мъже</u> 60 %
Дразня се, когато не получавам признание за добре свършена работа	не	<u>жени</u> 37,10% <u>мъже</u> 25,60 %	не	<u>жени</u> 46,10 % <u>мъже</u> 40 %
Когато съм ядосан, казвам гадни неща	<u>жени</u> 18,60 %	<u>жени</u> 14,80 % <u>мъже</u> 15,40 %	<u>жени</u> 32,10 %	<u>жени</u> 11,50 % <u>мъже</u> 10 %

4.A. Възrastови особености

4.A.1. Степен на гнева

Средната стойност на гнева във възрастовата група 19-29 г. и 30-44 г. от общата извадка не показва съществена разлика, като във възрастовата група 19-29 г. тя е $20,31 \pm 5,49$, а във възрастовата група 30-44 г. - $20,02 \pm 5,27$. Резултатите показват, че и при двете възрастни групи стойностите гравитират около умерената степен на гняв.

Както показва фиг. 18 средната стойност на гнева във възрастовата група 19-29 г. в основната група е най-висока в разглежданата категория и е $20,37 \pm 6,10$; а във възрастовата група 30-44 г. е най-ниска и е $19,83 \pm 5,54$, като се регистрира леко завишена средна стойност при жените.

Най-съществена разлика ($p < 0,05$) бе констатирана при представителите на възрастовата група 30-44 г. като здравите в по-голям процент показват висока степен на гняв (39%), в сравнение с прехипертониците (25,70%).

4.A.2. Честота на гнева

Както се вижда от табл. 25 при сравняването между основна и контролна групи по възраст се наблюдават съществени разлики за висока честота на гнева ($p < 0,05$).

Табл. 25. Статистически разлики ($p < 0,05$) за висока честота на гнева съобразно възрастта

Групи Фактори/Възраст	Основна група		Контролна група	
	19-29 г.	30-44 г.	19-29 г.	30-44 г.
Аз съм сприхав по характер	21,90%	22,80%	12,80%	16,60%
Ядосвам се когато се бавя от грешките на другите	43,90%	44,00 %	27,20%	16,80 %
Дразня се, когато не получавам признание за добре свършена работа	34,20%	30,30%	49,10%	52,90 %
Вбесявам се, когато си върша добре работата и получавам ниска оценка	43,90%	44%	30,90%	39,10%
Когато съм ядосан, казвам гадни неща	13,70%	15,10%	39,10%	11,20%
Когато съм ядосан, ми се иска да ударя някого	17,80%	3,10%	16,40%	2,80%

III. АНАЛИЗ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Анализ

1.1. Анализ на социално-психологическите предиктори

Може да се каже, че поради агресивната си склонност, ригидност и неумения да се грижат за себе си всички представители на основната група преживяват най-много на брой ЖЗС в подгрупа „Личен живот”, но с най-слаба сила. Поради дефицит в отделянето - те са изключително свързани с рожденото си семейство - най-важната за тях област е семейството, където преживяват с най-голяма сила сравнително по-малък брой събития. Ориентирани са към постижения в дейностите, изграждат самочувствие чрез работата си, като цяло не влагат голям ресурс в образованието и затова имат по-ниска трудова заетост и по-ниско образование.

Покачването на кръвното налягане и трудовата заетост са обратно пропорционално свързани. Когато тя е по-ниска има по-високо кръвно налягане. Ригидността им и това, че държат да изпъкват и да ги оценяват добре, ги кара да преживяват „Смяна на професия или месторабота”, „Уволнение, съкращение” и „Повишение/понижение в работата”. Трудното им свикване с промените в работата се отразява на преживяването при промяна в службата. Изключение правят младите жени с прехипертония. Прехипертониците умеят да зациклят в „работни” проблеми и затова продължителността на преживяване на събития от подскала „Работа” е по-дълга (както при събития, които преживяват и здравите, така и при такива, които са характерни само за тях). Тъй като са ориентирани към постижения и постигат спокойствие чрез тях, трудно свикват с новото и не са гъвкави, те са чувствителни на „Промяна в доходите”. Затова събитието се преживява в момента на изследването от всички прехипертоници.

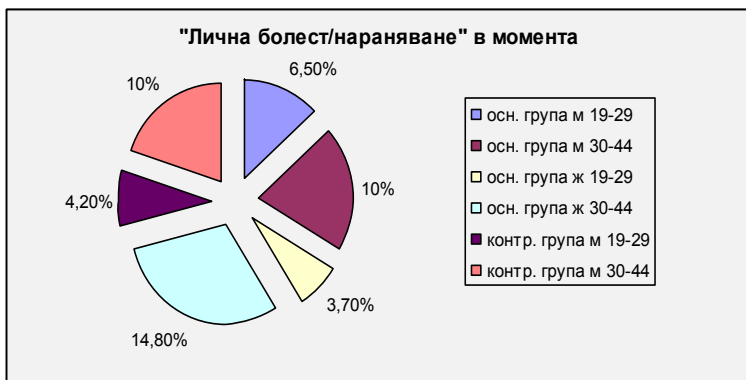
Образованието също влияе, те лесно се отказват от него и попадат в друг икономически статус. Предпочитат практическо обра-

зование, за да могат рано да печелят чрез дейностите. Не разпределят добре жизнените си ресурси, в стремеж бързо да постигнат целите си. Имат ниско самочувствие и затова по-малък брой прехипертоници преживяват „голям личен успех”.

Споменатите по-горе личностови особености водят до специфика на преживяването с наличие на повишено кръвно налягане. Това ни дава основание да разглеждаме съчетанието между тях и трудовата заетост, респ. образованието като социален предиктор за прехипертония.

Поради липсата на психологическо отделяне на прехипертониците от рожденото семейство, наличието на проблеми със самочувствието, уменията да се грижат за другите, при жените има дефицит в интеракционните стадии „свързване” и „отделяне”, а при мъжете – в стадияте „диференциране” и „отделяне”. Жените се отличават с категоричност в партньорската връзка (омъжени, неомъжени, разведени), а при мъжете има нужда от свързаност с партньорка под различни форми. Семейният статус се влияе от възрастта. Младите са по-скоро неженени, а възрастните са по-скоро женени. Единствено разводи има в по-възрастната група. Поради интеракционния дефицит и неуменията за общуване три от основните подгрупи (с изключение на 30-44 годишните мъже) преживяват смърт на близък и сексуални затруднения. Техният начин на преживяване, отчетен като рисков за повишаване на кръвното налягане, поставя ЖЗС „Семейство” в графата „полово-специфичен” фактор за прехипертония. Неправилното разпределение на жизнените ресурси за постигане на поставените цели, както и незрялата психологична защита, проявяваща се при несправяне с житейските стресори, обяснява по-високата им заболяемост. Не е случайно, че всички прехипертоници в момента на изследването преживяват ЖЗС „Лична болест или лично нараняване”(фиг. 29). Те всъщност регресират в болестта; нямат склонност да полагат грижи за тялото си; не възприемат съня като важен източник на енергия.

Фиг. 29. „Лична болест или лично нараняване” в момента на изследване



В обобщение на възрастово специфичните лични качества на прехипертониците може да се каже следното: Младите жени са целеустремени и несамостоятелни в жизненото си функциониране. Те се стремят да се образуват и по-слабо преживяват промяната в доходите, отколкото по-възрастните, които се преживяват като стожери в семейството. По-възрастните жени са осъзнали (може би поради наличие на високите стойности на кръвното и другите болести), че е нужно да се грижат повече за възстановяването си. Затова те по-силно от младите жени преживяват промяната в ритъма на съня и промяната в навиците за хранене.

Склонността да остават по-дълго в негативни събития кара възрастните представители по-дълго да преживяват събитията в работата, семейството и личния живот, отколкото младите.

По-възрастните жени по-трудно правят компромис и затова предпочитат развод, а по-възрастните мъже - раздяла без развод. По-възрастните имат по-закостенели навици от младите, което ги кара в момента да преживяват приемане на нов член и промяна в контактите в

семейството. По-възрастните не умеят да поставят граници и затова само те преживяват неприятности с роднини на партньора.

Засилената борбеност и агресивна склонност в личния живот кара по-възрастните да преживяват повече събития от младите. Постигането на сигурност чрез материални постижения кара всички възрастни да се вълнуват от промяна в доходите. Възрастните са по-ригидни и се вълнуват повече от лично заболяване (здравето е ценност), а жените са по-честолюбиви и затова се вълнуват и от начина на провеждане на празниците. Привързаността към рожденото семейство кара младите да преживяват смяна на жилище и местоживееене повече от по-възрастните.

На фона на описаните характеристики мъжете показаха по-високи стойности на кръвното налягане и затова можем да приемем, че полът е предиктор за прехипертония. По-силно изразеният интеракционен дефицит в отделянето при мъжете ги прави по-силно зависими от семейното положение. Мъжете по-малко се грижат за себе си, не смятат съня за важен за възстановяването им и заради това с еднаква сила групите на младите и старите преживяват ЖЗС „Промяна на съня” от подскала „Личен живот”. Мъжете са агресивни, постигат спокойствие чрез постижения, „Работата” е приоритетната област за тях и затова преживяват по-голям брой ЖЗС в тази подскала. Поради разчупване на ригидността и закостенялостта с напредване на възрастта намалява силата на преживяване на „Смяна на професия или месторабота” - от силна към умерена. Но се запазва броят на преживяващите с най-голяма сила ЖЗС „Неприятности с началник”, което за нас е доказателство, че младите мъже с прехипертония се стремят да станат авторитети, а по-възрастните вече са го постигнали.

Мъжете имат малко по-голямо самочувствие от жените и затова повече от тях преживяват „Голям личен успех”.

За жените се доказва съвместимост на две ЖЗС в подгрупа „Личен живот”, но с различно по сила преживяване. Дефицитът в изграждането и поддържането на партньорските отношения при жените с напредването на възрастта придобива все по-голямо значение.

Младите преживяват слабо ЖЗС „Промяна от интимен характер”, а по-възрастните - умерено.

Жените са по-грижовни, свързани със семейството, отдадени на тях и повече преживяват заболяването на член от семейството.

1.2. Анализ на индивидуално - психологичните особености като предиктори

В обобщение на индивидуалните особености на прехипертониците се доказва, че те са с повишена дразнимост, неудовлетвореност, тревожност и подчертани изисквания към себе си и другите.

На фона на по-нисък праг на гневене и известни неумения за адекватни взаимоотношения, те често не се овладяват или не знаят как да отреагират и затова лесно и бързо се ядосват. По-енергични и по-чувствителни са младите мъже и по-възрастните жени и затова по-често лесно и бързо се ядосват. А най-потиснати и неуверени са неженените, живеещите на семейни начала и разведените, и затова най-често лесно и бързо се ядосват. В този случай индивидуалните особености на несемейните могат да се разглеждат като условие за лесно и бързо ядосване, и на тази база – като предиктори за прехипертония .

Най-сериозна склонност да трупат напрежение и да се потискат показваха 30-44 годишните мъже, които най-слабо „Лесно и бързо се ядосват”. Прехипертониците се самоконтролират, обмислят положението и ходовете: „Много пъти мери, един път режи” и затова не реагират прибързано, без да мислят (изключение правят младите жени).

Тъй като са по-уверени в себе си и индивидуалисти, те се опират на опита, трудно искат помощ, трудно се сдружават, и затова в сравнение със здравите „по-слабо се ядосват, когато се бавят от грешките на другите”. Не умеят да делегират права и отговорности и предпочитат самостоятелно да се нагърбят с осъществяването на всички дейности.

В обобщение на половите особености - жените са по-агресивни, ориентирани към постижения, индивидуалистки и затова показваха по-висока степен на гнева. Прехипертоничките предпочитат

копинга „акция – реакция” и затова са много по-сприхави по характер, в сравнение със здравите и с мъжете – прехипертоници, и лесно се разгневяват. Тези им качества подпомагат т.нар. ситуативно повишаване на кръвното налягане. Мъжете са по-уравновесени и не разпознават гнева си, затова по-трудно се разгневяват. Жените са амбициозни, не разпознават гнева в по-ниските му степени „дразня се – вбесявам се”, не реагират адекватно, и затова често излизат извън себе си и загубват самообладание. По-възрастните мъже са най-владеещите се. Те не разпознават гнева и са научени да подтискат всяка появила се емоция. Жените са по-честолюбиви, имат очаквания за похвала, държат да се огледат в „социалното огледало”, и затова по-често се вбесяват, когато са критикувани пред останалите.

Възрастовите особености на прехипертониците показаха, че младите мъже и жени си поставят високи цели, които бързат да постигнат, използват стари копинг-стратегии, и затова са по-сприхави. Тъй като искат да отговорят на очакванията на авторитета, разколебани в самооценката си, че не покриват външните критерии, от които зависи самочувствието им, те страдат и „по-лесно се вбесяват, когато си свършат добре работата, а получат ниска оценка”. Като следствие от неумението им за общуване и превръщането на желаното в действително състояние по-възрастните мъже и жени с прехипертония по-често си служат с вербална агресия от здравите на същата възраст. Младите са по-неопитни, амбициозни, имат задръжки в реакцията и затова по-често премълчават. Като резултат трупат напрежение и повишават кръвното налягане. На тях им липсва опит, чрез който да се адаптират към ядосващите ги обстоятелства. Тъй като в редица ситуации се чувстват безсилни, поради неудовлетворени желания, ползвани стари копинг-стратегии и трудна адаптация, младите представители са по-склонни за физическо насилие (особено жените). По-възрастните представители пък са възпитани да не плащат „данък обществено мнение”. Те са по-потиснати, и затова не прибегват до физическа насилие, особено жените.

1.3. Анализ на индивидуалните особености при фрустрация

В обобщение на индивидуалните характеристики на всички прехипертоници може да се каже, че те са агресивни, честолюбиви, високо отговорни и затова имат чувствително отношение към фрустриращото събитие. Ползването на стари копинг-стратегии и готовността им да подтискат агресивния импулс ги води до трупане на гняв и неумение да го изнесат навън. Преклонението им пред авторитета, известните неумения за общуване с околните и това, че държат да съхранят изградения им образ на добре възпитани и благи хора, ги кара да имат реабилитиращо отношение към фрустратора на фона на нормално изискване на активност от него или друго лице за ликвидиране на събитието. Умението да поемат отговорност и да не я делегат с другите и неумението да се сдружават ги води до себеагресия. Честолюбиви са и затова се самообвиняват, държат да признаят вина, да споделят отговорността и често да искат извинение. Силно самокритични са и не толкова критични към другите. Затова оневиняват фрустратора с липса на преднамереност в действията му, посочват оправдаващи негови навици и недостатъци. Имат социално желателно поведение по повод на ситуации без укор. Примиряват се с фрустрацията като включват психологична защита чрез отричане и омаловажаване на фрустрацията или търсят изгода от нея. Блокират агресивността си. Мерките им за ликвидиране на събитието се отличават с повече пасивност, нагаждане и комформност или изчакване ситуацията да се разреши от самосебе си. Много по-дълго стоят във фрустрираща ситуация. Ангажират се повече с нея, отколкото с мерките за ликвидирането ѝ и с търсене на отговорност от фрустратора. Имат склонност да потискат натрупаното напрежение и затова чистата агресия е с ниски нива.

В обобщение на възрастовите особености се вижда, че младата група е по-амбициозна, по-малко се съобразява с мнението и желанието на околните и затова по-слабо оневинява фрустратора.

2. Обсъждане

2.1. Социално функциониране и преживяване на ЖЗС

Данните от проучването показват, че лицата с прехипертония по формални критерии за социално функциониране – работа и семейство, са като че ли еднакви с лицата от контролната група - младите предпочитат да учат, а по-старите в младежка възраст – да отдават сили на работа и семейство. Не се различават особено по брой на учащи. С изключение на младите жени-прехипертонички. Работещите в основната група са малко по-малко от тези в контролната, като най-съществена е разликата при младите жени. Факторът образование показва, че висшистите са повече в контролната група, като в младата възраст тази разлика е около два пъти. В основната група преобладава средно и средно – специално образование, дори 4,80 % са без образование. Факторът семейство показва специфики при живеещите на семейни начала, като това е предпочитана форма на съжителство от двата възрастови сегмента при мъжете от основните групи и при жените от контролните групи. Оказа се, че статутът "разведен/разведена" е валиден само за по-възрастните жени и мъже с прехипертония. (фиг. 4).

Налице са съществени различия, които са не само различия между изследваните лица, но са и полово специфични. Мъжете и жените в основната група създават две различни картини по отношение на влизане в спектъра от ЖЗС. Младите жени - прехипертоници (19-29г) с предпочитание учат и съчетават във висока степен учене и работа. В това време те не се ангажират със създаване на собствено семейство. Една част от тях опитват живот на семейни начала, но между тях липсват жени със сключен брак. В същото време те не са се отделили психологически от рожденото семейство.

Младите мъже прехипертоници, от своя страна, не държат да повишават квалификацията си. Те не учат, а една, макар и малка, част (2,20%), дори не са завършили основното си образование. Техен приоритет е работата. За разлика от младите жени от основната група, те са по-склонни да пробват различни форми на съжителство с партньорка,

но както и жените, така и те не са успели да направят психологическото отделяне от рожденото семейство.

Мъжете-прехипертоници и от двете възрастови подгрупи имат в областта „Работа” от ЖЗС значително количество събития, много повече на брой от жените и здравите мъже на същата възраст. Това показва, че за мъжете с прехипертония тъкмо работата и обстоятелствата около трудовия процес са им най-важните.

Възрастните-прехипертоници (30-44г.) преобладаващо работят и са семейни в различните съвременни форми на брак. Приоритетно те имат повече ЖЗС в областта „Семейство”, като за жените и мъжете в тази група вече има и осъществени разводи. Работата като събитийност остава на трети план, вероятно поради факта, че тя е представлявала приоритет в по-младата възраст. Въпреки това, спрямо ЖЗС в областта „Работа” при контролната група, те имат 2 пъти повече такива, особено мъжете във втората подгрупа прехипертоници. Пак там е и по-големият брой на ЖЗС в областта „Семейство” (4 пъти повече от контролната група).

В областта „Семейство” при прехипертониците се забелязва не само късно създаване на лично семейство, но и пространствено и психологическо „заседяване” в родителското семейство – белег на зависимост и ригидност, а вероятно и на вътрешна борба (конфликт) с авторитети.

Третата област на ЖЗС „Личен живот” отразява събитийната ангажираност на индивида със собствените навици и привички, способността му да планира и да прави оценка на личната реализация. Тази област е от първостепенно значение за всички изследвани лица с прехипертония, изразяващо се в преживяване на най-голям брой събития в този спектър. В тази област различията между основната и контролната групи се свеждат главно до склонността на прехипертониците по-дълго да остават в психотравмените събития от тази подскала, както и да ги преживяват с различен интензитет от здравите лица. В интроспективен план хипертониците се очертават като хора-анализатори на своите емоции, „проигравачи” интензивно многобройните си емоционални събития отново и отново във фантазията си. Подобен стил на оценка и себе-

оценка носи драматичност в събитийната ангажираност и подсказва липса на умение за своевременно отреагиране на мястото на събитието.

Изключително значимо за прехипертониците се оказва планирането на ЖЗС. Те инвестират собствените ресурси главно в желани и замислени, добре структурирани във времето събития, свързани с промяна главно на стандарта на живот. Особено за представителите от по-възрастната група това означава събития, които позволяват по-високи доходи, ново жилище, по-добро местоживеене и/или работно място. Специално за мъжете-прехипертоници значимо събитие е също обществената ангажираност - в смисъл на динамика на ангажиментите (при по-възрастните) или конфликти с органите по правораздаване (при по-младите).

При всички прехипертоници на съзнателна преработка преминават събитията, налагащи промяна в навиците, личните успехи (които в повечето случаи подценяват) и сексуалният живот (преживяван като затруднение).

В рамките на основната група отново се разкриват полови и възрастови разлики. По-младите представители на прехипертониците не правят коментар на промените във физическото и психическото си функциониране. Те не отразяват като ЖЗС промяната в съня и храненето. Извън събитийната ангажираност са празниците и почивките. Може да се каже, че гледат на себе си единствено като „машина”, която трябва да дава постижения. По-възрастните прехипертоници са значително по-ангажирани със собственото си физическо и психическо състояние. Вероятно това е късният резултат от вече коментираното отношение към себе си в по-млада възраст.

Възрастово специфична се оказва и заболяемостта при прехипертониците. Още в млада възраст жените-прехипертоници носят два пъти повече болести, отколкото жените от контролната група. 30-44-годишните жени от основната група имат най-висок процент заболявания (25,90%). Те притежават и най-висока коморбидност (7,40%).

Мъжете-прехипертоници носят от млада възраст 2,6 пъти повече болести, сравнени с контролната група. По-възрастните заемат второто място сред всички с налични болести (20,50%) и втора коморбидност (5,20%).

Основната и контролната групи се различават и по естеството на болестите. В основната група имат 16 вида болести, 7 от които принадлежат към групата на психосоматичните (3 са при жените – захарен диабет, алергия и главоболие; 6 са при мъжете - алергия, главоболие, гастрит, атопичен дерматит, псориазис, язва на стомаха /дванадесетопръстника). В контролната група психосоматичните болести са едва 3 (гастрит, главоболие, алергия).

Съществена разлика също така се очерта в продължителността на боледуването. Статистическите резултати посочват дълга продължителност на “носене” на различните заболявания при контролите и много по-кратка (от 3 до 10 пъти) на заболяванията при прехипертониците.

2.2. Стил на преживяване – гняв и агресивност, ниска самооценка

В рамките на почти еднаквото по сила преживяване на ЖЗС (с най-голяма сила) за основната и контролна групи се констатира, че жените и мъжете от двете групи са ангажирани главно с ЖЗС от „Семейството”; на второ място – с ЖЗС от областта „Работа”, като за жените с прехипертония и по-възрастните здрави мъже второ място по значение имат ЖЗС от областта „Личен живот”. Характерни особености за по-съществена значимост на ЖЗС от подскала „Семейство” показва по-възрастните здрави жени и по-младите мъже от основната група. В динамиката на жизнени събития, определени според разбирането на Н. Песешкиан (1994) като макро- и микротравми, проличава следното различие: Лицата от основната група споделят наличие на някои макротравми (като разводи, смяна на професия, смяна на местожителство, брак, смърт на близък, болест на член от семейството). Те, за разлика от лицата в контролната група, с по-голяма сила и продължителност са ангажирани със събития, които за контролната група са нормални преживявания, а за тях носят смисъла на макро- и микротравми.

Най-съществените различия между основната и контролната групи се откриват в начина на преживяване и реагиране в отделните житейски ситуации. Така например, младите мъже-прехипертоници с предпочитание стартират започване на работа с по-ниско и главно средно професионално образование. В техните нагласи трудовата анга-

жираност е път към удовлетворяване на базови потребности, но и на израстване в собствените им очи. Поради тази причина те са изключително ангажирани, но и емоционално натоварени с всякакъв род събития, свързани с трудовата дейност и професионалната среда. Мъжете-прехипертоници имат почти двукратно по-висока продължителност на преживяване (емоционална застойност) при следните ЖЗС: „Смяна на професия или месторабота”; „Промени в условията на труд”; „Неприятности с началника”, както и „Промяна в честотата на контакти в семейството” и „Раждане на дете”.

Младите жени-прехипертонички, обратно на мъжете, търсят реализация в повишаване на образованието и по-малко са емоционално ангажирани в областта на семейството и партньорството. При по-възрастните жени се премества посоката на значимите преживявания от работата (може би, защото там се чувстват по-успешни) към семейството.

Съществените разлики между лицата от основната и контролната групи по отношение на преживяването на лични постижения и социална адаптивност се отразяват най-вече в личната самооценка. В групата на прехипертониците тя е болезнено ниска.

За разлика от контролната група, в основната група се констатират полово специфични разлики в силата и продължителността на преживяванията. Мъжете преживяват с най-голяма сила и продължителност поредица от събития в областите „Семейство” и „Работа”. При наличие на психотравмени събития, особено по-младите мъже-прехипертоници, са в състояние да носят до 3 такива събития доволно дълго. Тези данни сами по себе си показват емоционалната застойност на прехипертониците-мъже, а с това – дефицитарните им умения да осъществяват „диференциране” и „отделяне” от събития и хора. Най-честата причина за подобен дефицит се крие в липсата на психологическо отделяне от рожденото семейство.

В самооценъчен план мъжете-прехипертоници носят в себе си преобладаващо и значимо повече от лицата в контролната група малочислени изживявания със склонност към предъвкване на вината и самобичуване за неуспехите. В интеракциите си в семейството и на работното място трупат гняв, но нямат способността да го изнасят навън,

дори не и вербално. В много отношения те дори не разпознават своите негативни стенични емоции, особено когато са в непосредствен контакт с други. Най-ниско ниво на проявление на чертата „гняв” притежават работещите и живеещите на семейни начала. Интрапсихично мъжете-прехипертоници живеят в душевния дискомфорт, създаден в диапазона „не показвам собствените емоции – искам другите да ме забелязват и оценяват по достойнство”. Този вътрешен конфликт им носи нова зареденост с гняв и агресивни фантазии, които обаче не се проявяват в момента и на мястото, където са възникнали, а се изнасят навън в краен и неподходящ момент под формата на „вбесяване”. Наличните при тях психосоматични болести са също още едно потвърждение на високата преживелична афектогенност (особено при младите мъже) и на високото ниво на вътрешно напрежение поради потиснат гняв.

Жените-прехипертонички са много по-заредени с гняв. Особено младите жени определят характера си като сприхав и имат преживяването, че са невъздържани и избухливи. Като резултат от това, в хода на едно актуално преживяване те не умеят да разпознават своевременно ниските степени на гнева. Последният факт е в унисон с описаните вече особености на мъжете-прехипертоници – неумение да разпознават собствените си емоции като мотив за актуално поведение.

В преживяванията на по-възрастните жени-прехипертонички също присъства гневът с висока честота на проява, особено сред несемейните (75%) и при тези с нестабилни партньорски взаимоотношения. Може да се допусне, че преживяването на неуспех по посока на стабилен брак, семейство и деца е в основата на високата степен и честота на гнева.

Сравнени с мъжете, жените от основната група са видимо по-експресивни в агресивния спектър, верни на женската си природа или може би поради един друг психологичен опит, натрупан в рожденото семейство. В същото време те продължават да трупат негативните преживявания дълбоко в себе си, не забравят старото и не свикват лесно с новото – застойни в мисленето и консервативни в поведението.

Заболяванията на жените-прехипертонички са също от спектъра на класическата психосоматика, в чиято генеза имат съществено зна-

чение високата афектогенност, преживяването за наличие на непрекъснатото напрежение и гняв (като черта от характера).

И при жените, както и при мъжете, особено в групата на 30-44 г., е налице болезненото преживяване, че не реагират емоционално адекватно и че винаги са оцетени от околните.

2.3. Поведение – нагласи и копинг-стратегии

За прехипертониците се оказва, че колкото е по-висока степента на ранимост в отделните житейски събития преди и в момента на изследването, толкова те са по-малко адаптивни.

В ситуация на фрустрация екстрапунитивността им е силно понижена за сметка на интропунитивността и високото ниво на „чисто себеобвиняване” – (I-I) и на преобладаващата при мъжете импунитивност. Както в преживяванията си, така и в нагласите си за актуално поведение при фрустрация, прехипертониците са самокритични и държащи себе си отговорни за ситуациите. Поради тази причина фокусът на тяхното преживяване и поведение е насочен към фрустрационното събитие и към мерките за справяне с него. Фрустраторът е извън полезрението на лицата с прехипертония, за разлика от тези в контролната група.

Възрастовите и половите различия в поведение при фрустрация за групата на прехипертониците се свеждат до следното: леко понижено импунитивно отношение към фрустратора, показано от младите мъже и жени с прехипертония; нормални отношения към мерките за ликвидиране на събитията при младите прехипертоници и повишени стойности(главно за сметка на импунитивно отношение) при по-възрастните мъже с прехипертония.

В безконфликтното (при липса на фрустрация) поведение на прехипертониците стои нагласата за постижения. За тях дори контактите с членове на семейството или в рамките на работната среда са терен за постижения. Те не притежават модели за релаксация и почивка. По-възрастните жени-прехипертонички превръщат дори празниците в арена на състезание за постижения и поради това емоционално страдат.

В копинг-стратегии преhipертониците са изключително ригидни, особено жените в област „Работа”.

Оскъдните данни за прилика между групата на преhipертониците и тези от контролната група затвърждава мнението, че преhipертониците в своето интрапсихично функциониране всъщност покриват известните по литературни данни личностови параметри за болните с хипертония.

Близостта/еднаквостта на групата на преhipертониците с болните от хипертония можем да проследим на базата на обобщените по литературни данни психологическите особености на хипертониците.

Редица автори са единодушни в приемането, че болните с хипертония притежават преморбидно следните личностови характеристики: Те са вътрешно заредени с агресивни, стенични чувства и емоции. Стилът им на преживяване и мисловната готовност за реагиране е със засилената агресивна склонност. В същото време реалното им поведение е израз на потиснат агресивен импулс. Липсва адекватна експресия на възникналите негативни чувства и съответна поведенческа изява на агресивните импулси. Самите те се преживяват като претоварени от прекалено честолюбие, поради това във взаимоотношенията с другите се пренапрягат в непрекъснати опити да се държат учтиво, адаптивно и съответно на изискванията към тях. Болните с хипертония имат желание да правят всичко в максимална степен и не умеят да делегират права, което ги води до стресогенно постигане на личните цели. Самите те се стремят да постигнат усещането за спокойствие чрез постижения в дейностите и свръхнагаждане към другите. Като стратегия за справяне с конфликти хипертониците използват регресивния копинг – социално-желателно поведение, психологична защита под формата на омаловажаване, отхвърляне и изтласкване на фрустриращото събитие. В по-нови проучвания (Schächinger, 2003; Кнарре, 2011) се говори за това, че хипертониците притежават „фасадна структура” - качества като дружелюбен; следващ авторитети; перфекционист; човек, на когото е лесно да се довериш; кооперативен и честен. Зад тази фасада авторите откриват притежание на следните личностови особености, които всъщност провокират болестта: прикрита враждебност, от която те страдат; чувство за мало-

ценност (в собствените им очи те никога не са успешни в дела и контакти); потребност да се самодоказват на всяка цена; несигурност; лесна ранимост; зависимост и неуравновесеност. Това противоречие между фасадна и подфасадна структура е предпоставка за блокиране на агресията и за изява на хипертония.

В нашето проучване ние констатирахме поредица от тези качества и у лицата с прехипертония.

Определената от Флоранс Дънбар(1973) **засилена агресивна склонност** на хипертониците и потвърдена от различни психосоматици, вкл. и у нас (Иванов, 1981 г.) се проявява при лицата с прехипертония в начина им да преживяват повече на брой стресогенни ЖЗС (табл. 10). В тях те инвестират най-много собствени ресурси. Липсва вариант на умерени очаквания.

В поведението и на прехипертониците стои нагласата за непременно постигане на успехи и постижения. В такава сфера те превръщат и контактите с другите. Когато не успяват да постигнат желаното в общуването с (преобладаващо на работното място; за мъжете – и в семейството), те трупат негативен агресивен заряд главно в преживяванията си, рядко в поведението. Прехипертониците остават ригидно в миналите събития. Те имат за тях емоционална тежест, поради преживяването за личен неуспех и за недостигнато ниво на желани постижения. Подобно по сила и продължителност преживяване ги прави ригидни в мисленето и дезадаптивни в новите актуални ситуации по същия механизъм, както това се случва при болните с хипертония.

Както хипертониците, така и прехипертониците правят трудно, понякога неуспешно психологическото отделяне от рожденото семейство. Това безспорно създава интеракционни дефицити и носи след себе си покачване на тревожност и напрежение. От друга страна, те са значително по-склонни от лицата в контролната група да продължават традиционното мислене и поведение на значими за семейството роли.

Хипертониците **се стремят да постигнат усещането си за спокойствие чрез постижения**. Прехипертониците от своя страна също живеят с непрекъснато високи изисквания към себе си, както в трудовата дейност, така и в междуличностните контакти. В това отношение те правят същото като болните с хипертония. По-възрастните

прехипертоници се стремят по този начин да превърнат себе си в авторитети; мъжете – на базата на заслужена позиция в работата и между колегите, жените – в рамките на семейството. Недостатъчно постигнатото в тази посока извежда мъжете от равновесие. Жените от своя страна продължават да бъдат зависими от преживяванията си с авторитетите на работната среда. Видимо добрият трудов старт с по-висока квалификация от мъжете не е достатъчен, за да си доставят нужното спокойствие на работното място. Непрекъснатата борба за надмощие се конфронтира психологически с потребността им все пак да се нагаждат към другите посредством т. нар. социално-желателно поведение. То обаче отново е подчинено на нагласата им за постижения. Нагаждането, угаждането на другия се разбира като постижение (те са си го позволили). С това постигат отново въпросното спокойствие, както се твърди, че правят хипертониците. Дори появата на „ситуативна хипертония” също би могла да се изведе като резултат от така очерчания вътрешен конфликт.

Поведението на прехипертониците покрива характеристиките на поведението на болните с хипертония, както е описано от Dunbar (1973), Н. Песешкиан (2003). От една страна, те показват висока активност и действеност („високо вдигната летва” в областта „Работа”), потребност дори в ситуация на фрустрация да търсят собствени мерки за ликвидиране на фрустрацията. От друга, когато липсва шанс за успех и постигане на своето, те „превиват опашка”, демонстрирайки, както и хипертониците, социално-желателно поведение, т.е. налице е **потиснат агресивен импулс**. Допускаме, че тяхната стратегия за справяне с конфликти се базира най-вероятно на вече коментирания **регресивен копинг**. Емоционално те страдат и трупат гняв, поведенчески показват **социално-желателно поведение**, като отхвърлят или изтласкват фрустриращото събитие. Има приведени научни доказателства, че регресивният копинг покачва риска от хипертония с 80% (Mund & Mitte, 2011). Същите автори пишат, че някои индивиди го използват като защитна реакция, при която изпитваните негативни емоции се потискат и/или изтласкват, а навън се демонстрира социално-желателно поведение. Горните факти заострят вниманието и за оповестеното от Селигман (2001) научно изследване за това, че 1/3 от използващите още от млада

възраст „незрели типове защита” като отричане, проекция и др. на шестдесет години вече имат сериозни хронични заболявания и са в лошо здравословно състояние.

Теорията на „**фасадната и подфасадна структура**” на хипертоника, намира доказателства и в групата на прехипертониците.

„Фасадата” на прехипертониците от изследваната група се състои първоначално (особено за лицата във възрастта 19-29г.) от засилена градивно-агресивна поривност (стеничност, борбеност), показване на добри намерения за лични постижения, успешно планиране на събития, в които прехипертоникът определя за себе си водещата и социално значимата роля (за семейството или работата). Наличната сприхавост в характера и преживяваните високи нива на гняв се разглеждат като регулативен механизъм в интеракциите с другите. Поради носене на традициите от рожденото семейство като ценности, те работят за собственото превръщане в авторитет или са склонни да следват дълго време признати авторитети. В последствие във фасадата се загнездва социално-желателно поведение.

В „подфасадната” структура на прехипертоника можем да коментираме една негова характерова черта, имаща пряка връзка с агресивните емоции от кръга на гнева – **сприхавост**. Прехипертониците, по подобие на хипертониците, бързо покачват степента на негативните стенични преживявания. От една страна, това се случва, защото не умеят да разпознават в себе си ниските степени на гняв (табл. 24, 25) и респективно своевременно да направят добрата емоционална реакция навън, от друга – защото в съответното събитие те се чувстват ошетени. Всичко това води до взривообразно избухване или най-малкото - до високо ниво на гняв в смисъла на вътрешно желание това да се случи. След подобно поведение прехипертониците трупат нова доза негативни емоции, този път от кръга на депресивните – самообвинения, малоценностни изживявания. Подобна динамика носи наименованието „депресия поради скрита агресия” (Менцос, 2002).

Особено е нисък прагът на гневливост при младите жени и мъже и по-възрастните жени. Всички те са афектогенно заредени с гневна предиспозиция като стил на преживяване. Възрастово специфична е динамиката на гневната афектогенност. При младите мъже-

прехипертоници зарядът на агресивен импулс е по-висок, отколкото при контролите. При 30-44 г. мъже с прехипертония този агресивен заряд като стил на преживяване е далеч по-нисък от този на лицата в контролната група. Тези факти показват, от една страна, как се гради характеровата черта „сприхавост”, от друга – че при подобна предиспозиция по-възрастните мъже-прехипертоници са с висок риск да правят депресивни състояния поради скрита/потисната агресивност.

Количеството и бързината на настъпване на преживявания, свързани с яд, гняв е по-високо при лицата с прехипертония, които нямат стабилни семейни и партньорски взаимоотношения. Може да се допусне, че тъкмо тази личностова характеристика на прехипертоника не му позволява да създава и да остава в трайни брачни взаимоотношения или го води към лесен разпад на партньорството.

Вторият много важен компонент от структурата на хипертоника, а именно **потиснатия агресивен импулс (неспособност за изява на агресивните импулси)**, за който има съгласие при почти всички автори (Иванов, 1981г.; Battegay et al., 1984г.), се проявява при прехипертоника чрез съчетаване на вече описаното чувствително отношение към събитието, трупането на гняв, появата на случайни поведенчески гневни реакции, които бързо във времето се изместват от нагласата за слабо изнасяне навън на агресивността под формата на външно поведение. Поради тази динамика, която (както се вижда от нашите статистически изведени разлики) изгражда у прехипертониците трайно поведение на потиснат агресивен импулс, те имат реабилитиращо отношение към фрустратора в ситуации на фрустрация на фона на нормално изискване на активност от него или друго лице за ликвидиране на събитието. Себеагресията във връзка със събитието е повишена с готовност да признаят вина, да споделят отговорност и дори да искат извинение. Поведенчески прехипертониците оневиняват фрустратора с липса на преднамереност в действията му, посочват оправдаващи неговите навици и недостатъци обстоятелства, т.е. правят психологична защита „рационализиране”, за да могат да оправдаят собственото блокиране/потискане на агресивния импулс. От данните за „Чистата агресия” се вижда, че те имат склонност да потискат натрупаното напрежение. Това, за жалост, не ги спасява трайно от негативните пре-

живявания. Причината е в това, че те стоят много по-дълго във фрустриращата ситуация като ангажират себе си повече с нея, отколкото с мерките за ликвидирането ѝ или с търсене на отговорност от фрустратора.

Прави впечатление още една особеност на лицата с прехипертония. Техният съзнателен опит да блокират агресивния си импулс и да не го превръщат в агресивно поведение навън не издържа дълго. Фактите говорят, че по-възрастните мъже и жени с прехипертония статистически значимо по-често от лицата в контролната група си служат с вербална агресия. Младите представители на прехипертониците от своя страна са по-склонни в преживяванията си да фантазират физическо насилие. Жените показват по-висока сприхавост – имат по-нисък праг на гневливост и по-често загубват самообладание. Честотата, с която всички мъже-прехипертоници реагират „прибързано, без да мислят”, е далеч по-ниска от тази в контролната група.

Констатираното до тук ни дава основание да разглеждаме следните характеристики на личностово функциониране на лицата от основната група като **предиктори** за поява на прехипертония:

а/ В стила на социално функциониране:

- високо ниво на гравивна агресия в планиране и реализиране на ЖЗС;

- акцент върху ЖЗС в смисъла на микротравми или макротравми с рязка промяна на социален статус;

б/ В стила на преживяване:

- засилена агресивна склонност, носеща спецификата на проявление като при болните с хипертония;

- вътрешна конфликтност на базата на гняв към другите – самобичуване и малоценностни изживявания;

в/ В стила на поведение:

- потиснат агресивен импулс – особено силно изразен при по-възрастните мъже;

- противоречивост в поведенческите реакции в диапазона - избухливост/невъздържаност в по-млада възраст и по-ярко социално-желателно поведение.

В съчетанието на описаните личностови особености можем да открием образа на познатата при болните с хипертония „фасадна и подфасадна структура”.

Описаните личностни характеристики на младата възраст (19-44г.) при лицата с прехипертония ни дава основание да приемем, че своевременното откриване на психологическите предиктори за прехипертония може да служи като успешна база за разгръщане на ранна превенция и първична профилактика на заболяванията на сърдечно-съдовата система.

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Характерно за **социалното функциониране** на лицата с прехипертония е, че работещите в основната група са по-малко, в сравнение с контролната. Прехипертониците имат по-нисък образователен ценз. Преобладава средно и средно-специалното образование и са по-малко висшистите. Единствено при тях има лица с основно образование (5,10% от по-възрастните мъже) и без образование (4,80% от мъжете от двете възрастови групи). Факторът „семейство” показва специфики, като съжителстващите на семейни начала са повече при мъжете, а разведени единствено има при по-възрастните лица с прехипертония. Младите жени съчетават работа и учене, докато младите мъже не държат на образованието и квалификацията. За основната група ЖЗС от подскала „Личен живот” са от първостепенно значение, изразяващо се в по-голям брой преживени събития, склонност да останат по-дълго време в психотравмени събития от този спектър и преживявания с различна сила от лицата от контролната група. Изключително значимо за тях е планирането на ЖЗС. Налице са интеракционни дефицити като липсва психологическо отделяне от рожденото семейство. Отличават се с по-голяма обща и психосоматична заболяемост, с по-кратка давност.

За **стила на преживяване** е характерно, че са афектогенно заредени, с гневна предиспозиция, като лесно и бързо се ядосват. Притежават ярко изразена характерова черта „сприхавост” (с изключение на 30-44 г. мъже, при които е потисната). Емоционално страдат и трупат гняв, като не разпознават по-ниските нива на гняв (дразня се, ядосвам се). Винаги в съответното събитие се чувстват оцетени. В резултат покачват нивото на гнева, а нерядко и взривоопасно избухват. Това ги кара да изпитват малоценности изживявания и отново емоционално да страдат. Количеството и бързината на настъпване на преживяванията, свързани с яд и гняв, е по-високо при прехипертониците, които нямат стабилни партньорски взаимоотношения.

За **стила им на поведение** е характерно, че оневиняват фрустратора за сметка на споделяне на отговорността и/или поемане на

вината от самите тях. Прехипертониците демонстрират социално-желателно поведение като лично решение за постижения или тогава, когато не могат да постигнат удовлетворение по друг начин. Имат склонност да потискат натрупаното напрежение, да остават по-дълго в психотравматични събития, като се ангажират предимно с тях, а не с мерките за ликвидирането им. Отличават се с ригидност, най-вероятно като следствие от блокиран агресивен импулс. В ситуации без фрустрация в поведението на прехипертониците стои нагласата за постижения. Ползват регресивен копинг като стратегия за справяне.

Възрастово специфично се оказва, че младите прехипертоници психологически не са се отделили от рожденото си семейство. Те се отличават с агресивно планиране и осъществяване на успешното си лично развитие (жените в образованието, мъжете – в работата). Ориентирани са към постижения, като възприемат социума като терен за това, а не като партньор. Индивидуалисти са и трудно се сработват в екип. Малка част от тях са обвързани в партньорска двойка като предимно съжителстват на семейни начала. Този стил на социално функциониране се съчетава с висока афектогенност, най-вече при жените, и агресивна импулсивност в поведението. За поведението им в ситуации с фрустрации е характерно, че по-слабо оневиняват фрустратора и по-силно демонстрират социално-желателно поведение.

За разлика от младите по-възрастните прехипертоници създават впечатление, че са социално по-адаптивни. В стила на поведение и преживяване се демонстрира, по-отчетливо от младите, присъствие на взаимоотношението „фасадна/подфасадна структура“. В състояние на фрустрация поведението им се характеризира с повишена търпимост към фрустратора. Имат ниско самочувствие, функционират чрез ролята на социално-значимия за социума. По-честолюбиви са от младите (емоционално обидчиви), но по-силно потискат гневните си поведенчески реакции. При тях съществува пряка връзка между семейния статус и честотата и степента на гнева в посока на по-голяма сила при несемейните и живеещите на семейни начала.

Възрастово специфична се оказва динамиката на гневната афектогенност, особено силно изразена при мъжете. Високата гневна

предиспозиция в млада възраст, с ярко изразен афектогенен характер, при по-възрастните се трансформира до степен на силно потискане.

Полово специфични се оказаха дефицитите в интерактивните умения в стадия на „свързване” (при жените) и в стадия на „диференциране” (при мъжете). Като стил на преживяване жените са по-афектогенно заредени и само те се вбесяват и излизат извън себе си. Дори загубват и самообладание. Мъжете се отличават със слабост в сприхавостта и гневните реакции, особено силно изразени при по-възрастните.

Получените данни за основната група ни позволиха да направим сравнение, съгласно проучената литература, с психологичния профил на хипертоника и да приемем, че обобщеният **профил на прехипертоника** носи основните характеристики на хипертоника, познат по литературни данни.

Изведохме следните **предиктори**: гравивна агресивност в социалното функциониране, съпътствана със засилена агресивна интерпретация в преживяването и противоречивост в поведението, носещи за лицето нови стенични негативни преживявания. Предикторите подсказват агресивната конфликтност в преживяването и поведението на прехипертоника и са вероятната предпоставка за тези наднормени, но все още не хипертонични стойности на кръвното налягане.

V. ИЗВОДИ

Получените резултати ни дават възможност и право да заключим, че:

1. Социалното функциониране на прехипертониците се базира на по-нисък образователен ценз, по-ниска трудова заетост, по-висока заболяемост и коморбидност. Семейният статус е полово и възрастово специфичен като младите жени са преобладаващо неомъжени, мъжете от двете възрастови групи живеят повече на семейни начала, а само при по-възрастните жени и мъже има разведени.
2. По формални показатели за ЖЗС изследваните лица в двете групи имат еднаква събитийност, но ги преживяват с различна интензивност, честота и продължителност.
3. Поведението на прехипертониците в значимите социални области се отличава съществено от лицата в контролната група като в ситуации без фрустрация е ориентирано към постижения. При фрустрация ползват регресивен копинг, оневиняват фрустратора, демонстрират социално-желателно поведение. Ангажират се предимно с фрустриращото събитие, а не с мерките за ликвидирането му. Поведенческите реакции са израз на потисната агресивност.
4. Честотата на проявление на чертата гняв при прехипертониците се характеризира с гневна предиспозиция, сприхавост и склонност да покачват напрежението. Най-висока степен на чертата гняв проявяват младите жени, а най-ниска се регистрира при по-възрастните мъже.
5. В интрапсихичното си функциониране прехипертониците носят характеристики, познати по литературни данни като личностов профил на хипертоника.
6. Като предиктори за прехипертония могат да се разглеждат следните показатели: градивна агресивност в социалното функциониране, съпътствана със засилена агресивна интерпретация в преживяването и противоречивост в поведението. Всичко това носещо за лицето нови стенични негативни преживявания.

VI. ПРИНОСИ

Приноси с научен характер:

1. Дисертационният труд дава за пръв път в България гласност на психологичната картина на понятието „прехипертония”, навлязло в кардиологичната литература през 2003 година.
2. Направен е актуален научен анализ на специализираната психологична литература по въпросите на хипертонията и прехипертонията с акцент върху значението на някои психологични характеристики за тяхното възникване и протичане.
3. Проведено е първо по рода си у нас тестово психологическо изследване на лица със стойности на кръвното налягане, определени от лекар като прехипертонични.
4. Доказа се, че лицата с прехипертония имат личностови особености, които ги приравняват към личностовия профил на хипертоника.

Приноси с научно-приложен характер:

1. Разработена е тестова батерия от самооценъчни скали и личностов проективен тест, която регистрира успешно водещи личностови характеристики на лицата с прехипертония.
2. За пръв път у нас се прилага тестът на Спилбъргър за изследване на чертата гняв.
3. Констатирани са специфики на преживяване и поведение на лицата с прехипертония, които могат да се обобщят като предиктори за появата на състоянието „прехипертония”.

Публикации по дисертационната тема:

1. Boncheva Iv., Misheva A. Experience of significant life events in individuals diagnosed with prehypertension. J of IMAB. 2012; 18(3):327-329

<http://www.journal-imab-bg.org/issue-2012/book3/vol18book3p327-329.htm>

2. Мишева А. Честота и степен на гнева у лица с прехипертония. Научна сесия 2012. Сборник научни трудове, част II. НВУ “В. Левски”, Шумен, 2013, стр. 147-152

3. Бончева Ив., Мишева А. Специфика на преживяването и поведението на лицата с прехипертония при стрес и фрустрация. Клинична и консултативна психология, година V, бр. 1 (15) 2013, стр. 3-8