

УДК 616.89-008.48:616-05:616.17-008.1:616.831-005.]-08+615.851+616-084

Канд. мед. наук Т. П. ЯВОРСЬКА

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АГРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Виявлено наростання проявів агресивності та ворожості у пацієнтів із цереброваскулярною патологією при переході на кожний наступний етап розвитку патологічного стану. Підвищення стресового ризику супроводжувалося зростанням рівнів агресивності та ворожості, а також ролі неконструктивних форм прояву агресії (почуття образи, вини, підозрливості, негативізму). Психокорекція форм та проявів агресії є важливою складовою медико-психологічної допомоги для таких пацієнтів.**

*Ключові слова: агресивність, ворожість, цереброваскулярна патологія, медико-психологічна допомога.*

Цереброваскулярна патологія (ЦВП) становить значну медичну, психосоціальну та медико-психологічну проблему, що обумовлено її тяжкими наслідками для фізичного та психічного здоров'я хворих (рухова, когнітивна, мовна дисфункція, психічні розлади) та близького оточення (догляд за пацієнтом, емоційна підтримка, участь у реабілітаційних заходах) [1–3].

У розвитку ЦВП важливу роль відіграють соматичні захворювання: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця (ІХС), атеросклероз церебральних судин, ожиріння, цукровий діабет, васкуліти, дисфункція системи згортання крові, остеохондроз, черепно-мозкові травми, які формують патофізіологічний фон для розгортання хвороби [4]. Ураховуючи поширеність серцево-судинної патології у світі в цілому та в Україні зокрема, саме вона має визначальне значення для захворюваності на ЦВП [3].

Розвиток кардіоваскулярних захворювань спричиняють різноманітні фактори, серед яких

психологічні та психосоціальні займають важливу позицію [5–7]. Артеріальну гіпертензію та ІХС навіть відносять до групи психосоматичних хвороб, для яких психологічний аспект відіграє одну з провідних ролей у розвитку та перебігу захворювання.

У цілому до психологічних факторів ризику соматичних хвороб належать гострий та хронічний стрес, негативні емоції, внутрішньоособистісні чи інтерпсональні конфлікти, у тому числі прихована (витіснена) агресія та ворожість. Прояви агресивності найчастіше асоціюються саме з патологією серцево-судинної системи.

У відповідь на стрес активується симпатична частина вегетативної нервової системи, що зумовлює спазмування судин (головного мозку, коронарних артерій) і призводить до підвищення артеріального тиску та інших патофізіологічних проявів. Агресивність як особистісна риса та її складові (ворожість, гнів, вина) супроводжуються вісцеро-вегетативними розладами, у тому числі змінами у серцево-судинній системі [8]. Отже, не-

виражена та неусвідомлювана особистістю агресія може виступати внутрішнім подразником, що запускає стресову відповідь та розвиток негативних змін у діяльності організму.

Визначено, що прояви агресії, ворожості, депресії, відчуття образи у пацієнтів з ішемічною хворобою серця зростають із загостренням перебігу, що є наслідком тяжкої соматичної патології (соматопсихічний вплив) і психологічними факторами ризику розвитку негативної клінічної динаміки (психосоматичний вплив) [9].

За Ф. Александером [10], розвиток артеріальної гіпертензії пов'язаний із наростанням ворожо-агресивних почуттів. Пацієнти з гіпертонією, з одного боку, схильні продукувати інтенсивні емоції при зіткненні з перешкодою під час реалізації своїх цілей, з іншого — у них присутній страх втратити значущі відносини, коли вони демонструють прояви своїх переживань оточуючим. Це призводить до постійного контролю над власною психоемоційною сферою, пригніченням емоційних реакцій, у тому числі й агресивних імпульсів. Формується конфлікт між наявною інтенсивністю переживань та їх вираженням, що може призводити до розвитку соматичної патології.

Існує певна специфічна сукупність психологічних факторів ризику для кожної клінічної форми ІХС, що поєднується з минулими порушеннями мозкового кровообігу: 1) у пацієнтів з діагнозом ІХС, безбольова ішемія присутня асоціація напруги, пригніченої агресії, аутоагресії, низького рівня его-захисних реакцій; 2) у пацієнтів зі стійкою клінічною симптоматикою ІХС та інфарктом міокарда без зубця Q наявний взаємозв'язок між фізичною, непрямою і вербальною агресією, зниженням цінності спілкування і взаємодії, почуттям образи, зниженням рівня особистої відповідальності; у пацієнтів з ІХС, що поєднується з порушеннями мозкового кровообігу, відзначається зв'язок між вираженістю его-захисних реакцій, негативізмом, потребою в любові і прийнятті, депресією, відходом від реальності, почуттям провини [9].

Таким чином, оцінка проявів та форм агресії у пацієнтів з ЦВП є важливою складовою у розумінні особливостей розвитку та перебігу цього патологічного стану і, відповідно, можливості розробки заходів медико-психологічної допомоги та психопрофілактики.

Мета цього дослідження — вивчити особливості прояву форм агресії у пацієнтів із ЦВП на різних етапах її перебігу як мішеней психологічної допомоги у структурі здоров'яцентрованого підходу.

З дотриманням принципів етики та деонтології на базі Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Харківської обласної клінічної лікарні впродовж 2016–2018 рр. проведено

клініко-психологічне та психодіагностичне обстеження 430 осіб, з яких 383 становили основну групу (ОГ), 47 — групу порівняння (ГП).

До ОГ увійшли хворі з ЦВП на різних етапах її розвитку та перебігу: ОГ1 ( $n = 122$ ) — з патологією серцево-судинної системи у вигляді гіпертонічної хвороби (59,8%) та ІХС (40,2%), що супроводжуються наявністю чинників кардіоваскулярного ризику, з тривалістю захворювання від 1 до 3 років; ОГ2 ( $n = 134$ ) — з клінічною симптоматикою ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак, що простежувалися в анамнезі від 6 до 24 міс; ОГ3 ( $n = 127$ ) — пацієнти після перенесеного мозкового інсульту у періоді від 6 до 18 міс.

ГП формувалася з опитаних без соматичної патології чи факторів кардіоваскулярного ризику.

За гендерним складом: 58,5% — чоловіки, 41,5% — жінки. Вік пацієнтів становив від 37 до 68 років.

Вивчення проявів агресивності у пацієнтів із ЦВП проводилося на основі Опитувальника форм та проявів агресії А. Басса — А. Дарки (Buss — Durkee Hostility Inventory, BDHI) в адаптації А. А. Хвана, Ю. А. Зайцева, Ю. А. Кузнецової. Розподіл хворих на групи залежно від рівня стресового ризику — помірного, високого, надвисокого — здійснювався на основі Бостонського тесту на стресостійкість (тест «Аналіз стилю життя»). Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v. 8.0.3.

Загалом стосовно прояву агресії у континуумі «умовно здорові — група ризику — клінічні прояви ЦВП — після інсульту» виявлено зростання значущості непрямої агресії, дратівливості, негативізму, відчуття образи, підозрливості у пацієнтів з ЦВП у міру розвитку захворювання, що призводило в цілому до підвищення загального рівня агресивності та ворожості (табл. 1).

У структурі форм агресії у ГП провідну роль відігравали роздратування, вербальна агресія та відчуття образи, за ними слідували непряма агресія та почуття провини, найменш представленими були фізична агресія, підозрливості та негативізм.

У пацієнтів ОГ1 розподіл форм агресії був подібним до осіб ГП, відмінність полягала у схильності до підвищення вираженості окремих її проявів. У структурі агресії в опитаних ОГ2 виявлено домінування форм почуття образи, роздратованість, вербальну агресію, провину, більшу роль відігравала підозрливості, меншу — негативізм, фізична та непряма агресія. В ОГ3 провідними формами агресії були почуття образи та провини, підозрливості, роздратування, вербальна агресія, посилювалося значення негативізму, непрямої агресії, менше навантаження припадало на фізичну агресію.

Отже, погіршення соматичного стану і настання несприятливих для здоров'я наслідків у пацієнтів

Таблиця 1

## Загальна структура форм агресії у досліджуваних групах, %

Форма/рівень	Ф	К	Д	Н	О	П	В	ПВ	ІВ	ІА
ГП, n = 47										
Низький	6,4	8,5	4,3	6,4	4,3	8,5	2,1	2,1	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>
Середній	74,5	68,1	51,1	76,6	61,7	70,2	53,2	70,2	<b>70,2</b>	<b>63,8</b>
Підвищений	17,0	21,3	31,9	14,9	23,4	17,0	31,9	17,0	<b>19,1</b>	<b>23,4</b>
Високий	2,1	2,1	10,6	2,1	8,5	2,1	10,6	8,5	<b>6,4</b>	<b>8,5</b>
Надвисокий	—	—	2,1	—	2,1	2,1	2,1	2,1	—	—
ОГ1, n = 122										
Низький	3,3	3,3	1,6	3,3	1,6	3,3	1,6	—	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>
Середній	73	67,2	48,4	76,2	54,1	62,3	45,9	62,3	<b>58,2</b>	<b>56,6</b>
Підвищений	21,3	23,8	31,1	18	26,2	24,6	36,9	22,1	<b>25,4</b>	<b>29,5</b>
Високий	2,5	4,9	15,6	2,5	14,8	7,4	13,1	12,3	<b>12,3</b>	<b>10,7</b>
Надвисокий	—	0,8	3,3	—	3,3	2,5	2,5	3,3	<b>2,5</b>	<b>1,6</b>
ОГ2, n = 134										
Низький	1,5	0,7	—	0,7	—	1,5	—	—	<b>0,7</b>	—
Середній	70,9	61,2	38,8	65,7	44,8	52,2	35,1	47	<b>49,3</b>	<b>47,8</b>
Підвищений	23,1	29,9	32,8	27,6	28,4	29,9	41	29,1	<b>28,4</b>	<b>30,6</b>
Високий	4,5	7,5	23,1	6	19,4	11,2	19,4	17,2	<b>15,7</b>	<b>17,9</b>
Надвисокий	—	0,7	5,2	—	7,5	5,2	4,5	6,7	<b>6</b>	<b>3,7</b>
ОГ3, n = 127										
Низький	0,8	0,8	—	0,8	—	0,8	—	—	<b>0,8</b>	—
Середній	64,6	47,2	25,2	56,7	32,3	38,6	29,9	33,9	<b>35,4</b>	<b>34,6</b>
Підвищений	27,6	32,3	36,2	26	26,8	32,3	40,9	31,5	<b>29,9</b>	<b>37,8</b>
Високий	7,1	13,4	27,6	11	22,8	16,5	22	21,3	<b>18,9</b>	<b>16,5</b>
Надвисокий	—	6,3	11	5,5	18,1	11,8	7,1	13,4	<b>15</b>	<b>11</b>

Примітка. Ф — фізична агресія, К — непряма агресія, Д — дратівливість, Н — негативізм, О — образа, П — підозріливість, В — вербальна агресія, ПВ — провина, ІВ — індекс ворожості, ІА — індекс агресивності. Те саме у табл. 2.

www.mps.kh.ua

Таблиця 2

## Структура форм агресії залежно від етапу розвитку цереброваскулярної патології та рівня стресового ризику, %

Форма/рівень	Ф	К	Д	Н	О	П	В	ПВ	ІВ	ІА	
ПСР	Низький	4,3	9,7	4,3	7,5	4,3	9,7	2,2	1,1	<b>6,5</b>	<b>4,3</b>
	Середній	81,7	76,3	72	82,8	79,6	80,6	72	83,9	<b>82,8</b>	<b>78,5</b>
	Підвищений	14	14	20,4	9,7	15,1	8,6	22,6	14	<b>10,8</b>	<b>17,2</b>
	Високий	—	—	3,2	—	1,1	1,1	3,2	1,1	—	—
	Надвисокий	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ВСР	Низький	2,6	0,4	—	0,9	—	0,9	0,4	—	—	—
	Середній	67,7	63,8	38	66,8	47,2	58,5	35,8	54,6	<b>52,8</b>	<b>47,6</b>
	Підвищений	24	29,3	39,3	24	27,5	28,8	44,1	27,9	<b>28,4</b>	<b>33,6</b>
	Високий	5,7	5,7	19,7	7	20,5	8,7	18,3	13,5	<b>15,3</b>	<b>15,7</b>
нВСР	Надвисокий	—	0,9	3,1	1,3	4,8	3,1	1,3	3,9	<b>3,5</b>	<b>3,1</b>
	Низький	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Середній	64,8	36,1	12	54,6	13	17,6	15,7	11,1	<b>15,7</b>	<b>23,1</b>
	Підвищений	29,6	37	31,5	32,4	35,2	41,7	41,7	34,3	<b>38</b>	<b>39,8</b>
	Високий	5,6	19,4	38,9	9,3	26,9	23,1	27,8	34,3	<b>25,9</b>	<b>24,1</b>
Надвисокий	—	7,4	17,6	3,7	25	17,6	14,8	20,4	<b>20,4</b>	<b>13,0</b>	

Примітка. ПСР — помірний стресовий ризик, ВСР — високий стресовий ризик, нВСР — надвисокий стресовий ризик. Те саме в табл. 3–6.

Таблиця 3

Розподіл форм агресії в опитаних групі порівняння залежно від рівня стресового ризику, %

Форма/рівень	Ф	К	Д	Н	О	П	В	ПВ	ІВ	ІА	
ПСП	Низький	11,1	16,7	11,1	11,1	11,1	16,7	5,6	5,6	<b>11,1</b>	<b>11,1</b>
	Середній	77,8	72,2	72,2	83,3	77,8	77,8	72,2	88,9	<b>83,3</b>	<b>83,3</b>
	Підвищений	11,1	11,1	16,7	5,6	11,1	5,6	22,2	5,6	<b>5,6</b>	<b>5,6</b>
	Високий	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Надвисокий	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ВСП	Низький	4,3	4,3	—	4,3	—	4,3	—	—	—	—
	Середній	73,9	69,6	47,8	78,3	60,9	73,9	47,8	73,9	<b>69,6</b>	<b>56,5</b>
	Підвищений	17,4	26,1	39,1	13,0	26,1	17,4	34,8	17,4	<b>21,7</b>	<b>30,4</b>
	Високий	4,3	—	13,0	4,3	13,0	4,3	17,4	8,7	<b>8,7</b>	<b>13,0</b>
	Надвисокий	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
нВСП	Низький	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Середній	66,7	50,0	—	50,0	16,7	33,3	16,7	—	<b>33,3</b>	<b>33,3</b>
	Підвищений	33,3	33,3	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	<b>50,0</b>	<b>50,0</b>
	Високий	—	16,7	33,3	—	16,7	—	16,7	33,3	<b>16,7</b>	<b>16,7</b>
	Надвисокий	—	—	16,7	—	16,7	16,7	16,7	16,7	—	—

Таблиця 4

Розподіл форм агресії у пацієнтів основної групи 1 залежно від рівня стресового ризику, %

Форма/рівень	Ф	К	Д	Н	О	П	В	ПВ	ІВ	ІА	
ПСП	Низький	5,9	11,8	5,9	8,8	5,9	8,8	2,9	—	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>
	Середній	79,4	73,5	73,5	82,4	79,4	82,4	76,5	88,2	<b>82,4</b>	<b>76,5</b>
	Підвищений	14,7	14,7	20,6	8,8	14,7	8,8	20,6	11,8	<b>11,8</b>	<b>17,6</b>
	Високий	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Надвисокий	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ВСП	Низький	3,2	—	—	1,6	—	1,6	1,6	—	—	—
	Середній	71,4	71,4	46,0	74,6	55,6	68,3	39,7	66,7	<b>61,9</b>	<b>55,6</b>
	Підвищений	22,2	25,4	38,1	20,6	27,0	23,8	42,9	22,2	<b>25,4</b>	<b>33,3</b>
	Високий	3,2	3,2	15,9	3,2	17,5	6,3	15,9	11,1	<b>12,7</b>	<b>11,1</b>
	Надвисокий	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
нВСП	Низький	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Середній	68,0	48,0	20,0	72,0	16,0	20,0	20,0	16,0	<b>16,0</b>	<b>32,0</b>
	Підвищений	28,0	32,0	28,0	24,0	40,0	48,0	44,0	36,0	<b>44,0</b>	<b>36,0</b>
	Високий	4,0	16,0	36,0	4,0	28,0	20,0	24,0	32,0	<b>28,0</b>	<b>24,0</b>
	Надвисокий	—	4,0	16,0	—	16,0	12,0	12,0	16,0	<b>12,0</b>	<b>8,0</b>

із ЦВП супроводжувалося зростанням та трансформуванням форм агресії у менш конструктивні форми (негативізм, підозріливість, почуття образи, провини) з формуванням негативного ставлення до оточення та власної особистості.

Прояви форм агресії мали відмінності залежно від рівня стресового ризику (табл. 2):

— підвищення стресового ризику супроводжувалося зростанням рівня агресивності та ворожості як інтегративних показників;

— у структурі в осіб з помірним ризиком стресу агресія проявлялася переважно у формі драгливості та вербальної агресії, з високим — до них приєднувалися почуття образи та провини,

з надвисоким — вагома роль належала непрямій агресії та підозріливості.

Деталізований розподіл форм агресії у досліджуваних групах залежно від рівня стресового ризику подано у табл. 3–6.

У ГП спостерігалось підвищення рівня агресивності та ворожості в опитуваних з високим та надвисоким рівнями стресового ризику та зростання ролі неконструктивних форм прояву агресії (почуття образи, вини, підозріливості) в осіб із надвисоким стресовим ризиком.

У пацієнтів ОГ1 виявлено подібну до ГП тенденцію до підвищення проявів агресії та посилення ролі її неконструктивних форм, а в осіб із

Таблиця 5

## Розподіл форм агресії в осіб основної групи 2 залежно від рівня стресового ризику, %

Форма/рівень	Ф	К	Д	Н	О	П	В	ПВ	ІВ	ІА	
ПСП	Низький	—	4,0	—	4,0	—	8,0	—	—	<b>4,0</b>	—
	Середній	84,0	80,0	72,0	84,0	80,0	76,0	68,0	80,0	<b>84,0</b>	<b>80,0</b>
	Підвищений	16,0	16,0	20,0	12,0	16,0	12,0	24,0	16,0	<b>12,0</b>	<b>20,0</b>
	Високий	—	—	8,0	—	4,0	4,0	8,0	4,0	—	—
	Надвисокий	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ВСП	Низький	2,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Середній	66,2	64,9	39,0	62,3	46,8	58,4	32,5	50,6	<b>51,9</b>	<b>45,5</b>
	Підвищений	24,7	29,9	37,7	29,9	29,9	31,2	48,1	32,5	<b>29,9</b>	<b>32,5</b>
	Високий	6,5	5,2	20,8	7,8	20,8	7,8	18,2	13,0	<b>16,9</b>	<b>20,8</b>
	Надвисокий	—	—	2,6	—	2,6	2,6	1,3	3,9	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>
нВСП	Низький	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Середній	71,9	37,5	12,5	59,4	12,5	18,8	15,6	12,5	<b>15,6</b>	<b>28,1</b>
	Підвищений	25,0	40,6	31,3	34,4	34,4	40,6	37,5	31,3	<b>37,5</b>	<b>34,4</b>
	Високий	3,1	18,8	40,6	6,3	28,1	25,0	31,3	37,5	<b>25,0</b>	<b>25,0</b>
	Надвисокий	—	3,1	15,6	—	25,0	15,6	15,6	18,8	<b>21,9</b>	<b>12,5</b>

Таблиця 6

## Розподіл форм агресії у пацієнтів основної групи 3 залежно від рівня стресового ризику, %

Форма/рівень	Ф	К	Д	Н	О	П	В	ПВ	ІВ	ІА	
ПСП	Низький	—	6,3	—	6,3	—	6,3	—	—	<b>6,3</b>	—
	Середній	87,5	81,3	68,8	81,3	81,3	87,5	68,8	75,0	<b>81,3</b>	<b>75,0</b>
	Підвищений	12,5	12,5	25,0	12,5	18,8	6,3	25,0	25,0	<b>12,5</b>	<b>25,0</b>
	Високий	—	—	6,3	—	—	—	6,3	—	—	—
	Надвисокий	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ВСП	Низький	1,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Середній	63,6	53,0	25,8	60,6	34,8	43,9	31,8	40,9	<b>39,4</b>	<b>39,4</b>
	Підвищений	27,3	33,3	42,4	24,2	25,8	34,8	43,9	31,8	<b>31,8</b>	<b>36,4</b>
	Високий	7,6	10,6	24,2	10,6	25,8	13,6	21,2	18,2	<b>18,2</b>	<b>15,2</b>
	Надвисокий	—	3,0	7,6	4,5	13,6	7,6	3,0	9,1	<b>10,6</b>	<b>9,1</b>
нВСП	Низький	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Середній	57,8	26,7	8,9	42,2	11,1	13,3	13,3	8,9	<b>13,3</b>	<b>13,3</b>
	Підвищений	33,3	37,8	31,1	33,3	31,1	37,8	42,2	33,3	<b>33,3</b>	<b>44,4</b>
	Високий	8,9	22,2	40,0	15,6	26,7	26,7	28,9	33,3	<b>26,7</b>	<b>24,4</b>
	Надвисокий	—	13,3	20,0	8,9	31,1	22,2	15,6	24,4	<b>26,7</b>	<b>17,8</b>

надвисоким стресовим ризиком визначено більше зростання ворожості порівняно з агресивністю.

У хворих ОГ2 на фоні посилення роздратування та вербальної агресії зростала значущість форм агресії у вигляді почуття образи, провини, підозрливості, що особливо виражено спостерігалось в осіб із високим та надвисоким ризиком стресу.

Пацієнти з ОГ3 становили особливу категорію у зв'язку зі значними порушеннями фізичного здоров'я, а отже, й психологічного та психосоціального статусу. Для хворих після мозкового інсульту

з високим та надвисоким стресовим ризиком були властиві виражені прояви почуття образи, провини, підозрливості, негативізму, непрямой агресії, що вказувало на значну дестабілізацію у психічній сфері.

Таким чином, унаслідок негативного впливу хвороби на психічну сферу (відчуття симптомів захворювання та переживання їх значення) у пацієнтів із ЦВП наростають прояви агресивності та ворожості при переході на кожний наступний етап розвитку патологічного стану. Зростання проявів агресії можна інтерпретувати, з одного боку, як індикатор

психоемоційних змін, а з іншого — як спосіб мобілізації внутрішнього ресурсу, спрямованого на подолання перешкоди, якою виступає хвороба.

Підвищення стресового ризику супроводжується зростанням рівня агресивності та ворожості, а також ролі неконструктивних форм прояву агресії (почуття образи, вини, підозрливості, негативізму).

Психокорекція форм та проявів агресії є важливою складовою заходів медико-психологічної допомоги для пацієнтів із ЦВП, що базується на здоров'яцентрованому підході.

#### Список літератури

1. *Мищенко Т. С.* Епидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине / Т. С. Мищенко // Укр. вісн. психоневрології.— 2017.— Т. 25, вип. 1 (90).— С. 22–24.
2. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V. L. Feigin, M. H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi [et al.] // *Lancet*.— 2014.— Vol. 383, № 9913.— P. 245–254.
3. Хвороби системи кровообігу в Україні як одна з характеристик суспільного здоров'я / О. Я. Бабак, В. І. Дроздова, А. А. Бабець [та ін.] // Укр. терапевтичний журн.— 2017.— № 1.— С. 4–11.
4. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик — ключові питання сучасної медицини / Г. Д. Фадеєнко, О. Є. Гріднев, А. О. Несен [та ін.] // Укр. терапевтичний журн.— 2013.— № 1.— С. 102–107.
5. *Маркова М. В.* Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // *Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия*.— 2008.— № 243 (спец. вып.).— С. 71–74.
6. Психосоціальний стрес та негативний вплив макро- й мікросоціальних чинників як складова розвитку хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич, Н. М. Степанова [та ін.] // *36. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*.— 2008.— № 4.— С. 336–348.
7. Стрес і хвороби системи кровообігу: посіб.; за ред. В. М. Коваленко, В. М. Корнацького.— К.: Коломішин В. Ю., 2015.— 352 с.
8. *Бисалиев Р. В.* Агрессивное поведение в структуре соматических расстройств / Р. В. Бисалиев, А. С. Кубекова, А. В. Хаджимурадов // *Современные проблемы науки и образования*.— 2013.— № 5.— URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=10343>
9. *Чапала Т. В.* Влияние психологических факторов на отягощение соматического состояния пациентов с ишемической болезнью сердца / Т. В. Чапала // *Вестн. Орловского гос. ун-та*.— 2011.— № 5 (19).— С. 397–400.
10. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение; пер. с англ. С. Могилевского / Ф. Александр.— М.: Эксмо-Пресс, 2002.— 352 с.

### ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Т. П. ЯВОРСКАЯ

**Выявлено нарастание проявлений агрессивности и враждебности у пациентов с цереброваскулярной патологией при переходе на каждый следующий этап развития патологического состояния. Повышение стрессового риска сопровождалось возрастанием уровней агрессивности и враждебности, а также роли неконструктивных форм проявления агрессии (чувство обиды, вины, подозрительности, негативизма). Психокоррекция форм и проявлений агрессии является важной составляющей медико-психологической помощи для таких пациентов.**

*Ключевые слова: агрессивность, враждебность, цереброваскулярная патология, медико-психологическая помощь.*

### FEATURES OF AGGRESSION MANIFESTATION IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

T. P. YAVORSKA

**The high levels of aggressive and hostile behaviours in patients with cerebrovascular pathology during disease development have been revealed. High stress risk was accompanied with increasing level of aggression and hostility, as well as the growing role of non-constructive forms of aggression (feelings of guilt, suspicions, negativism). Psychological correction of the forms and manifestations of aggressive behaviour is an important component of medical and psychological assistance for patients with cerebrovascular pathology.**

*Key words: hostility, aggression, cerebrovascular pathology, medical and psychological assistance.*

Надійшла 21.03.2019