

Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью в связи с агрессией

Кравцова Н.А.

*Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), г. Владивосток, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2841-4144>, e-mail: kranatali@yandex.ru*

Киняйкина Е.В.

*Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), г. Владивосток, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9887-6761>, e-mail: elen5555@mail.ru*

Трухан В.В.

*Медико-санитарная часть МВД России по Приморскому краю (ФКУЗ «МСЧ МВД России по Приморскому краю»), г. Владивосток, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5541-8602>, e-mail: nikulya_95@mail.ru*

В исследовании проверялась гипотеза о том, что статус идентичности у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) отличается от такового у условно здоровых людей и связан с проявлениями агрессивности. Выборку исследования составили 75 человек, из них в эмпирическую группу вошли 45 пациентов в возрасте от 21 до 38 лет ($M=27,85$ лет, $SD=3,21$ лет) с установленным диагнозом ГЭРБ, из них 66,7% мужчин и 33,3% женщин. В группу сравнения — 30 условно здоровых человек в возрасте от 21 до 32 лет ($M=26,90$ лет, $SD=3,87$ лет), из них 60,0% мужчин и 40,0% женщин. Использовались Методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) Л.Б. Шнейдер, русскоязычная версия Опросника объективного измерения статуса эго-идентичности в адаптации Т.А. Гавриловой и Е.В. Глушак, Я-структурный тест Аммона в адаптации Ю.Я. Тупицына и др., опросник «Виды агрессивности» Л.Г. Почебут и опросник агрессивности Басса-Дарки. По результатам исследования у 48,9% пациентов с ГЭРБ была выявлена диффузная идентичность, у 20,0% — мораторий, у 17,7% — достигнутая позитивная идентичность, у 6,7% — преждевременная идентичность и 6,7% псевдопозитивная идентичность. У 30,0% здоровых выявлен статус «мораторий», у 26,6% — достигнутая позитивная идентичность, у 23,3% — диффузная идентичность и у 16,7% — псевдопозитивная идентичность. У пациентов с ГЭРБ в зависимости от статуса идентичности выявлены связи с разными показателями агрессии: статус принятой идентичности прямо связан с предметной агрессией; статус мораторий — с дефицитарной агрессией, статус достигнутой идентичности — с косвенной агрессией и чувством вины. Выявлено, что чем ниже показатель личностной идентичности, который соответствует статусам принятой и диффузной идентичности, тем выше у пациентов раздражение и враждебность. У условно

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

здоровых респондентов значимые связи показателей идентичности с показателями агрессии не выявлены.

Ключевые слова: гастроэзофагеальный рефлюкс, личность, статус идентичности, агрессия, центральные Я-функции личности.

Для цитаты: Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В. Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью в связи с агрессией [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 23–43. DOI: 10.17759/cpse.2022110102

Identity of Patients with Reflux Disease in Connection with Aggression

Natalia A. Kravtsova

*Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2841-4144>,
e-mail: kranatali@yandex.ru*

Elena V. Kinyaykina

*Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9887-6761>,
e-mail: elen5555@mail.ru*

Veronika V. Trukhan

*Medical and Sanitary Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Primorsky
Territory, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5541-8602>,
e-mail: nikulya_95@mail.ru*

The study tested the hypothesis of difference of personality identity in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) and healthy individuals and of association of difference with manifestations of aggressiveness. The sample of 75 subjects includes an experimental group of 45 patients, aged 21 to 38 years old ($M=27.85$, $SD=3.21$), with an established diagnosis of GERD, 66.7% men and 33.3% women. Control group of 30 normal individuals aged 21 to 32 years ($M=26.90$, $SD=3.87$), who do not have a history of GERD, 66.0% men and 40.0% women. The methodological complex includes: Method for the Study of Personal Identity Schneider (MILES); Questionnaire for Objective Measurement of Status Ego-Identity (adaption by Gavrilova, Glushak); ISTA (Tupitsyn et al.); the method "Types of aggressiveness" (Pochebut); Buss-Durkee Hostility Inventory. The diffuse identity was revealed in 48.9% of patient group, the "moratorium" identity status was revealed in 20.0%, while achieved positive identity, premature identity, and pseudo-positive identity were found in 17.7%, 6.7%, and 6.7% of patients, accordingly. The "moratorium" identity status was revealed in 30.0% of normal group, while achieved positive identity, "moratorium" identity, and pseudo-positive identity were found in 26.6%,

23.3%, and 16.7% of patients, accordingly. Also, in GERD patients following connections with different aggression indicators were revealed depending on the identity status: the status of the adopted identity is directly related to the object aggression; the status of a moratorium related with the deficit aggression, the status of achieved identity related with the indirect aggression and guilt. Personal identity indicator corresponds to the status of accepted and diffuse identity. It was revealed that the lower state of personal identity indicator connected to the higher state of the irritation and hostility in patients. The control group did not reveal significant links between the indicators of identity and indicators of aggression.

Keywords: gastroesophageal reflux, personality, identity, aggression, central self-functions.

For citation: Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V. Identity of Patients with Reflux Disease in Connection with Aggression. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 11, no. 1, pp. 23–43. DOI: 10.17759/cpse.2022110102 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

В последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), симптомы которой выявляются у 50% взрослого населения и лидируют среди заболеваний пищеварительной системы, а в группе заболеваний пищевода составляют около 75% случаев [8; 11; 16]. Высокая распространенность ГЭРБ среди заболеваний пищеварительной системы у лиц разного возраста и пола во всем мире составляет 8–33% [11; 16; 26–28]. Согласно данным эпидемиологов, рефлюксной болезнью страдают от 10% до 20% населения западных стран и 13,3% населения России [6; 10; 16; 27].

Основные усилия гастроэнтерологов в настоящее время направлены на более детальное обследование пациента с использованием современных методов эндоскопии пищеварительной системы. Однако следует признать, что подобный диагностический акцент не обеспечивает повышения эффективности лечения пациентов с рефлюксной болезнью. На фоне широкого использования антисекреторных препаратов вместо ожидаемого лечебного эффекта отмечается рефрактерность части пациентов к этим препаратам и, возможно, вследствие этого, их низкая комплаентность [10].

В работах И.А. Гришечкиной у пациентов с ГЭРБ были выявлены высокая частота невротических реакций и дезадаптивных типов поведения в условиях болезни, высокий уровень тревожности и преобладание агрессивности над враждебностью [4; 5]. Л.Н. Мосийчук и соавторы выявили у 100% людей с ГЭРБ повышенную тревожность и у 91,2% пациентов депрессивную симптоматику [13]. Авторы считают, что наличие психологической дезадаптации у пациентов с ГЭРБ влияет на эффективность лечения и без соответствующей психокоррекции делает невозможным достижение стойкой ремиссии по основному заболеванию [13].

Клинико-психологическое исследование комплексной терапии пациентов с рефлюксной болезнью, включающей психотерапию, показало значительный лечебный эффект подобного подхода, проявляющийся не только в виде снижения характерной клинической симптоматики, но и в изменениях показателей психологического реагирования, повышения качества жизни пациентов [25]. Авторами выявлена сильная связь между показателем тревоги и психологическим компонентом качества жизни, а также обратная связь между показателем тревоги и клиническим индексом [24].

О.И. Одарущенко выявила у пациентов с ГЭРБ психоэмоциональную напряженность, повышенную личностную тревожность, плохое самочувствие и субъективный дискомфорт, беспокойство, подверженность страхам и чувству вины, снижение мотивации и изменения в сфере социального общения [14].

В исследовании С. Zhong и коллег было показано, что симптомы соматизации, депрессии, тревоги, враждебности и фобии тревожности, выявленные с помощью симптоматического опросника SCL-90-R, у больных с рефлюксной болью в груди были выше, чем у пациентов с типичным рефлюксным синдромом и у здоровых людей [30]. В другом исследовании продемонстрирована связь симптомов ГЭРБ с хроническими болезненными височно-нижнечелюстными симптомами, а соматизацию, беспокойство и нарушение сна авторы рассматривают как фактор, опосредующий эту связь [29].

Л.В. Ромасенко и соавторы представили данные клинических исследований, демонстрирующих участие в патогенезе заболеваний пищеварительной системы как органических, так и функциональных психических факторов, а также психосоматических и соматопсихических механизмов, что требует, по мнению авторов, мультидисциплинарного подхода к лечению с участием психиатров [17].

Как показал проведенный нами обзор отечественных и зарубежных исследований проблемы ГЭРБ, большинство работ представляет анализ эмоциональных факторов, которые являются отражением более глубоких личностных механизмов, проявляющихся в том числе в симптоматике ГЭРБ. Если с психосоматическими механизмами все относительно понятно — соматическое страдание меняет психическое состояние, свойства и характер протекания психических процессов, то психосоматический компонент остается недостаточно изученным. Психосоматические феномены включают прежде всего телесную идентичность, которая начинает формироваться в период сенсомоторного развития ребенка и является отправной точкой для становления личностной идентичности в подростковом и юношеском возрасте. Идентичность в непрерывном процессе развития личности выполняет в основном адаптационные функции. При тяжелом соматическом заболевании происходит нарушение привычной системы социальных ролей и представлений, структура идентичности лишается внутренней целостности. Все это может способствовать кризису идентичности [9; 12].

В текущем исследовании идентичности пациентов с ГЭРБ в качестве теоретической основы мы будем использовать статусную модель Джеймса Марсиа, в которой он выделил четыре варианта (статуса) идентичности: преждевременная

(предрешенная или принятая), диффузная, достигнутая и мораторий. Для определения статуса Дж. Марсиа использовал критерий наличия/отсутствия кризиса вследствие поиска идентичности и критерий наличия/отсутствия единиц идентичности (личностно значимых целей, ценностей, убеждений). Проживание кризиса идентичности (статус «мораторий») связано с состоянием фрустрации, что, в свою очередь, может приводить к повышению уровня агрессии [2; 22, 23]. Отсутствие ясного чувства идентичности как личностного тождества и непрерывности личности, характеризующее статус диффузной идентичности, может быть причиной негативных эмоциональных переживаний, в том числе ненаправленной злобы. Учитывая биологическую составляющую клинической симптоматики ГЭРБ в виде агрессивного воздействия желудочного содержимого на слизистую пищевода и опираясь на биопсихосоциальную модель личности и болезни G.L. Engel, рассматривающую биологическую, психологическую и социальную составляющие в понимании этиопатогенеза заболеваний, мы предположили возможность специфических проявлений агрессии в связи со статусом идентичности пациентов с ГЭРБ [20].

Актуальность исследования статуса идентичности в связи с показателями агрессии у пациентов с ГЭРБ обусловлена необходимостью прояснения роли психологических факторов в патогенезе ГЭРБ. Так как до настоящего времени не выработана единая концепция лечения ГЭРБ с учетом всех факторов этиопатогенеза, что проявляется в рецидивировании заболевания почти у 100% пациентов [16; 25; 28], проведенное исследование в перспективе позволит выделить мишени психокоррекции с целью повышения эффективности комплексной терапии.

Цель исследования — определение вариантов статуса эго-идентичности в их взаимосвязи с агрессией у пациентов с ГЭРБ.

Гипотеза 1: у пациентов с ГЭРБ преобладает статус диффузной идентичности в отличие от условно здоровых респондентов, для которых характерно преобладание статуса достигнутой идентичности.

Гипотеза 2: у пациентов с ГЭРБ статус диффузной идентичности связан с вербальной агрессией.

Методология исследования

Выборка. Совокупная выборка исследования составила 75 человек, включая экспериментальную группу и группу сравнения. Критерии формирования экспериментальной группы: наличие клинически установленного диагноза ГЭРБ (эрозивной и неэрозивной форм); критерий исключения из выборки — диагноз пищевода Баррета.

Экспериментальную группу (ЭГ) составили 45 пациентов в возрасте от 21 до 38 лет ($M=27,85$ лет, $SD=3,21$ лет) с клинически установленным диагнозом ГЭРБ; среди них 30 мужчин (66,7%) и 15 женщин (33,3%). Из вредных привычек курение отметили 37 человек (82,0%), нарушение режима питания — 38 человек (84,4%), стрессовый характер работы — 45 человек (100%).

Группу сравнения (ГС) составили 30 условно здоровых человек в возрасте от 21 до 38 лет ($M=26,90$ лет, $SD=3,87$ лет), не имеющих в анамнезе ГЭРБ; среди 18 мужчин (60,0%) и 12 женщин (40,0%). Курение в качестве вредной привычки отметили 20 человек (66,7%), нарушение режима питания — 24 человека (80%), стрессовый характер работы — 30 человек (100%).

Вычисления критерия углового преобразования Фишера подтвердило, что группы сравнения сопоставимы по полу (мужчины — $p=0,670$; женщины — $p=0,620$); возрасту ($p=0,950$); вредным привычкам ($p=0,640$), нарушению режима питания ($p=0,900$) и стрессовому характеру работы ($p=0,990$).

Клиническая характеристика экспериментальной группы. В ЭГ были включены 42 пациента (93,3%) с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ) и 3 пациента (6,7%) с эрозивной рефлюксной болезнью (ЭРБ). Большинство пациентов предъявляли жалобы на изжогу (89,3%), боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи (82,4%), диспепсические явления (тошноту, отрыжку воздухом, вздутие живота) — 47%. Длительность заболевания составила от 2 до 14 лет ($M=8,67$ лет, $SD=4,01$ лет). На фиброэзофагодуоденоскопии у троих пациентов (6,7%) были выявлены эрозии пищевода, у остальных 97 (93,3%) — признаки эзофагита. У 17 пациентов (37,8%) обнаружена недостаточность кардии 1-2 степени, у двоих пациентов (4,4%) — признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке всех пациентов выявлялись признаки эритематозной гастропатии, у троих (6,7%) пациентов выявлена хеликобактер пилори, у 10 пациентов (22,2%) обнаружено наличие желчи. Все пациенты получали предусмотренное стандартами медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Методики. Для оценки идентичности использовались: Методика изучения личностной идентичности Л.Б. Шнейдер [23]; Опросник объективного измерения статуса эго-идентичности (Objective Measure of Status Ego-Identity) Дж. Адамса, адаптированная на русском языке Т.А. Гавриловой и Е.В. Глушак [3]; Я-структурный тест Г. Аммона в адаптации сотрудников НИПНИ им. Бехтерева [7]. Для изучения агрессивности использовались: методика «Виды агрессивности» Л.Г. Почебут [15]; опросник проявлений агрессии и враждебности А. Басса и Э. Дарки, стандартизированный А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым и Ю.А. Кузнецовой в 2005 году [19].

Методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) [23] построена на принципах прямого и цепного ассоциативного теста, является одношкальной, позволяет определить 5 вариантов идентичности. Опросник состоит из 218 ассоциаций. Ответы респондентов оцениваются по шкале интервалов. Статус личностной идентичности определяется по соответствию полученных испытуемым результатов определенному диапазону значений. Диффузная идентичность (0–20 баллов) — статус, при котором человек не имеет жизненных целей, ценностей и не пытается их формировать. Преждевременная (предрешенная или принятая) идентичность (20–40 баллов) — человек не переживал кризиса, но обладает системой заимствованных/навязанных ценностей, взглядов, убеждений. Статус «мораторий» (40–60 баллов) — человек переживает состояние кризиса и активно пытается разрешить его. Достигнутая идентичность (60–80 баллов) — статус

идентичности человека, прошедшего через кризис идентичности и сформировавшего определенную совокупность личностно значимых целей, ценностей. Псевдоидентичность (80–100 баллов) — тотальное поглощение социальным статусом, ролью за счет принижения и отвержения своей уникальности [23]. Надежность шкал в нашем исследовании (α Кронбаха) составила 0,83.

Опросник объективного измерения статуса эго-идентичности (OMEIS) [3] базируется на теоретико-методологической основе, которая представлена концепцией формирования эго-идентичности Э. Эриксона и концепцией статусов эго-идентичности Дж. Марсиа. Данный опросник позволяет выделить четыре статуса идентичности: диффузную (человек не прошел кризис идентичности, ясное чувство идентичности отсутствует), принятую (человек не прошел кризис идентичности принял чужую идентичность), мораторий (находится в кризисе идентичности) и достигнутую (человек прошел кризис и самостоятельно принял идентичность). Шкала состоит из 32 утверждений, которые оцениваются по шестибальной шкале. Ответы респондентов оцениваются по шкале Лийкерта. Надежность шкал в нашем исследовании (α Кронбаха) варьировала в диапазоне 0,73–0,90.

Я-структурный тест Г. Аммона [7] основан на гуманструктуральной модели личности Г. Аммона и измеряет центральные Я-функции личности (агрессия, тревога, внешнее Я-отграничение, внутреннее Я-отграничение, нарциссизм, сексуальность), каждая из которых может быть конструктивной, деструктивной и дефицитарной. Тест содержит 220 утверждений, которые распределяются на 18 шкал, между шкалами утверждения не пересекаются. Ответы респондентов оцениваются по шкале интервалов. Надежность шкал в нашем исследовании (α Кронбаха) варьировала в диапазоне 0,63–0,89. Низкая надежность была получена по шкале Конструктивное внутреннее Я-отграничение, поэтому эта переменная была удалена из анализа.

Опросник склонности к агрессии Басса–Дарки [19] измеряет проявления агрессивности и враждебности и состоит из 75 утверждений, разгруппированных по 8 шкалам: физическая, косвенная и вербальная агрессия, раздражение, негативизм, подозрительность, обида и чувство вины. Опросник позволяет рассчитать суммарный индекс агрессивных реакций (физическая, косвенная, вербальная агрессия и раздражение) и индекс враждебности (обида и подозрительность). Ответы респондентов оцениваются по шкале интервалов. Надежность шкал в нашем исследовании (α Кронбаха) составила 0,58–0,82. Низкая надежность получена по шкале негативизма; поэтому она была удалена из анализа.

Методика диагностики агрессивности «Виды агрессивности» Почебут Л.Г. является адаптационной переработкой теста А. Басса и Э. Дарки [15]. Измеряет агрессивное поведение и содержит 40 утверждений, сгруппированных в 5 шкал: вербальная агрессия, физическая агрессия, предметная агрессия, эмоциональная агрессия и самоагрессия. Ответы респондентов оцениваются по шкале интервалов от 0 до 100. Показатели надежности шкал (α Кронбаха) в нашем исследовании варьировали от 0,75 до 0,88.

Процедура исследования. Исследование проходило в офлайн формате на базе госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Приморскому краю» г. Владивостока. Эмпирическое исследование было проведено поэтапно в период с ноября 2016 года по июнь 2017 года.

Анализ данных. Категориальные данные обрабатывались с помощью частотного анализа, позволяющего определить количество объектов в выборке в абсолютном значении и процентном соотношении. Для межгрупповых сравнений средних значений переменных использовался U-критерий Манна-Уитни с поправкой на множественность сравнения Холма-Бонферрони. Для определения связи между изучаемыми показателями вычислялся коэффициент корреляции Ч. Спирмена. Анализ проводился с использованием пакета SPSS Statistic v. 17.

Анализ результатов

Частотный анализ результатов изучения личностной идентичности с помощью опросника МИЛИ показал, что 22 (48,9%) пациентам с ГЭРБ (ЭГ) характерна диффузная идентичность, 9 пациентам (20,0%) — мораторий, 8 пациентам (17,7%) — достигнутая позитивная идентичность, трем пациентам (6,7%) — преждевременная идентичность и еще трем пациентам (6,7%) — псевдопозитивная идентичность. В ГС 7 человек (23,3%) имели диффузную идентичность, 9 человек (30,0%) — мораторий, 9 (30,0%) человек — достигнутую позитивную идентичность, 5 (16,7%) — псевдопозитивную идентичность. Никто из респондентов ГС не имел статус преждевременной идентичности. Частота встречаемости диффузной идентичности в ЭГ была значимо выше, чем в ГС ($p < 0,001$), а статуса «мораторий» — значимо выше в ГС, чем в ЭГ ($p = 0,034$). Статус достигнутой идентичности в ГС встречался чаще, чем в ЭГ ($p = 0,021$). Анализ межгрупповых различий показателей МИЛИ выявил значимые различия на уровне достоверности $< 0,05$ ($U = 487,0$; $p = 0,036$).

Частотный анализ результатов исследования идентичности по опроснику OMEIS показал, что у 24 (53,3%) пациентов с ГЭРБ преобладает показатель статуса диффузной идентичности, у 13 пациентов (29,0%) — показатель статуса «мораторий». У 6 пациентов (13,3%) выявлен статус достигнутой идентичности и у двоих (4,4%) — принятой. В ГС у 17 человек (56,7%) обнаружена достигнутая идентичность, у четверых (13,3%) — диффузная; у троих (10%) — принятая идентичность и у шести (20%) — статус «мораторий».

Как видно из представленных на рис. 1 данных сравнительного анализа средних показателей по шкалам OMEIS, значимые различия в группах сравнения выявлены по статусу диффузной идентичности — она выше у пациентов с ГЭРБ ($U = 363,0$; $p = 0,001$) — и достигнутой идентичности — выше у здоровых людей ($U = 399,0$; $p = 0,003$). Различия в статусах «мораторий» ($U = 607,0$; $p = 0,462$) и принятой идентичности ($U = 642,0$; $p = 0,721$) оказались не значимыми.

Далее мы проанализировали результаты респондентов из ЭГ и ГС по шкалам центральных Я-функций личности теста Г. Аммона (табл. 1). Значимые межгрупповые различия были выявлены по показателям Деструктивной агрессии

и Деструктивного внешнего Я-отграничения — оба показателя оказались выше у пациентов ЭГ, в то время как показатели Дефицитарной тревоги и Конструктивного внешнего Я-отграничения — наоборот, ниже.



Рис. 1. Сравнение статуса эго-идентичности (по методике OMEIS) у пациентов с ГЭРБ и лиц, не имеющих в анамнезе рефлюксной болезни

Примечание. ** — различия значимые при $p < 0,01$; *** — при $p \leq 0,001$. Использована поправка на множественность сравнения Холма–Бонферрони.

Таблица 1

Сравнение выраженности Я-функций личности (по тесту Г. Аммона) у пациентов с ГЭРБ и лиц, не имеющих в анамнезе рефлюксной болезни

Переменные	ЭГ (n=45)	ГС (n=30)	U-критерий	p
	M±SD	M±SD		
Деструктивная агрессия	55,44±11,70	48,43±12,11	461,5	0,020
Дефицитарная тревога	45,44±9,63	53,30±12,16	411,0	0,004
Конструктивное внешнее Я-отграничение	41,38±8,61	49,80±11,39	360,5	0,001
Деструктивное внешнее Я-отграничение	56,78±13,42	50,47±15,27	468,0	0,024

Примечание: использована поправка на множественность сравнения Холма–Бонферрони.

Сравнительный анализ межгрупповых различий по показателям агрессии по опроснику Басса–Дарки в ЭГ и ГС показал значимые различия между пациентами ГЭРБ и условно здоровыми по показателю вербальной агрессии, который оказался

выше в ЭГ ($p=0,004$). По остальным показателям значимых различий не было выявлено (табл. 2). Анализ результатов исследования видов агрессии по тесту Л.Г. Почебут также выявил значимые различия по между ЭГ и ГС по показателю вербальной агрессии ($p=0,037$) и отсутствие значимых различий по остальным шкалам (табл. 3).

Таблица 2

Сравнение показателей агрессии (опросник уровня агрессивности Басса-Дарки) у пациентов с ГЭРБ и лиц, не имеющих в анамнезе рефлюксной болезни

Переменные	ЭГ (n=45)	ГС (n=30)	U-критерий	p
Физическая агрессия	5,66±2,25	5,06±1,77	543,5	0,151
Косвенная агрессия	4,02±2,48	4,16±2,06	633,0	0,646
Раздражение	4,40±3,41	4,30±2,61	672,0	0,974
Вербальная агрессия	8,55±2,31	6,96±2,07	408,0	0,004
Обида	4,64±2,48	4,00±2,03	570,5	0,255
Подозрительность	3,86±2,67	4,33±2,07	576,0	0,281
Чувство вины	6,13±2,03	5,30±2,05	534,5	0,125

Примечание: использована поправка на множественность сравнения Холма–Бонферрони.

Таблица 3

Сравнение показателей агрессии (опросник «Виды агрессивности» Л.Г. Почебут) у пациентов с ГЭРБ (n=45) и лиц, не имеющих в анамнезе рефлюксной болезни

Переменные	ЭГ (n=45)	ГС (n=30)	U-критерий	p
Вербальная агрессия	4,91±1,86	4,16±1,39	485,0	0,037
Физическая агрессия	2,89±1,92	2,13±1,63	528,0	0,107
Предметная агрессия	3,17±2,30	2,90±1,80	656,5	0,840
Эмоциональная агрессия	2,86±1,68	2,91±1,66	655,0	0,825
Самоагрессия	2,35±1,70	2,46±1,71	642,5	0,721

Примечание: использована поправка на множественность сравнения Холма–Бонферрони.

Для определения взаимосвязи между исследуемыми показателями идентичности и агрессии у пациентов с ГЭРБ был проведен корреляционный анализ Спирмена. Значимые взаимосвязи представлены в табл. 4. У пациентов с ГЭРБ была выявлена положительная связь между принятой идентичностью и предметной агрессией, статусом «мораторий» и дефицитарной агрессией, а также между

статусом достигнутой идентичности и косвенной агрессией. Показатель личностной идентичности (опросник МИЛИ) был отрицательно связан с враждебностью и раздражением.

Таблица 4

Взаимосвязи между показателями идентичности и агрессии у пациентов с ГЭРБ

	Статус идентичности			
	ПИ (OMEIS)	М (OMEIS)	ДПИ (OMEIS)	МИЛИ
Показатели агрессии	Предметная агрессия (опросник Л.Г. Почебут)	r=0,264; p=0,040		
	Косвенная агрессия (опросник Л.Г. Почебут)		r=0,392, p=0,004	
	Чувство вины (опросник Л.Г. Почебут)		r=0,332, p=0,013	
	Дефицитарная агрессия (тест Г. Аммона)		r=0,255, p=0,045	
	Раздражение (опросник Басса–Дарки)			r=-0,330 p=0,027
	Враждебность (опросник Басса–Дарки)			r=-0,316 p=0,034

Примечания. ПИ — принятая идентичность; М — мораторий; ДПИ — достигнутая позитивная идентичность; МИЛИ — балл по методике изучения личностной идентичности Л.Б. Шнейдер.

Обсуждение результатов

Анализ данных по опросникам идентичности позволяет говорить о том, что пациентам с ГЭРБ более свойственна диффузная идентичность (от 48,9%, до 53,3% случаев), при которой индивид не прошел кризис идентичности и не сформировал собственную систему ценностей, убеждений и обязательств. В соответствии с подходами в области психодинамической диагностики В. Линдзарди и Н. Мак-Вильямс, диффузия идентичности отражает пограничный уровень организации личности и проявляется в нестабильности ценностей, целей, чувств к себе и в поляризованных крайностях самооценки [18].

Основываясь на результатах анализа центральных Я-функций личности, полученных с помощью Я-структурного теста Г. Аммона, и опираясь на данную автором интерпретацию показателей шкал теста [7], можно описать интегративную идентичность личности пациентов с ГЭРБ, для которой характерно наличие разрушительной активности как в отношении других людей, так и в отношении себя (аутодеструктивные тенденции). В характеристике деятельности могут присутствовать неумение четко определять цель и задачи и планомерно достигать

их. В поведении возможны аффективные вспышки. Сочетание деструктивной агрессии с дефицитарной тревогой предполагают низкую способность пациентов предвидеть последствия своей агрессии и, соответственно, неспособность корректировать свое агрессивное поведение. Выявленное сочетание деструктивной агрессии с конструктивным внешним Я-отграничением говорит о наличии способности своевременно отказываться от тех внешних контактов, которые утратили свою значимость или привлекательность. При этом наличие в структуре идентичности пациентов и деструктивного внешнего Я-отграничения может расцениваться как отсутствие эмпатии к другим и, возможно, эмоциональная самоизоляция. Такие характеристики идентичности, полученные на основе Я-структурного теста Г. Аммона, соотносятся с диффузной идентичностью, выявленной у половины пациентов людей с ГЭРБ.

В исследовании агрессивности пациентов с ГЭРБ было показано, что у них преобладают деструктивная агрессия и вербальное выражение гнева и ярости [21]. Выявленная у пациентов с ГЭРБ вербальная агрессия (опросники Басса–Дарки и Л.Г. Почебут) сопряжена с показателями шкалы деструктивной агрессии (Я-структурный тест Г. Аммона), что позволяет говорить о склонности данной группы пациентов к выражению негативных чувств при помощи криков и угроз. Вербальное выражение агрессии сопряжено с вовлечением артикуляционного аппарата, который топически связан с пищеводом. В соответствии с теорией и практикой телесно-ориентированной терапии В. Райха как пищевод, так и гортань входят в третий мышечный блок, в котором сдерживаются крики, вопли, выражение гнева, рвота. В таком случае изжога, ведущий клинический симптом ГЭРБ, может рассматриваться как соматический способ выражения онтогенетически сформированного подавления испытываемой пациентом агрессии.

В отличие от людей с ГЭРБ большинству лиц из группы сравнения, по-видимому, удалось успешно пройти кризис идентичности и сформировать уникальную систему значимых для них ценностей, убеждений и обязательств, которые обеспечивают им чувство направленности и осмысленности жизни [23]. Однако выявленный у респондентов ГС значимо более высокий уровень дефицитарной тревоги отражает их неумение осознавать собственный страх, слабость защитных функций и поведение при сигнале опасности.

Установленная положительная взаимосвязь между статусом принятой идентичности и предметной агрессией позволяет говорить, что чем больше выражен статус принятой идентичности, тем сильнее проявляется предметная агрессия. Однако статус принятой идентичности был выявлен только у двоих пациентов с ГЭРБ, поэтому данную взаимосвязь нельзя считать доказанным трендом.

По результатам корреляционного анализа можно сделать вывод, что пациенты с ГЭРБ, которым присущ статус достигнутой идентичности, обладают сформированной системой личностно значимых ценностей, убеждений и обязательств. В конфликтной ситуации такие пациенты, вероятно, склонны к использованию косвенной агрессии, которая может быть направлена на другого человека окольным путем или вообще ни на кого не направлена. Однако после своего агрессивного

действия такие пациенты могут испытывать чувство вины. Полученные данные нуждаются в дополнительном исследовании качества достигнутой идентичности и взаимосвязи с показателями агрессии. Возможно, преобладание социальных мотивов достижения личности приводит к непринятию собственной агрессивности, что проявляется в косвенной форме агрессии и последующем чувстве вины.

Выявленная положительная взаимосвязь между статусом идентичности «мораторий» и дефицитарной агрессией у пациентов с ГЭРБ позволяет предполагать, что для человека, переживающего кризис идентичности в ситуации соматической болезни, не свойственны проявления агрессии. В кризисе происходит пересмотр системы ценностей, убеждений и обязательств [23]. Люди, проживающие кризис в связи болезнью, ищут способ его разрешения через выздоровление, больше внимания уделяют телесному здоровью.

Заключение

Исследование идентичности у людей с ГЭРБ показало, что половина пациентов выборки находятся в состоянии диффузной идентичности и испытывают противоречия в восприятии самих себя. Отсутствие взаимосвязей между показателями агрессивности, враждебности и диффузной идентичности могут отражать отсутствие контакта со своей внутренней агрессией, что проявляется соматической симптоматикой. 28,9% пациентов с ГЭРБ в нашей выборке находятся в статусе «мораторий», т.е. переживают кризис идентичности. Однако этот статус присущ и респондентам ГС (17,8%), которые также переживают кризис идентичности. То есть в совокупной выборке 25,3% респондентов находятся на момент исследования в кризисе идентичности. Эти данные согласуются с результатами исследования Г.М. Андреевой о проживании кризиса идентичности в эпоху социальных трансформаций [1]. Пациенты с ГЭРБ со статусом достигнутой идентичности склонны к использованию косвенной агрессии, которая может быть направлена на другого человека окольным путем. Пациенты с ГЭРБ со статусом «мораторий» склонны к дефицитарной агрессии.

Выводы

1) У половины пациентов (48,9%) с ГЭРБ обнаружена диффузная идентичность, то есть они испытывают противоречия в восприятии самого себя; они не прошли через кризис идентичности, не смогли сформировать собственную систему жизненных целей, ценностей, убеждений. У 20,0% — мораторий, у 17,7% — достигнутая позитивная идентичность, у 6,7% — преждевременная идентичность и у 6,7% — псевдопозитивная идентичность. В группе сравнения обнаружены разные статусы идентичности: у большинства — «мораторий» (30,0%) и достигнутая позитивная идентичность (30,0%); диффузная идентичность — у 23,3%. Ни у одного респондента ГС не был выявлен статус принятой идентичности, но 16,7% респондентам свойственна псевдопозитивная идентичность, которая отсутствовала у пациентов с ГЭРБ.

2) У пациентов ГЭРБ в зависимости от статуса идентичности выявлены связи с разными показателями агрессии: статус принятой идентичности положительно

связан с предметной агрессией; «мораторий» — с дефицитарной агрессией, достигнутая идентичность — с косвенной агрессией и чувством вины. Выявлено, что чем ниже показатель личностной идентичности, который соответствует статусам принятой и диффузной идентичности, тем выше у пациентов с ГЭРБ раздражение и враждебность.

У респондентов ГС не выявлены значимые связи между показателями идентичности и агрессии.

Перспективы исследования. Выявленные особенности статуса идентичности пациентов с ГЭРБ требуют дополнительных клинико-психологических исследований для определения того, является ли статус идентичности одной из причин, предрасполагающих к развитию ГЭРБ, либо они отражают трансформацию идентичности в условиях хронической соматической патологии вследствие фиксации на болезненных симптомах и процедурах лечения.

На наш взгляд, интерес представляет исследование идентичности в связи с агрессивностью на нормативной выборке в разновозрастных группах для получения новых данных о факторах и механизмах формирования идентичности в условиях социальных трансформаций. Возможно, что ситуации неопределенности, с которыми сталкиваются люди в связи с происходящими событиями (пандемия, финансовый кризис), не способствуют формированию достигнутой позитивной идентичности. Указанный подход позволит приблизиться к пониманию характера участия психосоциальных условий в формировании факторов риска функциональных расстройств пищеварительной системы. С этих позиций представляет интерес повторное проведение аналогичного исследования в сравнительном аспекте.

Ограничения исследования связаны с:

- малой репрезентативностью выборки с точки зрения ее объема;
- сложностью организации лонгитюдного исследования в клинике, где длительность пребывания пациентов ограничена, в связи с чем представлен поперечный, а не лонгитюдный дизайн исследования;
- с невозможностью проведения психодиагностического исследования с момента манифестации ГЭРБ, поскольку люди обращаются за помощью при выраженной симптоматике заболевания. Этот факт существенно снижает возможности исследования того, что именно происходит с идентичностью людей с ГЭРБ с момента заболевания;
- отсутствием качественных, идеографических методов исследования связи идентичности и агрессии, позволяющих изучить феноменологию более глубоко;
- представленное исследование проводилось 4,5 года назад до пандемии.

Литература

1. *Андреева Г.М.* К вопросу о кризисе идентичности в условиях социальных трансформаций // Психологические исследования. 2011. № 6 (20). С. 54.
2. *Берковиц Л.* Агрессия. Причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. 512 с.
3. *Гаврилова Т.А., Глушак Е.В.* Психометрическое исследование шкалы интерперсональной идентичности методики объективного измерения статуса эго-идентичности Дж. Адамса // Психологическая диагностика. 2011. № 3. С. 3–18.
4. *Гришечкина И.А.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – психосоматические аспекты // Фармация и фармакология. 2015. Приложение 1. С. 41–42.
5. *Гришечкина И.А.* Психологические факторы и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Омский научный вестник. 2011. № 1 (104). С. 13–16.
6. *Ивашкин В.Т., Трухманов А.С.* Эволюция представлений о роли нарушений двигательной функции пищевода в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010. № 2. С. 13–19.
7. *Кабанов М.М.* Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
8. *Конькова Л.А., Коньков А.В.* Клинические маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинский вестник МВД. 2018. № 3. С. 43–49. URL: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/9769> (дата обращения: 17.03.2022)
9. *Кравцова Н.А., Катасонова А.В., Довженко А.Ю. и др.* Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств // Тихоокеанский медицинский журнал. 2013. № 4 (54). С. 48–55.
10. *Лямина С.В., Кладовикова О.В.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современные тенденции в диагностике и лечении // Гастроэнтерология. 2018. № 2 С. 33–38. URL: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/10919> (дата обращения: 17.03.2022)
11. *Маев И.В., Казюлин А.Н., Юренев Г.Л. и др.* Маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Итоги 20 лет наблюдений // Фарматека. 2018. № 13. С. 30–43.
12. *Микляева А.В., Румянцева П.В.* Социальная идентичность личности: содержание, структура, механизмы формирования. СПб.: изд-во РПГУ им. А.И. Герцена, 2008. 118 с.
13. *Мосийчук Л.Н., Демешкина Л.В., Кушниренко И.В. и др.* Психологическая дезадаптация пациентов с ГЭРБ: обзор и собственные исследования // Гастроэнтерология. 2014. № 4 (54). С. 23–29.

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

14. *Одарущенко О.И.* Эмоционально-личностная сфера пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2019. Том 96. № 3. С. 25–30. DOI: 10.17116/kurort20199603125
15. *Почебут Л.Г.* Кросс-культурная и этническая психология: Учебное пособие. СПб.: Питер, 2012. 336 с.
16. *Разумов А.Н., Эфендиева М.Т., Бадтиева В.А.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с кардиальными проявлениями: перспективы немедикаментозных методов лечения // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2020. Том 97. № 1. С. 75–81. DOI: 10.17116/kurort20209701175
17. *Ромасенко Л.В., Махов В.М., Доронина Ю.А. и др.* Психосоматические соотношения у пациентов с дивертикулярной болезнью и синдромом раздраженного кишечника // Доктор.Ру. 2020. Том 19. № 4. С. 55–60. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-55-60
18. Руководство по психодинамической диагностике. DSM-2. В 2-х т., 2-е изд. Том 1 / Под ред. В. Линджарди, Н. Мак-Вильямс. М.: Класс, 2019. 792 с.
19. *Хван А.А., Зайцев Ю.А., Кузнецова Ю.А.* Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки // Психологическая диагностика. 2008. № 1. С. 35–58.
20. *Холмогорова А.Б., Рычкова О.В.* 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. 2017. Том 8. № 4. С. 8–31 DOI: 10.17759/sps.2017080402
21. *Шаповалова В.В.* Агрессия у пациентов с рефлюксной болезнью // Студент. Аспирант. Исследователь. 2016. № 8 (14). С. 56–62.
22. *Шипова Л.В.* Психологический анализ феномена агрессии в теории фрустрации // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2014. № 4. С. 283–285.
23. *Шнейдер Л.Б.* Психология идентичности: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры. М.: ЮРАЙТ, 2019. 328 с.
24. *Юрнев Г.Л., Миронова Е.М., Сировата Н.А. и др.* Особенности психоэмоционального статуса и расстройства пищевого поведения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ожирением // Consilium Medicum. 2021. Том 23. № 5. Р. 412–416. DOI: 10.26442/20751753.2021.5.200932
25. *Юрнев Г.Л., Сирота Н.А., Дичева Д.Т. и др.* Роль психологической коррекции в комплексном лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Терапевтический архив. 2014. Том 86. № 8. С. 42–49.
26. *Chang C.Y., Lee L.J., Wang J.D. et al.* Health-related quality of life in patients with Barrett's esophagus // Health and Quality of Life Outcomes, 2016. Vol. 14 (158). DOI: 10.1186/s12955-016-0551-2

27. *El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C. et al.* Update on the Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review // *Gut*. 2014. Vol. 63 (6). P. 871–880. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-304269

28. *Gyawali C.P., Kahrilas P.J., Savarino E. et al.* Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus // *Gut*. 2018. Vol. 67 (7). P. 1351–1362. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314722

29. *Li Y., Fang M., Niu L. et al.* Associations among gastroesophageal reflux disease, mental disorders, sleep and chronic temporomandibular disorder: a case-control study // *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2019. Vol. 191. Issue 33. P. E909–E915. DOI: 10.1503/cmaj.181535

30. *Zhong C., Liu K., Wang K. et al.* Developing a diagnostic understanding of GERD phenotypes through the analysis of levels of mucosal injury, immune activation, and psychological comorbidity // *Diseases of the Esophagus*. 2018. Vol. 31 (10). P. 1–8. DOI: 10.1093/dote/doy039

References

1. Andreeva G.M. K voprosu o krizise identichnosti v usloviyakh sotsial'nykh transformatsii [On the issue of identity crisis in the context of social transformations]. *Psikhologicheskie issledovaniya=Psychological Research*, 2011, no. 6 (20), p. 54. (In Russ.).

2. Berkovits L. Agressiya. Prichiny, posledstviya i kontrol' [Aggression: reasons, consequences and control]. Saint-Petersburg: Praim-Evroznak, 2001. 512 p. (In Russ.).

3. Gavrilova T.A., Glushak E.V. Psikhometricheskoe issledovanie shkaly interpersonal'noi identichnosti metodiki ob"ektivnogo izmereniya statusa ego-identichnosti Dzh. Adamsa [Psychometric study of the scale of interpersonal identity of the method of objective measurement of the status of ego-identity by J. Adams]. *Psikhologicheskaya diagnostika=Psychological Diagnostics*, 2011, no. 3, pp. 3–18. (In Russ.).

4. Grishechkina I.A. Gastroezofageal'naya reflyuksnaya bolezni' – psikhosomaticheskie aspekty [Gastroesophageal reflux disease — psychosomatic aspects]. *Farmatsiya i farmakologiya=Pharmacy and Pharmacology*, 2015, suppl. 1, pp. 41–42. (In Russ.).

5. Grishechkina I.A. Psikhologicheskie faktory i gastroezofageal'naya reflyuksnaya bolezni' [Psychological factors and gastroesophageal reflux disease]. *Omskii nauchnyi vestnik=Omsk Scientific Bulletin*, 2011, no. 1 (104), pp. 13–16. (In Russ.).

6. Ivashkin V.T., Trukhmanov A.S. Evolyutsiya predstavlenii o roli narushenii dvigatel'noi funktsii pishchevoda v patogeneze gastroezofageal'noi reflyuksnoi bolezni [The evolution of ideas about the role of disorders of the motor function of the esophagus in the pathogenesis of gastroesophageal reflux disease]. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii=Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*, 2010, no. 2, pp. 13–19. (In Russ.).

7. Kabanov M.M., Neznanova N.G. (eds.). Ocherki dinamicheskoi psikhiiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie [Essays on dynamic psychiatry. Transcultural research].

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

Saint-Petersburg: Publ. of Saint-Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2003. 438 p. (In Russ.).

8. Kon'kova L.A., Kon'kov A.V. Klinicheskie maski gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni [Clinical masks of gastroesophageal reflux disease]. *Meditinskii vestnik MVD=Medical Bulletin of the Ministry of Internal Affairs*, 2018, no. 3, pp. 43–49. URL: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/9769> (Accessed: 17.03.2022) (In Russ.).

9. Kravcova N.A., Katasonova A.V., Dovzhenko A.Yu. Faktory i mekhanizmy razvitiya psikhosomaticheskikh rasstroistv [Factors and mechanisms of development of psychosomatic disorders]. *Tikhookeanskii meditsinskii zhurnal=Pacific Medical Journal*, 2013, vol. 4 (54), pp. 48–55. (In Russ.).

10. Lyamina S.V., Kladovikova O.V. Gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni': sovremennye tendentsii v diagnostike i lechenii [Gastroesophageal reflux disease: current trends in diagnosis and treatment]. *Gastroenterologiya=Gastroenterology*, 2018, no. 2, pp. 33–38. URL: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/10919> (Accessed: 17.03.2022) (In Russ.).

11. Maev I.V., Kazyulin A.N., Yurenev G.L. et al. Maski gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni. Itogi 20 let nablyudenii [Masks of gastroesophageal reflux disease. Results of 20 years of observations]. *Farmateka=Pharmateka*, 2018, no. 13, pp. 30–43. DOI: 10.18565/pharmateca.2018.13.30-43 (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Miklyaeva A.V. Rummyantseva P.V. Sotsial'naya identichnost' lichnosti: sodержanie, struktura, mekhanizmy formirovaniya [Social identity of a person: content, structure, formation mechanisms]. Saint-Petersburg: publ. of Herzen University, 2008, 118 p. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-55-60 (In Russ.).

13. Mosiichuk L.N., Demeshkina L.V., Kushnirenko I.V. et al. Psikhologicheskaya dezadaptatsiya patsientov s GERB: obzor i sobstvennye issledovaniya [Psychological maladaptation of patients with GERD: a review and own research]. *Gastroenterologiya=Gastroenterology*, 2014, no. 4 (54), pp. 23–29. (In Russ.).

14. Odarushchenko O.I. Emotsional'no-lichnostnaya sfera patsientov s gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni'yu [The emotional and personal sphere of patients with gastroesophageal reflux disease]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury=Issues of Balneology, Physiotherapy and Therapeutic Physical Culture*, 2019, vol. 96, no. 3, pp. 25–30. DOI: 10.17116/kurort20199603125 (In Russ., abstr. in Engl.).

15. Pochebut L.G. Kross-kul'turnaya i etnicheskaya psikhologiya [Cross-Cultural and Ethnic Psychology: A Study Guide]. Saint-Petersburg: Piter, 2012, 336 p. (In Russ.).

16. Razumov A.N., Efendieva M.T., Badtieva V.A. Gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni' s kardial'nymi proyavleniyami: perspektivy nemedikamentoznykh metodov lecheniya [Gastroesophageal reflux disease with cardiac manifestations: prospects for non-drug treatment methods]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury=Issues of Balneology, Physiotherapy and Therapeutic Physical Culture*, 2020, vol. 97, no. 1, pp. 75–81. DOI: 10.17116/kurort20209701175 (In Russ., abstr. in Engl.).

17. Romasenko L.V., Makhov V.M., Doronina Yu.A. et al. Psichosomaticheskie sootnosheniya u patsientov s divertikulyarnoi boleznyu i sindromom razdrazhennogo kishchnika [Psychosomatic relationships in patients with diverticular disease and irritable bowel syndrome]. *Doktor.Ru*, 2020, vol. 19, no. 4, pp. 55–60. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-55-60 (In Russ., abstr. in Engl.).
18. Rukovodstvo po psikhodinamicheskoi diagnostike [Guide to psychodynamic diagnosis] DSM-2. V 2-kh t., 2-e izd. Tom 1 / V. Lindzhardi, N. Mak-Vil'yams (eds.). Moscow: Klass, 2019, 792 p. (In Russ.).
19. Khvan A.A., Zaitsev Yu.A., Kuznetsova Yu.A. Standartizatsiya oprosnika A. Bassa i A. Darki [Standardization of the questionnaire by A. Bass and A. Darki]. *Psikhologicheskaya diagnostika=Psychological Diagnostics*, 2008, no. 1, pp. 35–58. (In Russ.).
20. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. 40 let biopsichosotsial'noi modeli: chto novogo? [40 years of the biopsychosocial model: what's new?]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo=Social Psychology and Society*, 2017, vol. 8, no. 4, pp. 8–31. DOI: 10.17759/sps.2017080402 (In Russ., abstr. in Engl.).
21. Shapovalova V.V. Agressiya u patsientov s reflyuksnoi boleznyu [Reflux Patients Aggression]. *Student. Aspirant. Issledovatel'=Student. Graduate Student. Researcher*, 2016, no. 8 (14), pp. 56–62 (In Russ.).
22. Shipova L.V. Psikhologicheskii analiz fenomena agressii v teorii frustratsii [Psychological analysis of the phenomenon of aggression in the theory of frustration]. *Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki=Humanities, Socio-economic and Social Sciences*, 2014, no. 4, pp. 283–285. (In Russ.).
23. Shneider L.B. Psikhologiya identichnosti: uchebnik i praktikum dlya bakalavriata i magistratury [Psychology of identity: textbook and workshop for undergraduate and graduate students]. Moscow: Yurait, 2019, 328 p. (In Russ.).
24. Yurenev G.L., Mironova E.M., Sirovata N.A. et al. Osobennosti psikhoemotsional'nogo statusa i rasstroistva pishchevogo povedeniya u patsientov s gastroezofagal'noi reflyuksnoi boleznyu i ozhireniem [Features of psycho-emotional status and eating disorders in patients with gastroesophageal reflux disease and obesity]. *Consilium Medicum*, 2021, vol. 23, no. 5, pp. 412–416. DOI: 10.26442/20751753.2021.5.200932 (In Russ., abstr. in Engl.).
25. Yurenev G.L., Sirota N.A., Dicheva D.T. et al. Rol' psikhologicheskoi korrektsii v kompleksnom lechenii bol'nykh gastroezofagal'noi reflyuksnoi boleznyu [The role of psychological correction in the complex treatment of patients with gastroesophageal reflux disease]. *Terapevticheskii arkhiv=Therapeutic Archive*, 2014, vol. 86, no. 8, pp. 42–49. (In Russ.).
26. Chang C.Y., Lee L.J., Wang J.D. et al. Health-related quality of life in patients with Barrett's esophagus. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2016, vol. 14 (158). DOI 10.1186/s12955-016-0551-2

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

27. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C. et al. Update on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*, 2014, vol. 63, pp. 871–80. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-304269

28. Gyawali C.P., Kahrilas P.J., Savarino E. et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*, 2018, vol. 67, no. 7, pp. 1351–1362. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314722

29. Li Y., Fang M., Niu L. et al. Associations among gastroesophageal reflux disease, mental disorders, sleep and chronic temporomandibular disorder: a case-control study. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 2019, vol. 191, issue 33, E909–E915. DOI: 10.1503/cmaj.181535

30. Zhong C., Liu K., Wang K. et al. Developing a diagnostic understanding of GERD phenotypes through the analysis of levels of mucosal injury, immune activation, and psychological comorbidity. *Diseases of the Esophagus*, 2018, vol. 31, no. 10, pp. 1–8. DOI: 10.1093/dote/doy039

Информация об авторах

Кравцова Наталья Александровна, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой клинической психологии Тихоокеанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), г. Владивосток, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2841-4144>, e-mail: kranatali@yandex.ru

Киняйкина Елена Всеволодовна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент Института терапии, Тихоокеанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), г. Владивосток, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9887-6761>, e-mail: elen5555@mail.ru

Трухан (Шаповалова) Вероника Валентиновна, медицинский психолог, Центр психофизиологической диагностики, Медико-санитарная часть МВД России по Приморскому краю (ФКУЗ «МСЧ МВД России по Приморскому краю»), г. Владивосток, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5541-8602>, e-mail: nikulya_95@mail.ru

Information about the authors

Natalia A. Kravtsova, Doctor of Psychology, PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Psychology, Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2841-4144>, e-mail: kranatali@yandex.ru

Elena V. Kinyaykina, PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Institute of Therapy, Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9887-6761>, e-mail: elen5555@mail.ru

Veronika V. Trukhan, Clinical Psychologist, Center for Psychophysiological Diagnostics, Medical and Sanitary Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Primorsky Territory, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5541-8602>, e-mail: nikulya_95@mail.ru

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Получена: 01.07.2021

Принята в печать: 01.02.2022

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

Received: 01.07.2021

Accepted: 01.02.2022