

Личностная тревожность как предиктор психосоматических заболеваний

И.В. Сильченко

Рассматриваются теоретико-методологические аспекты проблемы факторов риска психосоматических заболеваний. Теоретически обосновывается выделение личностной тревожности в качестве существенного предиктора психосоматических заболеваний, являющегося потенциально патогенным для функций различных органов и систем. Отмечается, что формирование хронической тревожности продуцируется пролонгированным внутриличностным конфликтом, вызванным рассогласованием параметров уровня притязаний и самооценки, что может быть основой разработки коррекционных технологий для работы с соответствующим контингентом клиентов.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, личностная тревожность, самооценка, уровень притязаний, «триада риска».

The paper examines the theoretical and methodological aspects of the risk factors of psychosomatic diseases. The selection of personal anxiety as a significant predictor of psychosomatic diseases which is potentially pathogenic for the functions of various organs and systems is theoretically justified. It is noted that the formation of chronic anxiety produces sustained intrapersonal conflict caused by a mismatch of the level of aspiration and self-appraisal, which can be the basis for developing remedial technology to work with the relevant customer base.

Keywords: psychosomatic diseases, trait anxiety, self-appraisal, level of claims, «Triad of risk».

Психосоматические заболевания, в том числе и у молодежи, составляют значительную часть «болезней цивилизации». По данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных, а некоторые психосоматические расстройства, например, сердечно-сосудистые, стали пандемическими практически во всех промышленно развитых странах. Кроме того, значительно расширился их перечень: если ранее к психосоматическим заболеваниям относили только эссенциальную гипертонию, тиреотоксикоз, нейродермит, бронхиальную астму, некоторые формы ревматоидного артрита, язвенный колит, язвенную болезнь, так называемую «чикагскую семерку» [1], то в настоящее время в «регистр психосоматического реагирования» включены заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь), большое число кожных и урогенитальных заболеваний и мигрени. К числу типичных психосоматических заболеваний, особенно в странах Северной Америки и Западной Европы, стали относить нервную анорексию и булимию, кардиоспазм и некоторые формы психогенного ожирения.

По мнению некоторых ученых, употребление категории «психосоматические заболевания» носит во многом условный характер, поэтому следует избегать категорического разделения болезней на психосоматические и соматические и перейти от концепции психосоматических заболеваний как особой группы болезней к единому психосоматическому подходу ко всем заболеваниям в клинике внутренних болезней, что означает необходимость изучения влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение любых соматических болезней, а также диагностику, профилактику, лечение и реабилитацию больных с учетом этих факторов [2, с. 5]. В связи с этим одной из важнейших задач, стоящих перед психологической и общемедицинской практикой, является выявление и предупреждение факторов риска различных заболеваний.

Проблема психологических факторов, детерминирующих возникновение и развитие психосоматических заболеваний, на протяжении XX–XXI вв. является объектом интенсивных исследований, но ее актуальность с течением времени не снижается. Представление о предрасположенности определенных типов личности к тем или иным болезням всегда присутствовало в медицинском мышлении. Еще в то время, когда медицина основывалась исключительно на клиническом опыте, внимательные врачи отмечали распространенность

определенных болезней у лиц с определенным психическим складом, обнаруживались корреляции между чертами личности и некоторыми болезнями. Большинство этих наблюдений носили более или менее эпизодический характер, пока Ф. Данбар не доказала это, применив современные методы психодинамической диагностики. В своих «исследованиях профилей» она описывает статистические корреляции между болезнью и типом личности. Возможно, наиболее обоснованным из ее профилей можно считать профиль больного, страдающего ишемической болезнью сердца. Согласно Ф. Данбар, это человек, все время пребывающий в борьбе, очень упорный и сдержанный, нацеленный на успех и достижения. Он строит долгосрочные планы; часто придает себе представительный вид. Он демонстрирует высокую степень того, что З. Фрейд называл «принципом реальности» – способностью к откладыванию и подчинению своих действий долгосрочным целям. Ф. Данбар убедительным образом противопоставила их пациентам с переломами – лицам, склонным к несчастным случаям. Это импульсивные, неорганизованные, склонные к риску люди, живущие для настоящего, а не для будущего. Они склонны действовать под влиянием момента и часто проявляют плохо контролируемую враждебность против людей, облеченных властью; в то же время их поведение мотивируется чувствами вины, и в нем видна тенденция к самонаказанию и неудачам [1, с. 71].

Анализируя представленные корреляции между типом личности и соматической болезнью, Ф. Александер отмечает их относительную статистическую достоверность и называет «псевдокорреляцией», не отражающей настоящие причинные связи, поскольку характеристики личности варьируют среди пациентов с одним и тем же заболеванием. Он предполагает, что связь между ишемической болезнью и характером человека опосредована его образом жизни, т.е. является вторичной, а не непосредственной каузальной корреляцией. Дальнейшие психодинамические исследования показали, что определенные расстройства вегетативных функций скорее связаны со специфическими эмоциональными состояниями, чем с внешними личностными паттернами, описанными в профилях личности. По мнению Ф. Александера, «не существует неопределенной и таинственной корреляции между личностью и болезнью; есть четкая корреляция между определенными эмоциональными факторами и определенными вегетативными реакциями» [1, с. 71].

Отечественные психологи придерживаются подобной точки зрения и считают бесспорным фактом то, что любые эмоциональные состояния, особенно длительные, затяжные отрицательные эмоции, сопровождаются изменениями функциональных систем организма и неотделимы от них. Многочисленные исследования показывают, что реакции тревоги, агрессии, страха и т.п., будучи хронизированными, обуславливают стойкий ансамбль торпидных аффективных изменений, имеющих прямое отношение к патогенезу психосоматических заболеваний, развивающихся по механизму сильно и длительно действующего эмоционального перенапряжения. К настоящему времени выявлено, что хроническое переживание состояния тревоги способно патогенно влиять на функционирование гормональной, центральной и вегетативной нервной системы [3, с. 75]. Приводятся и экспериментальные данные, фиксирующие изменения или сдвиги в крови под влиянием сильного эмоционального возбуждения, например, уменьшение лимфоцитов [4], [5].

Тревога, стресс влияют не только на иммунные процессы, но и на другие системы организма. Установлено, что хронизированная тревога имеет непосредственное отношение к процессам язвообразования в 12-перстной кишке, развитию сердечно-сосудистой патологии и острых респираторных вирусных заболеваний [6]. А.М. Прихожан отмечает, что у высокотревожных школьников (13–17 лет) возникает вегетативно-сосудистая дистония (ВСД) и другие расстройства [7].

Возбуждение симпатической системы ведет не только к увеличению частоты сердцебиений, силы сердечных сокращений, повышению кровяного давления, но и к сужению кровеносных сосудов в органах брюшной полости. В состоянии тревоги отмечается повышение уровня кислотности слюны. Отрицательные эмоции, проявляющиеся в слабой, но хронической форме (тревога), могут привести к усилению моторной и секреторной активности желудочно-кишечного тракта. При повышенном уровне тревоги наблюдается значительное покраснение слизистой желудка [4]. Поскольку активность симпатического отдела нервной системы в фазе тревоги «гонит» кровь к мышцам, внутренние органы, в том числе и желудок, некоторое время недостаточно снабжаются кровью. В результате на небольших участках желудка клетки

умирают, что может приводить к уничтожению защитного покрытия, предохраняющего слизистую желудка от разрушительного действия желудочного сока, и возникновению инфекции, воспалению слизистой желудка, вызываемой бактерией *Helikobakter pylori* [8].

В медицинской и психологической литературе отмечается, что одним из этиологических факторов ишемической болезни сердца (ИБС) является так называемый поведенческий паттерн типа «А», описанный М. Фридманом и Р. Розенманом (1959). Лица, относящиеся к этому паттерну, склонны к конкурентности и напористости, они все время пребывают в состоянии тревоги, раздражительны, нетерпеливы и враждебны. Одна из гипотез заключается в том, что у представителей типа «А» симпатический отдел автономной нервной системы находится в постоянном возбуждении, что ведет к повышенной секреции адреналина и норадреналина, а также ряда стероидных гормонов, выделяемых надпочечниками. Через некоторое время гиперсекреция приводит к образованию холестерина, оседающего на стенках коронарных артерий, что вызывает прогрессирующее сужение кровеносных сосудов [8]. Близкие данные приводят и в отечественной психологии, где у больных ИБС выделяют две основные линии качеств. С одной стороны – подъем активности, энергичность, высокие притязания, тенденция к соперничеству, с другой стороны – повышение тревожности, невротическая переработка переживаний, склонность остро реагировать на ситуации, которые другими людьми воспринимаются как незначимые, иначе – сниженная толерантность. Кроме того, у таких лиц обнаруживается недостаточная гибкость в поведении, ригидность в установках и отношениях, затрудненность адаптации к новым условиям. Экспериментальные исследования К.Р. Сидорова и А.В. Дмитриевой [9] показали, что условием перехода от стабильной ИБС к прогрессирующей является высокая личностная тревожность, продуцируемая неэффективной тактикой целестроения (высокие, ригидные, крайне непродуктивные притязания).

Все вышесказанное позволяет рассматривать тревожность в числе общих психологических факторов риска соматических заболеваний, не специфичных для какой-либо отдельной нозологии, в связи с чем представляется важным раскрытие самого феномена тревожности и причин его возникновения.

В современной психологии при рассмотрении тревожности принято различать две ее формы: личностную (ЛТ) – тревога как свойство, и ситуативную (СТ) – тревога как состояние. Ситуативная конгруэнтна временному эмоциональному состоянию, вызванному действием факторов, содержащих для индивида реальную или воображаемую опасность. Личностная тревожность отражает довольно стабильное индивидуальное свойство, проявляющееся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения» [10, с. 552]. Иначе говоря, тревожность как свойство описывает относительно устойчивые индивидуальные различия в склонности индивида испытывать состояние тревоги. Тревожность как черта личности связана с генетически детерминированными свойствами функционирующего мозга человека, обуславливающими постоянно повышенный уровень эмоционального возбуждения. Данная форма тревожности наряду с повышенной ситуативной тревожностью, вызываемой различными стрессорами, приводит к усилению стресса, развитию дистресса и, как следствие, разнообразных психосоматических заболеваний.

Тревожность может быть обусловлена множеством различных факторов. В качестве важнейшего ее источника в психологических исследованиях выделяется внутриличностный конфликт, преимущественно связанный с отношением к себе, самооценкой, «Я–концепцией». Независимо от того, как понимается конфликт, как противоречие между «Я–идеальным» и «Я–реальным», или как расхождение между высотой самооценки и уровня притязаний, он ведет к неудовлетворению фундаментальной потребности в привычном, устойчивом и, вместе с тем, удовлетворяющем отношении к себе, что вызывает переживание напряженности, внутреннего дискомфорта, выражением которых и является повышение личностной тревожности [6], [7].

Особый интерес, на наш взгляд, представляет подход Л.В. Бороздиной, рассматривающей в качестве источника тревожности и некоторых заболеваний рассогласование самооценки и уровня притязаний личности [6]. Самооценка и уровень притязаний, по мнению Л.В. Бороздиной, представляют собой автономные личностные образования, которые по всем своим параметрам способны как совпадать, так и расходиться, что не только выявляется

феноменологически, но и подтверждается статистическим анализом. Автором выделены и описаны три типа соотношения обсуждаемых образований по параметру высоты. Первый – сочетание на равном уровне: (СО=УП). Второй – несоответствие: в сторону подъема уровня притязаний над самооценкой (СО<УП). Третий – дивергенция: в направлении понижения уровня притязаний относительно самооценки (СО>УП). В работе убедительно показано, что особенности самооценки и уровня притязаний в отдельности не связаны с повышением тревожности. По сравнению с попарным сопоставлением ЛТ и СО, ЛТ и УП, где верифицируемая закономерность либо не проявлялась, либо обнаруживала ограниченное действие, анализ соотношения трех элементов (СО, УП, ЛТ) позволил вскрыть достоверно значимое усиление личностной тревожности при расхождении уровней самооценки и притязаний. Это дало основание автору утверждать, что рассогласование рассматриваемых образований продуцирует формирование хронической тревожности [6, с. 26]. Таким образом, при анализе соотношения параметров самооценки, уровня притязаний и тревожности был обнаружен ранее не описанный феномен, названный «триадой риска», который оказался весьма чувствительным к возникновению ряда психосоматических заболеваний.

Дальнейшее изучение дало возможность понять, почему и как образуется «триада риска». При длительной дивергенции высоты рассматриваемых конструктов, в частности, повышении притязаний относительно самооценки, сопряженной с ростом личностной тревожности как реакцией на это рассогласование, возникает пролонгированный внутриличностный конфликт – ситуация, когда человек сам с собой не в ладу. Л.В. Бороздина отмечает: «В типичном случае, относительно скромно оценивая себя, индивид устойчиво продуцирует высокое целеполагание, стремясь повысить потенциал самовосприятия и обеспечить рост самооценки за счет достижения успеха на субъективно престижном или удовлетворяющем человека уровне. Однако выбор цели в зоне, объективно недоступной индивиду или кажущейся ему таковой, сопровождается резко выраженным эмоциональным дискомфортом, чувством недовольства собой, беспокойством из-за ожидаемой неудачи при остром желании успеха, что и находит свой эквивалент в увеличении индекса ситуативной и личностной тревожности» [6, с. 40]. Тревожность при таком подходе лишается статуса особого, самостоятельного психологического образования, являясь по сути лишь функцией конфликта и существуя постольку и так долго, поскольку и как долго существует внутренний конфликт.

Внутриличностный конфликт, помимо роста личностной тревожности, порождает и другие нарушения эмоциональной сферы. Поскольку оба конструкта – уровень притязаний и самооценка – обладают известной константностью или инертностью, то ситуация в сфере эмоций индивида может принимать хронизированный характер. У такого индивида увеличивается фрустрированность, усиливается агрессивность (в подавленной форме), обнаруживается конформизм в поведении, сверхпривязанность в социальных контактах со страхом их потери, что влечет за собой глубокое эмоциональное неблагополучие с широким спектром отрицательных переживаний [6, с. 43].

Для состояния здоровья весьма важное значение имеют способы, при помощи которых человек справляется с эмоциональными проблемами. Одной из причин увеличения интенсивности физиологических реакций при психосоматических нарушениях, как считают Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, и Е.Д. Соколова, является недостаточная способность к адекватному отреагированию эмоций в поведении, которая может быть связана с выраженной склонностью к контролю собственного поведения. Эта склонность в наибольшей мере определяется потребностью следовать принятой норме, не привлекать внимания окружающих к своим эмоциональным проблемам, выглядеть социально благополучно, сознательным стремлением соответствовать социальным ожиданиям. Контроль поведения оказывает двойственное влияние: его высокий уровень способствует улучшению социального взаимодействия и уменьшению числа фрустрирующих ситуаций и, вместе с тем, затрудняет адекватное реагирование эмоций, что приводит к усилению вегетативно-гуморальной активации, нарастанию физиологических сдвигов [11, с. 47].

Затруднения в отреагировании эмоций могут быть также обусловлены внутриличностным конфликтом, который, с одной стороны, усиливает фрустрацию и тревогу, а с другой – препятствует осознанию эмоций и приводит к блокаде отреагирования каждой из них.

Из многообразия психологических защит, существенных для формирования психосоматических нарушений, психологи выделяют соматизацию тревоги, в результате которой тревога связывается с соматическими, а не с психологическими факторами. Соматизируясь, тревога обретает конкретность, перестает связываться с жизненными событиями. Возникающие трудности относятся на счет физического здоровья, в результате чего уменьшается тревога, обусловленная трудно разрешимыми проблемами, появляется возможность найти социально приемлемый выход из стрессогенной ситуации, избежать несостоятельности перед лицом требований среды. Таким образом, соматизация тревоги обеспечивает социально приемлемый выход из трудно разрешимых и эмоционально значимых проблем, перенося центр тяжести с этих проблем на телесные ощущения [11, с. 49].

Таким образом, выделение тревожности в качестве предиктора психосоматических заболеваний открывает возможности целенаправленной психокоррекционной работы с людьми, характеризующимися дивергенцией уровней самооценки и притязаний, повышением тревожности, фрустрированностью, агрессивностью и т.д. Особенно актуальным это является в более ранних возрастах, например, подростковом и юношеском, т. к. позволяет определить адресный характер превентивных мероприятий, направленных на сохранение здоровья подрастающего поколения. Основные перспективы продолжения исследований по данной проблеме заключаются, на наш взгляд, в разработке конкретных консультативных, коррекционных технологий для работы с соответствующим контингентом учащейся молодежи.

Литература

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с. (Серия «Психология без границ»).
2. Охматовская, А.В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма): автореф. ... дис. канд. психол. Наук : 19.00.04 / А.В. Охматовская; МГУ им. М.В. Ломоносова. – М., 2001. – 42 с.
3. Бороздина, Л.В. «Триада риска» у пациентов с дуоденальной язвой / Л.В. Бороздина, Н.Д. Былкина-Михеева // Психологический журнал. – 2002. – № 2. – С. 65–78.
4. Рейковский, Я. Экспериментальная психология эмоций / Я. Рейковский. – М. : Прогресс, 1979. – 392 с.
5. Гринберг, Д. Управление стрессом / Д. Гринберг. – СПб. : Питер, 2004. – 496 с.
6. Бороздина, Л.В. Теоретико-экспериментальное исследование самооценки : место в структуре самосознания, возрастная динамика, соотношение с уровнем притязаний, влияние на продуктивность деятельности: автореф. ... дис. докт. психол. наук : 19.00.01 / Л.В. Бороздина; МГУ им. М.В. Ломоносова. – М., 1999. – 45 с.
7. Прихожан, А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М. : Московский психолого-социальный институт; Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с. (Серия «Библиотека педагога-практика»).
8. Глейтман, Г. Основы психологии / Г. Глейтман, А. Фридлунд, Д. Райсберг. – СПб. : Речь, 2001. – 1247 с.
9. Сидоров, К.Р. Эффективность целепостроения и личностная тревожность в норме и при ишемической болезни сердца / К.Р. Сидоров, А.В. Дмитриева // Вестн. Удм. ун-та. Сер. Психология и педагогика. – 2004. – № 11. – С. 81–93.
10. Мещеряков, Б.Г. Большой психологический словарь / Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. – СПб. :прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 972 с.
11. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. // Российский медицинский журнал. 1998. – № 2. – С. 43–49.