

УДК 316. 613. 434: 159.923.3: 616. 89–008.

## Агрессивность и враждебность в этиопатогенезе психосоматических заболеваний

И.В. Сильченко

Рассматриваются теоретико-методологические аспекты проблемы предикторов психосоматических заболеваний. Теоретически обосновывается роль агрессивности и враждебности в этиопатогенезе соматических заболеваний различной нозологии. Отмечается важность целенаправленной психокоррекционной работы с людьми, характеризующимися выраженностью данной симптоматики и блокаде отреагирования каждой из них.

**Ключевые слова:** психосоматические заболевания, факторы риска, агрессивность, враждебность, гнев, подавления, способы отреагирования, психокоррекция.

Theoretical and methodological aspects of the predictors of psychosomatic diseases are considered. The role of aggression and hostility in the aetiopathogenesis of somatic diseases with various nosology is theoretically justified. The importance of purposeful psychocorrectional working with people, characterized by marked symptoms and blockade of acting out by each of them is emphasized.

**Keywords:** psychosomatic diseases, risk factors, aggression, hostility, anger, suppression, ways of acting, psychocorrection.

Современные условия предъявляют повышенные требования к выпускникам вузов, чей высокий профессионализм и творческое долголетие возможно только при хорошем здоровье. Тем не менее, по разным данным в Республике Беларусь от 2 % до 40 % студентов имеют отклонения в состоянии здоровья, и число их в процессе обучения в вузе неуклонно растет. На сегодняшний день 56 % студентов, обучающихся на факультете психологии и педагогики Гомельского государственного университета имени Ф.Скорины, имеют хронические заболевания, а на первом курсе их число достигает 60 %. Возрастающая значимость этой проблемы требует многостороннего исследования и предупреждения факторов риска различных соматических заболеваний.

Современный уровень развития психологической науки и того раздела медицины, который именуется психосоматикой, позволяет утверждать, что в патогенезе ряда заболеваний важнейшую роль играют психологические переменные. В 30-х годах прошлого века врач и психоаналитик Ф. Александер [1] выделил группу «психосоматических» болезненных состояний (семь заболеваний, в дальнейшем обозначенных как «чикагская семерка»): язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальную гипертонию, ревматический артрит, гипертиреоз, нейродермит и бронхиальную астму. В настоящее время их перечень значительно расширился, и 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.

Проблема психологических детерминант возникновения и развития психосоматических заболеваний на протяжении XX–XXI вв. является объектом интенсивных исследований, но ее актуальность с течением времени не снижается. Несмотря на значительное число работ, нет единой концепции психосоматического заболевания и в связи с этим – этиопатогенетической психотерапии, недостаточно разработаны подходы к организации психопрофилактических мероприятий.

В последнее время в научной литературе широко обсуждается роль агрессии и враждебности в этиопатогенезе хронических соматических заболеваний. Интерес научного сообщества к этой проблеме не случаен и обусловлен многими причинами. Прежде всего, это на-

копленные еще со времен Гиппократов многочисленные несистематические наблюдения врачей за отдельными группами соматических больных. Например, среди специалистов-аллергологов издавна распространено мнение о том, что бронхиальной астмой чаще страдают люди с «желчным темпераментом». В начале прошлого века о патогенной роли враждебности в сочетании с хроническим подавлением гневных и агрессивных импульсов в этиологии гипертонии и ишемической болезни сердца, ссылаясь на случаи из терапевтической практики, писали психоаналитики. Однако научное объяснение этой идеи получила лишь сравнительно недавно. Начало данному направлению было положено М. Фридманом и Р. Розенманом (1959), описавшими поведенческий паттерн типа А, как существенный фактор риска ишемической болезни сердца. Поведение данного типа представляет собой феномен, включающий такие признаки, как чувство дефицита времени, тенденцию к соперничеству, враждебность, сильную вовлеченность в различные виды деятельности, напряженность и нетерпеливость, выразительную речь, быструю походку. В более поздних публикациях отмечалось, что не все составляющие поведения типа А имеют одинаковое значение при оценке риска ишемической болезни сердца, а среди наиболее патогенных факторов была выделена враждебность – как подавляемая, так и открыто выражаемая субъектом [2, с. 57].

Современные авторы аналитических обзоров единодушно отмечают, что враждебность является предиктором сердечно-сосудистых заболеваний и ранней смертности, а также прогностическим критерием неблагоприятного течения аллергических, онкологических, вирусных заболеваний и расстройств личности [3, с. 34]. Имеются публикации, посвященные роли неотреагированной (подавляемой) агрессии и враждебности в патогенезе бронхиальной астмы [4]. В недавних исследованиях, посвященных проблемам адаптации, подтверждено, что индивиды, склонные в кризисной ситуации к агрессивным реакциям, имеют определенные психосоматические симптомы. Были выявлены значимые корреляционные связи гнева с такими психосоматическими симптомами, как колебания настроения, желание заплакать; нарушение питания: чрезмерный аппетит; повышенная чувствительность к шуму; нарушения дыхания: одышка, спазмы; сонливость, повышенная потребность в отдыхе; нарушение сна: бессонница; ознобы [5]. Все это позволяет рассматривать агрессивность и враждебность в числе общих психологических факторов риска соматических заболеваний, не специфичных для какой-либо отдельной нозологии.

Несмотря на очевидную актуальность проблемы, исследования враждебности длительное время были затруднены отсутствием общепринятого определения терминов, а также использованием слишком разных инструментов для диагностики. В работах, которые восходят к традициям психоанализа и «психосоматической медицины», термин «враждебность», как правило, употребляется наряду с двумя другими, тесно связанными с ним по значению: агрессия и гнев (Ф. Александер, 2000). Первым, кто попытался дифференцировать понятие «враждебность» и отделил ее от агрессивности, был А. Басс. В своей работе он положил начало новому направлению исследований враждебности, на которое опираются современные психологи и клиницисты. Враждебность понималась А. Бассом как длительное устойчивое негативное отношение или система оценок, применяемая к окружающим людям, предметам и явлениям. При этом враждебность соответствовала когнитивному компоненту психики, агрессия – поведенческому, а гнев – эмоциональному. По мнению ряда исследователей, отношение враждебности к числу когнитивных переменных не вполне справедливо, так как враждебность предполагают также и эмоциональную оценку [6], [7].

Еще одно понимание враждебности было предложено Дж. Берифутом. В понимании соотношения враждебности, гнева и агрессии он на первый план выдвигает понятие враждебности и рассматривает его как антагонистическое отношение к людям, включающее когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты. Аффективный компонент составляют взаимосвязанные эмоции, включающие гнев, раздражение, обиду, презрение, негодование, отвращение и т. д. Когнитивный компонент представлен негативными убеждениями в отношении человеческой природы в целом (цинизм) и убеждениями в недоброжелательности других людей по отношению к самому субъекту (враждебные атрибуции, недоверие, подозрительность). Наконец, поведенческий компонент включает разнообразные формы проявле-

ния враждебности в поведении, часто замаскированные, – агрессию, негативизм, неумение сотрудничать, нежелание идти на компромисс, избегание близких межличностных отношений или социальных контактов вообще [6, с. 90]. Таким образом, Дж. Берифут рассматривает враждебность как сложное образование, включающее в себя гнев и агрессию в качестве ее поведенческих и эмоциональных коррелятов, выступающих ее внешними индикаторами.

По утверждению С.Н. Ениколопова, наиболее ценным в подходе Дж. Берифута является то, что он вышел за пределы триады «враждебность–гнев–агрессия» и описал достаточно широкий спектр поведенческих и эмоциональных составляющих враждебности. Понимание того, что враждебность не всегда ведет к агрессии, а вместо гнева может сопровождаться другими эмоциональными переживаниями, открывает возможность самостоятельного изолированного изучения враждебности [7, с. 69].

В ряде работ враждебность описывается с помощью категории «отношение». Так, Т. Смит рассматривал враждебность как комплекс негативных отношений (вражда, неприязнь, недоброжелательность), убеждений и оценок применительно к другим людям, то есть восприятие других людей как вероятный источник фрустрации, обмана, провокации и т. п. Таким образом, как устойчивая, общая черта, враждебность подразумевает девальвацию мотивов и личностных качеств других людей, ощущение себя в оппозиции к окружающим и желание им зла (активное – причинять вред, или пассивное – наблюдать причинение вреда) [7, с. 69].

Сходная точка зрения есть и в отечественной психологии. В. Н. Мясищев, подробно разрабатывая категорию «отношение», отмечал, что враждебность (вражда, неприязнь) формируется в процессе взаимодействия с ее объектом и затем задает пристрастность восприятия новых объектов. Таким образом, В.Н. Мясищев относит враждебность к эмоциональным отношениям. Важно отметить, что отдельные избирательные негативные отношения к кому-либо или чему-либо в данном подходе рассматриваются как характерные для большинства людей. Более того, полное отсутствие у человека враждебных отношений отражает определенную личностную дисфункцию или личностную незрелость и не способствует адаптации. С другой стороны, враждебное отношение может быть неадекватно обобщенным, вплоть до того, что человек воспринимает любые объекты или воздействия извне как негативные, неприятные, нежелательные и т. п. В таких случаях генерализации враждебного отношения имеет смысл говорить о враждебной картине мира, которая при определенных обстоятельствах может приобретать характер патологии. Подчеркивая единство отражения человеком действительности и отношения к ней, В.Н. Мясищев, таким образом, подводит к идее о том, что система отношений человека представляет способ реконструкции в индивидуальном сознании модели или «картины» окружающей действительности [8].

По мнению целого ряда авторов, проблема построения субъективной картины мира относится к числу ключевых проблем психологии. Представления о картине мира активно разрабатываются в различных психологических школах в нашей стране и за рубежом. Согласно общим положениям этих теорий, в процессе накопления субъективного опыта у человека постепенно формируется внутренний мир его представлений об объектах окружающей действительности, о себе, других людях, а также о связях между отдельными элементами. Для обозначения этого внутреннего мира различными авторами используются различные термины: «модель мира» (Боулби), «теория реальности» (С. Эпштейн) и др. В отечественной науке наиболее часто используется понятие «образ мира» (А.Н. Леонтьев, 1983). Все авторы подчеркивают исключительную роль картины мира в адаптации человека к условиям его существования. Картина мира составляет основу его жизнедеятельности во всех ее аспектах, служит базой для принятия решений и познания внешнего мира.

Для выработки концептуального определения враждебности и объяснения механизмов ее влияния на различные психические процессы продуктивным представляется подход С.Н. Ениколопова, рассматривающего враждебность в рамках отечественных представлений о картине мира. По мнению ученого, феноменологическое определение враждебности (как черты личности или как тенденции часто переживать эмоцию гнева) не объясняет механизмов ни собственно враждебности, ни ее связи с поведением и физическим здоровьем. Описание враждебности как исключительно когнитивной категории также весьма условно и не вполне адекватно в силу невозможности выделения жесткого критерия (где грань между

когнитивным и эмоциональным компонентами?). В его понимании враждебность представляет собой специфическую картину мира, в рамках которой объекты наделяются негативными характеристиками. Враждебность – это сложная форма аффективно-когнитивной ориентации. Она состоит из набора различных взаимодействующих эмоций, влечений и аффективно-когнитивных структур. Эмоции, занимающие особенно важное место в комплексе враждебности, – это гнев, отвращение и презрение (так называемая «триада враждебности»). Враждебность включает также влечения, взаимодействия аффектов и обычно мысли или образы, связанные с причинением вреда объекту враждебности. Такие образы и желания необязательно содержат реальное намерение причинить объекту вред. Враждебность не включает в себя словесной или физической активности. Агрессия не всегда является следствием враждебности. Аналогично, помимо агрессии существует целый ряд других возможных поведенческих коррелятов враждебной картины мира: аутизация, нежелание сотрудничать, безынициативность, неспособность принимать решения и т. п. [7, с. 70].

Таким образом, отечественные исследователи проделали значимую методологическую работу по уточнению границ каждого из понятий (гнева, враждебности, и агрессии), описанию психологических форм каждого из конструктов, установлению феноменологических связей между ними. Разработан методический комплекс, позволяющий фиксировать не только количественные, но и качественные аспекты враждебности.

В рамках данного подхода выполнены работы, в которых был описан характер взаимосвязи количественных (общего уровня враждебности) и качественных аспектов враждебности, ее структурных компонентов (аффективного, когнитивного и поведенческого) с объективными характеристиками психического заболевания (длительностью и нозологической принадлежностью). Показана количественная и качественная специфика враждебного отношения у психически больных по сравнению со здоровым населением; выявлена качественная специфика враждебности у больных бронхиальной астмой, которая выражается в подозрительности, настороженности, «паранойальности», ее стабильность во времени и независимость от динамики течения заболевания. Расширены характеристики когнитивного компонента враждебности: помимо цинизма, недоверия и подозрительности выявлено снижение самооценности, убежденности в возможности контролировать происходящие события, доброжелательности окружающего мира и, как следствие этого, появление у больных убеждения в своем невезении и максимальной роли случая в их жизни. Отмечается довольно сильное убеждение больных в справедливости мира, то есть в том, что каждый человек получит по заслугам. При этом справедливость оценивается с точки зрения распределения отрицательных событий: «если делаешь зло, то оно к тебе вернется», «если человек злой, то он будет наказан» и т. д. Все это свидетельствует о негативном восприятии больными объектов окружающего мира [6].

Для состояния здоровья весьма важное значение имеют не только негативные эмоции, но и способы, которыми человек справляется с эмоциональными проблемами. Многочисленные клинические данные свидетельствуют о том, люди, привыкшие подавлять все негативные эмоции, в частности, гнев, больше подвержены риску психосоматических расстройств [9]. Показано, что враждебность может проявляться посредством социально-пассивного, избегающего поведения. Сдерживаемая агрессия, адресованная внешним объектам, обращаясь внутрь, вызывает вегетативный дисбаланс и создавая, тем самым, предпосылки для возникновения приступа удушья [4].

Ф.Б. Березин, Е.В. Безносок и Е.Д. Соколова придерживаются подобной точки зрения и считают, что одной из причин увеличения интенсивности физиологических реакций при психосоматических нарушениях является недостаточная способность к адекватному отреагированию эмоций в поведении, которая может быть связана с выраженной склонностью к контролю поведения 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 отреагирование эмоций, что приводит к усилению вегетативно-гуморальной активации, нарастанию физиологических сдвигов [10, с. 47].

В исследованиях, проведенных в рамках аффективно-динамического подхода, разрабо-

тываемого белорусским психологом И.Ф. Фурмановым [11], также в качестве основных причин формирования различных психосоматических симптомов выступают непродуктивные способы выражения гнева и агрессии. Доказано, что стратегии подавления, сдерживания и даже дозированного отреагирования гнева и агрессии являются дезадаптивными как на организмическом, так и на межличностном уровнях функционирования индивида. И в качестве наиболее эффективного способа совладания с ними предлагаются психокоррекционные программы, направленные на формирование навыков регуляции и управления указанных эмоций и моделей поведения в частности, тренинг модификации поведения.

Выделение агрессивности и враждебности в качестве этиологических факторов риска психосоматических заболеваний открывает возможности целенаправленной психокоррекционной работы с людьми, характеризующимися выраженностью данной симптоматики и недостаточной способностью к адекватному отреагированию эмоций в поведении. Основные перспективы исследований по данной проблеме заключаются, на наш взгляд, в определении основных направлений превентивных мероприятий, в разработке конкретных консультативных и коррекционных технологий для работы с соответствующим контингентом студенческой молодежи.

### Литература

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – М. : Изд-во ЭКСМО–Пресс, 2002. – 352 с.
2. Языкова, Т.А. Поведение типа А: проблемы изучения и психологическая коррекция / Т.А. Языкова, В.П. Зайцев // Психологический журнал. – 1990. – № 5. – С. 56–59.
3. Ениколопов, С.Н. Враждебность в клинической и криминальной психологии / С.Н. Ениколопов // Национальный психологический журнал. – 2007. – № 1 (2). – С. 32–39.
4. 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.
5. Фурманова, Н.В. Сравнительный анализ адаптивной и дезадаптивной личности в период ранней взрослости // Психологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 33–39.
6. Кузнецова, С.О. Психологические особенности враждебности при психической патологии / О.С. Кузнецова // Вопросы психологии. – 2007. – № 5. – С. 89–99.
7. Ениколопов, С.Н. Понятие агрессии в современной психологии / С.Н. Ениколопов // Прикладная психология. – 2001. – № 1. – С. 60–72.
8. Мясищев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев ; под ред. А.А. Бодалева. – М. : Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж : НПО «МОД ЭК», 1995. – 356 с.
9. Изард, К. Эмоции человека / К. Изард – М. : МГУ, 1980. – С. 252–334.
10. Березин, Ф.Б., Безносюк, Е.В., Соколова, Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 2. – С. 43–49.
11. Фурманов, И.А. Агрессия и насилие: диагностика, профилактика и коррекция / И.А. Фурманов. – СПб. : Речь, 2007 – 480 с.