

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗДОРОВЫХ И НАХОДЯЩИХСЯ НА ВРАЧЕБНОМ ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ЛИЦ, ПОДВЕРЖЕННЫХ ДЕЙСТВИЮ ДЛИТЕЛЬНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

На протяжении многих веков наиболее передовые врачи своего времени отмечали единство функционирования целостного организма. При этом "идеальное" гармонично сочеталось с "телесным" и эти понятия взаимодополняли и обогащали друг – друга. При оказании врачебной помощи наиболее емко этот принцип воплощался в "лечении не болезни, но больного". Со времен Р.Декарта, когда эти категории были искусственно разделены, медицинская наука долгое время развивалась в рамках, ограниченных материально – техническими и научными достижениями соответствующей эпохи. С одной стороны, благоприятным моментом подобного дуализма являлось бурное развитие анатомии, гистологии, физиологии, микроскопических исследований, зарождение экспериментальной медицины. С другой стороны, продолжались научные споры и накапливались вопросы о причинах возникновения и механизмах развития таких заболеваний, которые сегодня мы с полным основанием можем отнести к психосоматическим заболеваниям. Вновь объединение духовного и физического, психического и телесного в рамках клинической медицины происходит в работах пионеров психосоматического направления в первой половине 20 столетия. Ф. Александер, один из основателей данного направления в медицине, был убежден в том, что прогресс в этой области требует принятия основного постулата: психологические факторы, влияющие на физиологические процессы, должны подвергаться настолько же подробному и тщательному изучению, как это принято при исследовании физиологических процессов. Упоминание об эмоциях в таких терминах, как тревога, напряженность, эмоциональная неустойчивость, является устаревшим. Актуальное психологическое содержание эмоции должно быть исследовано наиболее передовыми методами динамической психологии и иметь корреляцию с соматическими реакциями.

Другой постулат, выдвинутый им, состоит в том, что психологические процессы в своей основе не отличаются от других процессов, имеющих место в организме. Они в то же время являются физиологическими процессами и отличаются от остальных телесных процессов только тем, что воспринимаются субъективно и могут быть переданы вербально окружающим. Они могут поэтому изучаться психологическими методами. Каждый телесный процесс прямо или косвенно подвержен влиянию психологических стимулов, поскольку организм в целом представляет собой единицу, все части которой взаимосвязаны между собой. Психосоматический подход поэтому может быть применен к любому феномену, имеющему место в живом организме. Такая универсальность применения объясняла заявления о грядущей психосоматической эре в медицине. В настоящее время не может быть сомнений в том, что психосоматическая точка зрения предлагает новый подход к пониманию организма как интегрированного механизма. Терапевтические возможности нового подхода установлены для многих хронических заболеваний, и это дает возможность надеяться на его дальнейшее применение в будущем [1]. В то же время публиковались многие работы, в которых предпринимались попытки исследовать взаимосвязь психологических личностных профилей человека и возможность развития при неблагоприятных внешних обстоятельствах определенных заболеваний. Наиболее известной работой в данном направлении является труд Ф. Данбар [2]. С начала 40-х г. вышел ряд книг под одним названием - "Психосоматическая медицина". Холлидей сделал попытку очертить границу психосоматических синдромов и их взаимосвязи. Он считал, что психосоматическими заболеваниями следует обозначать лишь такие, природа которых может быть понята только тогда, когда установлено несомненное влияние эмоционального фактора на физическое состояние. Он относил к ним нейродермит, люмбаго, мигрень, хорею, пептическую язву, колиты, гипертонию, бронхиальную астму, дисменорею, экзему, псориаз, нейроциркуляторную астению.

В настоящее время внимание исследователей привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности, как одному из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Разрабатывают методики определения уровня алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями, а также психотерапевтические методы, направленные на снижение алекситимии путем преодоления определяющих ее личностных черт. Дальнейшее изучение алекситимии в системе других факторов риска биологической и психосоциальной природы имеет значение для лучшего понимания роли психологических механизмов в патогенезе этих заболеваний, своевременного прогноза и организации профилактических мероприятий в рамках превентивной эпидемиологии.

Термин "алекситимия" ввел Сифнеос в 1973 г. В своей работе, опубликованной еще в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Алекситимия буквально означает: "без слов для чувств" (или в близком переводе - "нет слов для названия чувств"). Термин подвергался критике, в том числе за отсутствие релевантности, однако прочно занял свое место в литературе, посвященной психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобретает все большую популярность, что отражается в постоянно возрастающем количестве публикаций в разных странах. Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся "инфантильной личностью", проявляют трудности в вербальном символическом выражении эмоций. Алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями: 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Клинический опыт подтверждает концепцию алекситимии в том отношении, что многие соматические больные проявляют ограниченную

способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии. Вопрос о происхождении самих алекситимических черт остается открытым и для самого основателя концепции. Вызвана ли алекситимия врожденными дефектами, является ли результатом биохимического дефицита, проистекает ли из-за задержек в развитии – семейных, социальных или культурных? На эти вопросы нет ответа. Имеются, однако, предварительные свидетельства, указывающие на то, что основное значение имеют генетические факторы, и что сам этот феномен может быть понят, скорее всего, в рамках нейрофизиологии.

Огромное значение на дальнейшее развитие медицины оказало учение о стрессе Г. Селье. В своей работе он отмечает, что стресс является, по – сути, физиологической реакцией, подготавливающей организм к борьбе или бегству, и только при превышении определенных критериев развивается патология [3]. Немаловажное значение в развитии психосоматической патологии придается когнитивным структурам, присущим человеку. С середины 60-х годов в когнитивной психологии появляется термин "стиль объяснения", введенный М. Селигманом и А. Беком, продолжающими разработки "атрибутивной теории" Дж. Келли. Теория атрибуции является теорией оценки (идеализированной теорией о том, как люди должны поступать) и может применяться также как описательная модель всего поведения. В своей оригинальной формулировке Дж. Келли, опираясь на классические труды Ф. Хайдера, Н. Джоунза и К. Дейвис, разработал модель атрибуции, названную им "анализ переменной структуры" [4]. В 1965 г. М. Селигман и С. Майер [5] провели ряд знаменитых "триадных" экспериментов на животных (собаках), изучая явление "приобретенной беспомощности". В 1971 г. подобные эксперименты были проведены на группах людей. Эффект приобретенной беспомощности был представлен очень ярко. Человек из "беспомощной" группы переносил свою беспомощность в новый эксперимент без попыток противостоять трудностям. Чрезвычайно важным было следующее: каждый третий из тех, кого пытались свергнуть в беспомощность, не капитулировал. А каждый десятый из тех, кого не подвергали шоковому воздействию, сдавался сразу. Основная гипотеза этого – люди, подверженные депрессии, показывают иную атрибуцию. То есть, решение проблемы относительно подверженности беспомощности кроется в объяснении людьми своих неприятностей. Помочь им изменить стиль объяснения, значит, найти успешный способ победить их депрессию. Оптимизм и пессимизм почти также влияют на состояние здоровья, как и физические факторы [6]. Достаточно показательны в этом опыты, проведенные М. Висинтейнер в 1978 г., о влиянии приобретенной беспомощности на течение онкологических заболеваний. В экспериментах, проведенных на крысах, было показано, что перенесенный шок ослабляет иммунную систему: антитела теряют способность к быстрому размножению, а у фагоцитов резко падает поражающая способность, что может способствовать развитию различных заболеваний. Опираясь на все вышеизложенное, представляется важным и перспективным изучить влияние личностных характеристик, эмоциональной экспрессии, поведенческих паттернов, а также атрибутивных стилей мышления, взаимодействующих на фоне длительного эмоционального стресса, на развитие психосоматической патологии.

Цель данной работы – изучение и сравнительный анализ личностных профилей, поведенческих паттернов, эмоциональной экспрессии, атрибутивных стилей мышления у здоровых и состоящих на диспансерном учете у врачей лиц, подверженных воздействию длительного эмоционального стресса.

Проверяемая гипотеза – у психически и физически здоровых лиц личностные характеристики при равноценных условиях (имеется в виду длительное воздействие эмоционального стресса), достоверно отличаются от подобных характеристик у лиц, имеющих хронические психосоматические заболевания и состоящих на диспансерном учете у врачей.

Работа производилась на базе Центра психической реабилитации для детей – инвалидов им. Януша Корчака. В качестве исследуемых выступили матери детей, посещающих Центр с различными заболеваниями в виде нарушения психомоторно-речевого развития и разными сроками от момента постановки диагноза детям.

Для исследования мы применяли следующие тесты: 1) Миссисипская шкала (гражданский вариант), адаптированная Тарабриной Н. В. – использовалась нами для определения уровня стресса [7]. 2) Шкала тревоги Дж. Тейлор - измеряли базальный уровень тревоги [8]. 3) Тест эмоциональной экспрессии Н. С. Курек, позволяющий судить о выраженности и степени проявления таких основных эмоций человека, как радость, страх, печаль, гнев [9]. 4) Тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева [10]. 5) Тест смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева [11]. 6) Тест на оптимизм М. Селигмана (адаптация Л. М. Рудиной) [12]. 7) Тест на фрустрацию С. Розенцвейга [13]. Выбор именно данных тестов объясняется особенностью поставленной цели и позволяет, с нашей точки зрения, достаточно полно и подробно изучить личностные особенности в изучаемых выборках. Математическая и статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием критерия Фишера (*) [14].

Было сформировано 2 группы. Первую группу (1) – 18 человек, составили матери, не имеющие проблем со здоровьем, не состоящие на диспансерном учете у врачей и не предъявляющие никаких жалоб на состояние физического и психического здоровья и благополучия. Средний возраст матерей в данной группе – 39,7 лет, средний возраст детей в данной группе – 13,8 лет. Вторую группу (2) – 25 человек, составили матери, находящиеся на диспансерном учете у врачей по поводу хронических заболеваний, а именно: 9 матерей (36%) - у терапевта, по поводу гипертонической болезни (ГБ) II – III степени, ишемической болезни сердца (ИБС); 6 матерей (24%) – у онколога, по поводу злокачественных новообразований; 4 матери (16%) – у гастроэнтеролога, по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; 3 матери (12%) – у невропатолога, по поводу преходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК); 2 матери (8%) – у кардиолога, по поводу нарушения внутрисердечной проводимости и протезирования клапанов сердца; 1 мать (4%) – у психотерапевта, по поводу панических атак. Средний возраст матерей в данной группе – 43,8 лет, средний возраст детей – 19,6 лет.

В результате проведенного исследования были получены следующие данные: достоверных различий между двумя группами в уровнях тревоги, эмоционального стресса и эмоциональной экспрессии не обнаружено. При сопоставлении данных исследования жизнестойкости и смысложизненных ориентаций выявлено достоверное увеличение значений полученных результатов в группе здоровых (1) по шкалам "Вовлеченность" ($p < 0,01$) и "Принятие риска" ($p < 0,002$), а также "Локус контроля – Я" ($p = 0,001$) и "Локус контроля – Жизнь" ($p = 0,003$). При исследовании атрибутивных стилей мышления в группе 2 выявлено достоверное увеличение показателя "Коэффициент надежды" (суммы неблагоприятных факторов) ($p = 0,002$), уменьшение признания личного вклада в исход благоприятных событий ($p = 0,001$), увеличение

общего показателя плохих событий (их постоянство, широта, персонализация) ($p < 0,01$), снижение общего показателя благоприятных событий ($p < 0,01$). При исследовании поведенческих паттернов в условиях фрустрации, невзирая на отсутствие качественных различий в демонстрируемых реакциях в обеих группах, мы, тем – не – менее, получили достоверные количественные отличия, свидетельствующие о менее конструктивном ($p = 0,02$) и более деструктивном, агрессивном ($p = 0,02$) подходе при разрешении фрустрирующей ситуации в группе 2.

В результате проведенных исследований и полученных данных можно сделать вывод, что в условиях действия длительного эмоционального стресса сохранению физического и психического здоровья человека содействуют его активная жизненная позиция в виде большей включенности в жизнь, открытости новому опыту и, при необходимости, готовность рисковать; чувство уверенности в управлении собственной жизнью, неприятие фатализма; большее осознание личных заслуг за благоприятное разрешение фрустрирующих ситуаций и событий повседневной реальности; конструктивный подход при поиске решений и выхода из трудных ситуаций. В современных условиях, когда эмоциональный стресс стал повседневной привычной реальностью, видится важным научиться формировать здоровую, устойчивую, уверенную в себе личность, способную конструктивно справляться с возникающими трудностями без ущерба для здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Dunbar F. Mind and Body: Psychosomatic Medicine. New York, Random House, 1947. – 234 p.
3. *Селье Г.* Стресс без дистресса / Г. Селье. – Рига: Виеда, 1992. – 106 с.
4. *Скотт П.* Психология оценки и принятия решений / П. Скотт. – М. : Филинь, 1998. – С. 141 – 219.
5. Селигман М. Как научиться оптимизму / М. Селигман. – М. : Персей, 1997. – 297 с.
6. Seligman M., Johnson J. A cognitive theory of avoidance learning. Washington, DC: Winston – Wiley, 1973. – P. 7 – 112.
7. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13, – № 2. – С. 14 – 29.
8. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т. А. Немчина) / Диагностика эмоционально-нравственного развития [ред. и сост. И. Б. Дерманова]. – СПб., 2002. – С. 126 – 128.
9. *Курек Н. С.* Нарушение психической активности / Н. С. Курек // Вопросы психологии. – 1999. – № 5. – С. 131 – 135.
10. *Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И.* Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – Москва: Смысл, 2006. – 58 с.
11. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций / Д.А. Леонтьев. – Москва: Смысл, 2006. – 18 с.
12. *Рудина Л.М.* Тест на оптимизм / Л.М. Рудина [метод. пособие под ред. В.М. Русалова]. – М. : Наука, 2002. – 8 с.
13. *Тарабрина Н. В.* Методика изучения фрустрационных реакций. Иностранная психология / Н. В. Тарабрина. – М., 1994. – Т. 4, – №2. – С. 10 – 16.
14. *Сидоренко Е. В.* Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2004. – 349 с.

Подано до редакції 18.03.09

РЕЗЮМЕ

В данной статье сделана попытка проанализировать различия в личностных профилях, поведенческих паттернах, уровнях эмоциональной экспрессии у здоровых и находящихся на врачебном диспансерном учете лиц, подверженных действию длительного эмоционального стресса. Показано, что активная жизненная позиция, открытость новому опыту, принятие ответственности за собственную жизнь в сочетании с оптимизмом способствуют сохранению психического и физического здоровья.

Ключевые слова: психосоматическая медицина, стресс, поведенческие паттерны, стили атрибуции, эмоциональная экспрессия.

С. Г. Агалаков

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗДОРОВИХ І ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ЛІКАРСЬКОМУ ДИСПАНСЕРНОМУ ОБЛІКУ, ПІДДАНИХ ДІЇ ТРИВАЛОГО ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ

РЕЗЮМЕ

В цій статті зроблена спроба проаналізувати розбіжності особистісних характеристик, поведінкових паттернів, емоційної експресії у здорових та перебуваючих на диспансерному лікарському обліку жінок за умовами дії довготермінового емоційного стресу. Доведено, що активна життєва позиція, відкритість новому, прийняття відповідальності за своє життя в сполученні з оптимізмом допомагають зберігати психічне та фізичне здоров'я.

Ключові слова: психосоматична медицина, стрес, поведінкові паттерни, стили атрибуції, емоційна експресія.

S.H. Agalakov

COMPARATIVE ANALYSIS OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF HEALTHY PERSONS AND PERSONS REGISTERED AT A HEALTH CENTER AS ONES SUBJECT TO PROLONGED EMOTIONAL STRESS

SUMMARY

The article demonstrates an effort to analyze some differences of personal characteristics, behavioral patterns, levels of emotional expressiveness of healthy persons and those registered at healthy centers as ones subject to prolonged emotional stress. It shows that an active life position, openness to new experience, acceptance of responsibility for own life and optimism enable preserving psychic and physical health.

Keywords: personal characteristics, behavioral patterns, levels of emotional expressiveness, emotional stress, active life position, psychic and physical health.
