

**РИТМОЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
КАК ФОРМА ДЕСТРУКТИВНОГО РАЗРЕШЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО КРИЗИСА**

В статье обсуждаются психологические особенности личности, обуславливающие риск возникновения психосоматических расстройств как результат деструктивного разрешения личностного кризиса. Автор анализирует механизмы возникновения ритмозависимых заболеваний.

L.G. Zhedunova

**RHYTHM-DEPENDING DISEASES  
AS THE FORM OF THE DESTRUCTIVE SOLUTION OF A PERSONAL CRISIS**

In the article the psychological features of the person causing risk of occurrence of psychosomatic frustration as result of the destructive permission of a personal crisis are discussed. The author analyzes occurrence mechanisms of rhythm-depending diseases.

Состояние неопределенности, связанное с утратой ориентиров и привычных опор, характерное для личностного кризиса, вызывает изменения жизненного ритма. Человек «выпадает» из общего ритма, из «круга жизни», объединяющего его с другими людьми: группой, обществом. Субъективное время жизни начинает детерминироваться эндогенными (внутренними) ритмами. Этим объясняется вариативность переживания времени в кризисе.

В обычных условиях индивидуальный ритм жизнедеятельности обуславливается синхронизацией внутренних (эндогенных) ритмов или биоритмов и внешних (социокультурных, групповых) ритмов.

Способность к гармонизации и синхронизации этих ритмов отражена в понятии «темпомир» личности. «...Это хорошо проработанная теоретически временная перспектива процесса самоактуализации, опирающаяся на реалистические представления человека о своем потенциале и объективных возможностях и реализуемая через способность самостоятельно задавать общий ритм собственной жизнедеятельности, гармонизирующей внутренние (биологические) ритмы с внешними ритмами, задаваемыми группой, культурой общества» [1. С. 41].

В условиях личностного кризиса эта способность может временно утрачиваться, что и вызывает ощущение «выпадения» из привычного ритма жизни. В отдельных случаях, когда обстоятельства жизни, приводящие к личностному кризису, оказывают сильное стрессовое воздействие на человека, возникает десинхронизация внутренних ритмов. Реше-

ние адаптационных задач в данном случае требует мобилизации внутренних ресурсов, которая предполагает мобилизацию и активацию физиологических и функциональных систем организма. Это требует синхронизации и гармонизации взаимоотношений между указанными системами в общем ритме жизнедеятельности.

При перенапряжении механизмов адаптации могут возникать ритмозависимые заболевания, являющиеся проявлением асинхронности. Истощение механизмов адаптации приводит к нарушению взаимосвязи между центральной нервной, иммунной, гуморальной и вегетативной нервной системами. Нарушается единая синхронная работа всех систем организма.

Современные исследования в области клинической и экспериментальной эндокринологии позволяют предположить наличие тесной взаимосвязи развития, в частности тиреопатических расстройств, с перенапряжением механизмов адаптации.

Тиреопатия – заболевание щитовидной железы. Само название железы определяет основную ее функцию – стресслимитирующего органа. Тиреопатия представляет собой одну из форм деструктивного разрешения личностного кризиса [2].

В классических психосоматических концепциях традиционно рассматривается только одна форма тиреопатии, а именно гипертиреоз, в то время как другие формы – зобная трансформация, аутоиммунный тиреоидит – практически не исследованы. Это привело к тому, что ни психологические факторы риска, ни основной конфликт тиреопатии как психосоматического заболевания в настоящее

время не выявлены. При этом распространенные тиреопатических нарушений нарастают, особенно в эндемичных зонах, к которым, в частности, относится Ярославская область. Этим обусловлена актуальность исследования психологических факторов риска в возникновении тиреопатий как ритмозависимых заболеваний.

Предметом обсуждения в этой статье являются психологические особенности личности, способствующие формированию и развитию тиреопатических расстройств. Особенностью выборки испытуемых, принимавших участие в наших исследованиях, является сочетание медицинской дезадаптированности с социально-психологической.

В самом деле, с точки зрения физического здоровья человек, страдающий тиреопатией, болен (если рассматривать болезнь как срыв адаптации), в то же время он сохраняет способность работать, поддерживать адекватные социальные контакты, то есть сохраняет определенный уровень социально-психологической адаптации. Это позволяет предположить наличие у наших испытуемых некоторых специфических факторов адаптации, которые, в свою очередь, могут определять психологические факторы риска развития именно этой формы психосоматической патологии.

В проведенных нами исследованиях [2] особенностей поведенческих стратегий в системе психологической адаптации к стрессовым ситуациям у больных с патологией щитовидной железы было показано, что для этой категории пациентов характерна социальная нормативность как базовое свойство личности. Социальная нормативность проявляется в склонности искать опору в упорядочивании жизненного пространства за счет следования социальным нормам. Стремление соблюдать социальные нормы, даже если они не совпадают с актуальными потребностями, позволяет человеку достигать определенного уровня адаптации с помощью сознательной расстановки приоритетов. За такой стратегией поведения стоит склонность жертвовать экзистенциальным «Я» в пользу социального «Я». При этом у пациентов с аутоиммунным компонентом в патогенезе тиреопатий и без такового прослеживаются различные поведенческие стратегии. Аутоиммунный компонент состоит в том, что клетки иммунной системы теряют способность к тонкой дифференцировке

«своих и чужих» клеток. Включается процесс саморазрушения иммунной системы.

При различном психологическом содержании оба типа стратегий носят адаптивный характер, если рассматривать основную задачу адаптации как необходимость обеспечения самоопределения личности в обществе, в группе на основе наиболее существенных особенностей индивидуальности. При этом, с медицинской точки зрения, наши испытуемые являются больными людьми, то есть людьми с нарушенной адаптацией. Это дает основание предположить наличие у них некоторых компенсаторных факторов, которые позволяют поддерживать определенный уровень баланса между внутренней и внешней средой.

Для проверки этого предположения нами было проведено специальное исследование факторов адаптации у больных с аутоиммунным тиреоидитом. Эта группа была выбрана как имеющая наибольшее число внутренних факторов риска в развитии дезадаптации. Так, в частности, нами было показано, что больные с аутоиммунным тиреоидитом характеризуются следующими личностными и характерологическими особенностями: слабые границы «Я», ригидность, негибкость поведения, «трудоголизм», высокая социальная нормативность, высокий уровень алекситимии.

Цель исследования заключалась в выявлении ведущих факторов социально-психологической адаптации пациентов с аутоиммунным тиреоидитом.

В исследовании приняли участие 50 человек (18 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 20 до 55 лет. Диагноз «аутоиммунный тиреоидит» (АИТ) был подтвержден результатами клинических исследований. Особенности входящих в обследуемую группу состояли в том, что их первому обращению к эндокринологу предшествовал кризисный период. В исследовании использовались следующие методы: тест социально-психологической адаптации Роджерса-Даймонда, Торонтская шкала алекситимии, дифференциально-аналитический опросник (ДАО).

Тест социально-психологической адаптации позволяет выявить основные показатели адаптированности. Дифференциально-аналитический опросник выявляет способы поведения и реагирования человека, его отношение к значимым событиям, ценностям,

людям. В основу опросника положено утверждение о том, что психологические нормы поведения в обществе, усвоенные человеком в процессе воспитания, определяют характер и тип жизненного поведения. Поскольку эти способы надситуативны, в случае их ригидности они могут быть причиной дезадаптивного поведения. Алекситимия многими учеными рассматривается в качестве основного психологического фактора таких форм дезадаптации, как психическое выгорание, формирование психосоматических расстройств, а также различных вариантов психологической адаптации, закрепляющей болезненные, разрушающие личность паттерны поведения.

Обработка полученных данных включала обобщение индивидуальных протоколов в общегрупповую матрицу с последующим применением факторного анализа методом главных компонент.

В результате факторного анализа выделились три фактора.

В первый, ведущий, фактор, названный нами «*Дезадаптация*», с максимальными нагрузками вошли дезадаптация (0,91), внешний контроль (0,94), ведомость (0,78), эскапизм (0,76), нормативность в отношениях (0,74).

Это сочетание показателей адаптированности позволяет судить о том, что основным дезадаптирующим фактором для данной группы испытуемых является необходимость подчиняться внешнему контролю. Соответственно, фактор адаптации включает в себя доминирование и внутренний контроль. Наличие в структуре этого фактора эскапизма с высоким удельным весом свидетельствует о том, что в случае вынужденного подчинения и наличия внешнего контроля возникает феномен «бегства от жизни».

Второй фактор – «*Доминирование*». В качестве базовых переменных в состав этого фактора вошли доминирование (0,74), адаптация (-0,91), принятие себя (-0,83) и принятие других (-0,63), нормативность в деятельности (0,68).

Основная смысловая нагрузка второго фактора состоит в том, что доминирование выполняет компенсаторную функцию при низкой адаптации и непринятии себя и других. Баланс со средой у больных с АИТ может достигаться благодаря повышенной нормативности в деятельности, включающей в себя такие качества личности, как педантичность,

сверхпунктуальность, аккуратность, справедливость.

Третий слабый фактор («*Алекситимия*») включает только одну шкалу – «алекситимия» (0,82), которая не связана ни с одним из показателей адаптированности. По-видимому, алекситимию следует рассматривать как одну из основных характеристик преморбидной личности, являющуюся фактором риска в развитии аутоиммунного процесса. Можно предполагать, что испытуемые с высоким уровнем алекситимии адаптируются с помощью таких ресурсов, как коммуникативная компетентность и интеллектуальное прогнозирование.

Для определения показателей адаптированности, вносящих вклад в общий уровень адаптации, нами был проведен регрессионный анализ. Его результаты позволяют прогнозировать, что основной вклад в возможную дезадаптацию больных с АИТ, принимавших участие в нашем исследовании, вносят такие показатели, как ведомость, внешний контроль, непринятие других. Таким образом, основными факторами, компенсирующими низкий уровень адаптации больных АИТ, являются внутренний контроль (умение контролировать собственное поведение с учетом социальных норм, преобладание рассудительности над эмоциональной импульсивностью, высокая ответственность), доминирование (честолюбие, высокий уровень притязаний, высокая активность), принятие других (умение устанавливать конвенциональные отношения).

Следует отметить, что наиболее выраженной личностной характеристикой больных с АИТ является слабость границ «Я», проявляющаяся в склонности к слиянию и эмоциональной зависимости, сниженной способности к дифференциации окружающих по принципу «свой-чужой». Это находит отражение в парадоксальных коммуникативных феноменах: человек начинает проявлять себя эмоционально по отношению к близким людям как к «чужим», а к «чужим» – как к близким. Напрашивается аналогия со сбоем в работе иммунной системы при АИТ, когда иммунные клетки утрачивают способность к распознаванию по тому же принципу «свой-чужой». Можно предположить существование

некоего более глубокого механизма, лежащего в основе утраты способности к тонкой дифференцировке (как на физиологическом, так и на психологическом уровнях).

Таким образом, состояние неопределенности, вызванное утратой ориентиров и привычных жизненных опор, может вызывать напряжение адаптационных ресурсов, разрешающееся в саморазрушающем поведении,

соматической метафорой которого является аутоиммунный процесс.

С нашей точки зрения, в основе психологического содержания этой метафоры лежит идея границ. Для проверки этого предположения было проведено специальное исследование суверенности психологического пространства личности как показателя состояния границ личности.

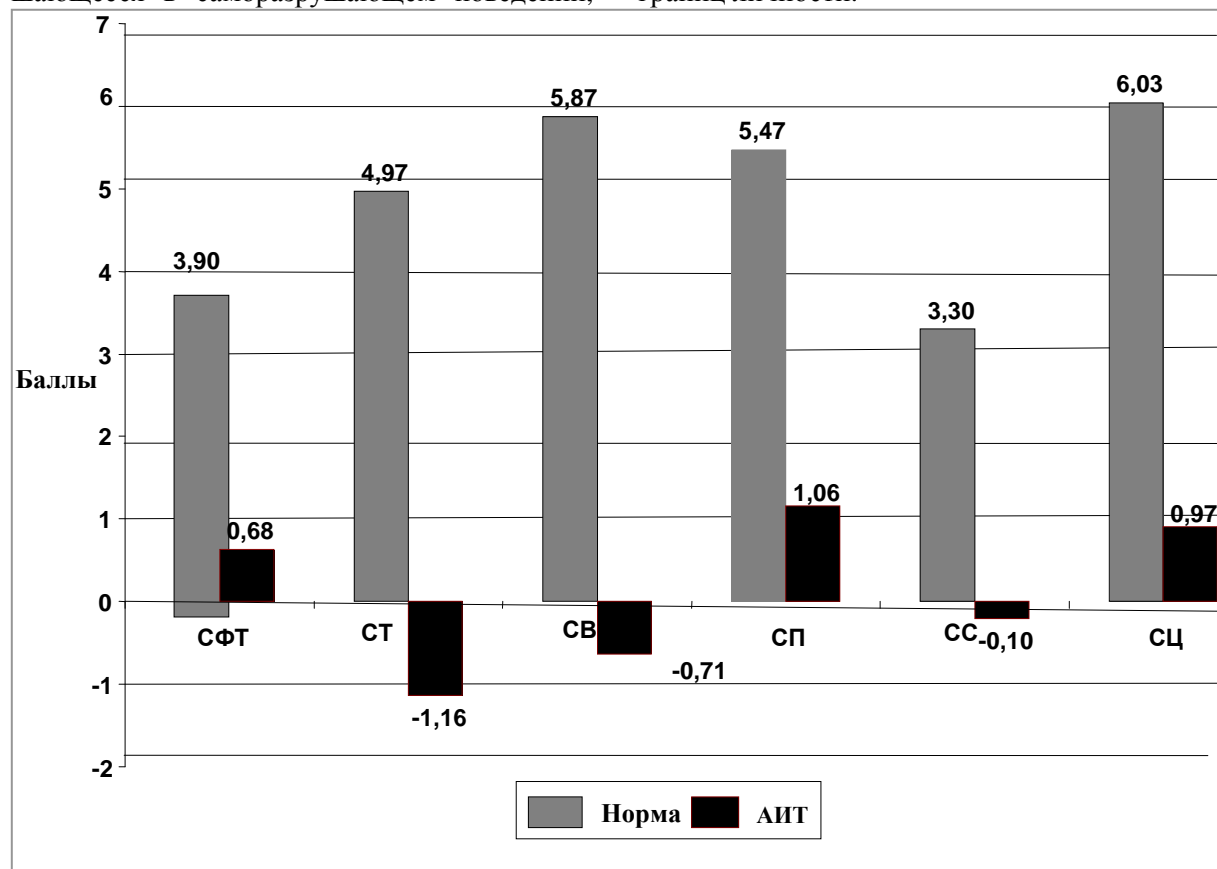


Рис. 1. Сравнение выборок по показателям методики «СППЛ»

В исследовании принимал участие 61 человек: 31 больной АИТ от 29 до 77 лет (27 женщин и 4 мужчин) и 30 здоровых людей в возрасте от 22 до 61 года (20 женщин и 10 мужчин). Состояние и сформированность границ личности исследовались при помощи опросника С.К. Нартовой-Бочавер «Суверенность психологического пространства личности» (СППЛ) [3]. Под психологическим пространством личности понимается субъективно значимый фрагмент бытия, включающий комплекс физических, социальных и чисто психологических явлений, с которыми человек отождествляет себя (территория, предметы, привязанности, установки). Психологическое пространство личности с целостными

границами называется суверенным, с нарушенными границами – депривированным.

Результаты исследования представлены на рис 1. Гистограмма иллюстрирует сравнение средних арифметических показателей нормы и АИТ по субшкалам методики «Суверенность психологического пространства личности» (СППЛ): суверенность физического тела (СФТ), суверенность территории (СТ), суверенность вещей (СВ), суверенность привычек (СП), суверенность социальных связей (СС), суверенность ценностей (СЦ). Как видно на гистограмме, между группой здоровых испытуемых и испытуемых с АИТ выявлены статистически значимые различия по всем показателям СППЛ. Этот факт свидетельству-

ет о депривированности психологического пространства у большинства испытуемых с АИТ, которым, возможно, приходилось переживать собственное бессилие в попытке отстоять границы личности. Депривированность психологического пространства проявляется в нарушении его границ: недостаточной способности обозначать свои границы (как в материальном, так и в социальном пла-

не), недостаточной дифференцированности в отношениях с другими людьми.

Поскольку ППЛ формируется в детском возрасте, а аутоиммунный тиреоидит возникает значительно позже, можно полагать, что депривированность психологического пространства является личностным фактором, способствующим развитию этого типа психосоматического расстройства.

### Библиографический список

1. Вахромов, Е.Е. К постановке проблемы психологии ритма [Текст] / Е.Е. Вахромов // Мир психологии. – 2002. – №3. – С. 40-56.
2. Жедунова, Л.Г. Тиреопатия как одна из форм деструктивного разрешения личностного кризиса [Текст] / Л.Г. Жедунова // Актуальные вопросы теоретической и клинической психоэндокринологии: сб. научных трудов. – 2007. – №2. – С. 3-8.
3. Нартова-Бочавер, С.К. Человек суверенный. Психологическое исследование субъекта в его бытии [Текст] / С.К. Нартова-Бочавер. – СПб.: Питер Пресс, 2008. – 400 с.

**В.А. Коровин, А.Д. Викулов, С.Ю. Турчанинов**

### ПОКАЗАТЕЛИ ВНИМАНИЯ И ТЕКУЩЕЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Исследование подростков, регулярно занимающихся футболом, показало тесные взаимосвязи между некоторыми характеристиками внимания и текущим функциональным состоянием организма.

**V.A. Korovin, A.D. Vikulov, S.Yu. Turchaninov**

### CHARACTERISTICS OF ATTENTION AND THE CURRENT FUNCTIONAL STATE OF THE JUNIOR SPORTSMEN ORGANISM

The research made on teenagers, regularly engaged in football, has shown close interrelations between some characteristics of attention and a current functional condition of the organism.

Спортивная деятельность футболиста протекает в экстремальных условиях, при жестком лимите времени, в нестандартной среде. Отличительными особенностями соревновательной деятельности в футболе являются ее ситуационный характер, динамичность, постоянная смена острых ситуаций, точность и быстрота принятия решений, быстрое реагирование на основе своевременного прогноза изменения обстановки на игровом поле, выполнение игровых действий в условиях противоборства с игроками команды-соперника.

Наличие этих особенностей во многом определяет круг тех требований к уровню развития и проявления свойств внимания спортсменов-игровиков, которые необходимы для эффективного совершенствования спортивного мастерства. Кроме того, футболисту нужны оптимальное текущее функциональ-

ное состояние организма и высокий уровень физической работоспособности.

В настоящем исследовании мы поставили целью изучение взаимосвязи показателей внимания юных спортсменов, занимающихся футболом, с текущим функциональным состоянием их организма.

**Методика.** В обследовании приняли участие подростки (n=16), систематически занимающиеся футболом (СДЮШОР СК «Шинник»). Возраст – 14-15 лет. Стаж их спортивных занятий составлял 4-5 лет. Все они на момент исследования были практически здоровы. Последнее тренировочное занятие проходило накануне.

Показатели объема, распределения и переключения внимания изучены с помощью «черно-красной таблицы» Д.Ф. Горбова.