

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

“ТРИАДА РИСКА” У ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

© 2002 г. Л. В. Бороздина*, Н. Д. Былкина-Михеева**

*Доктор психол. наук, профессор кафедры общей психологии ф-та психологии МГУ, Москва

**Доцент кафедры практической психологии Моск. гос. открытого педагогич. ун-та, Москва

Сочетание личностных особенностей (сниженная самооценка, высокий уровень притязаний и тревожности как “триада риска” некоторых форм психосоматики) верифицировано на материале дуоденальной язвы. Обнаружено не только присутствие этой “триады” у пациентов с данным заболеванием, но и достоверно более экстенсивное и интенсивное ее проявление в сравнении с “нормой”.

Ключевые слова: самооценка, уровень притязаний, тревожность, “триада риска”, язва дуоденума.

Современный уровень развития психологической науки и того раздела медицины, который именуется психосоматикой, позволяет утверждать, что в патогенезе язвенной болезни 12-перстной кишки (дуоденум) важнейшую роль играют психологические переменные. Усилиями исследователей установлены некоторые из них. Наиболее часто указывается на повышенный уровень тревожности (УТ), агрессивности, снижение самооценки (СО) язвенных больных, завышение уровня притязаний (УП), на свойственную пациентам социальную зависимость, потребность в тесных межличностных отношениях, подверженность стрессу, связанному с их потерей [1, 2, 13, 14, 18, 20, 22, 25, 27, 30, 32, 35, 38–41, 43, 44, 48, 52, 54, 55].

Список работ, как видим, весьма внушителен, но большинство из них фокусируется на каком-то одном, изолированном качестве личности пациентов с язвенной патологией, оставляя открытым вопрос о целостной структуре психологических факторов болезни и механизмах их влияния на процессы язвообразования. Решение этого вопроса предполагает изучение взаимозависимости многих личностных особенностей [42, 53, 55], т.е. тот тип анализа, который позволил бы установить наиболее существенные детерминанты либо их комплексы и определить конкретные способы воздействия последних на развитие заболевания.

Набор уже выделенных авторами характеристик заставляет обратить внимание на соотношение уровней СО и УП, ибо уже в приведенном перечне вполне эксплицитно выступает так называемая “триада риска”: снижение СО, повышение притязаний и тревожности [5, 8, 10].

Несоответствие между высотой СО и притязаний представляет собой очевидный внутриличностный конфликт – это ситуация, когда человек сам с собой не в ладу. В типичном случае, относи-

тельно скромно оценивая себя, индивид устойчиво продуцирует высокое целеполагание, стремясь повысить потенциал самовосприятия и обеспечить рост СО 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 [8]. Следует подчеркнуть, что описываемая ситуация разлада может быть пролонгированной, а эмоциональное сопровождение – хроническим. Что же касается хронизированной тревоги, частых переживаний гнева, фрустрационной напряженности, то все это вызывает многочисленные физиологические, гормональные и другого рода телесные изменения, имеющие прямое отношение к развитию патологии желудочно-кишечного тракта, в том числе и язвенной болезни [1, 3, 33, 34, 36, 37, 51, 54, 55]. Подобные факты, а также литературные данные, проливающие свет на личность больных дуоденальной язвой, позволяют выдвинуть предположение о присутствии у них отмеченной выше “триады риска”. Ее верификация и составила задачу настоящей работы.

МЕТОДИКА

Для исследования СО использовалась модифицированная методика Дембо–Рубинштейн [7]. Испытуемым предъявлялся буклет бланков со шкалами: “Почерк” (нулевая шкала, на которой давалась инструкция), “Ум”, “Характер”, “Здоровье”, “Счастье”, “Уверенность в себе”, “Общая оценка себя”, “Будущее”. На каждой шкале респондента просили отметить три позиции, отражающие реальную, идеальную и возможную (“могу”) СО.

УП диагностировался по схеме Хоппе-Юкнат [4]. Стимульным материалом служили матрицы Равена. Эксперимент строился как тест интеллекта.

Уровень личностной тревожности оценивался с помощью шкалы MAS [53].

В заключение обследуемым давался для решения полный тест Равена в целях уточнения вопроса об адекватности СО.

В общей экспериментальной процедуре техники Дембо-Рубинштейн и MAS предшествовали пробе на УП, поскольку результаты, достигнутые в последней, могут повлиять на СО индивида, а его неуспех при диагностике притязаний способен повысить показатели тревожности [6].

В опыте принимали участие две группы лиц: 50 больных дуоденальной язвой (15 амбулаторных и 35 внутривенных пациентов с рентгенологическим или ультразвуковым подтверждением наличия язвенной болезни 12-перстной кишки). Средний возраст больных 37.9 года (17–53 года), из них 29 мужчин и 21 женщина; образование: высшее у 23 чел., среднее и среднеспециальное у 27 чел.

Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения больницы № 4 и поликлиники № 176 г. Москвы. Все пациенты обследовались по окончании срока лечения после документально подтвержденного рубцевания изъязвлений и на фоне снятия болевого синдрома. Причина выбора такого времени эксперимента заключалась в стремлении избежать искажающего влияния на результаты психодиагностики остроты соматического состояния.

Контрольная группа включала 45 здоровых лиц, средний возраст которых составлял 35.9 года (19–54 года); из них 21 мужчина и 24 женщины. Образование испытуемых: высшее у 25 чел., среднее и среднеспециальное у 20 чел.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

СО анализировалась по показателям высоты и устойчивости. Рассматривался ее общий профиль, устанавливавшийся по критерию 2/3 отметок в одной из зон: высокой, средней, низкой либо смежных. Отдельно выделялась позиция СО субъекта по шкале “Ум”, поскольку УП предлагался как тест интеллекта. Устойчивость СО диагностировалась по форме графика, т.е. как стабильность по шкалам.

УП оценивался по параметру высоты – 2/3 выборов из какой-либо зоны трудности в тесте Равена, для чего 12-ранговая шкала делилась на три равных диапазона: высокий, средний и низкий. Если паттерн УП проходил в смежных областях: средневысокой или средненизкой, УП получал соответствующую квалификацию. Устойчивыми полагались те притязания, в паттерне которых отсутствовали резкие повторяющиеся изменения зоны выбора в 3–4 ранга трудности и более, за исключением первых шагов, где испытуемый просматривает спектр сложности. Адекватность притязаний определялась по признаку атипичных сдвигов: подъем после неуспеха и снижение вслед за успехом. При наличии более одного такого сдвига УП признавался неадекватным. Помимо этого учитывалось соотношение успешных и неуспешных решений. Неадекватными считались притязания, для которых разрыв между уровнем стойкого успеха и неуспеха составлял три и более рангов сложности, а также такие паттерны, где

число неудачных попыток от их общего количества составляло 0.6 и выше.

УТ устанавливался по количеству баллов в MAS, где интервал 0–11 отражая ее низкий показатель, 12–20 – средний, свыше 20 – высокий [46]. Полученные данные приведены в табл. 1.

Как можно видеть из таблицы, кроме одного испытуемого – № 27, чьи СО и УП не поддавались четкой локализации из-за неустойчивости, все здоровые обследуемые по соотношению уровней названных конструкторов разделились на две подгруппы: в первой (17 чел., или около 38% общей численности выборки) высота СО и притязаний совпадала, что сочеталось (за небольшим исключением) со средним и низким УТ (медиальный балл – 13.8). Общий профиль реальной СО и ее отметки на шкале “Ум” в данной подгруппе располагались в верхнем полуинтервале шкал, принимая в основном высокие и средневысокие значения. Обычно в профиле чуть поднимались позиции на шкалах: “Счастье”, “Общая оценка себя”, “Будущее” (особенно в молодой части выборки). График идеальной СО проходил в высоком секторе шкал, а СО “могу” – ближе к идеальной. По критерию Стьюдента¹ различие позиций реальной и идеальной СО на шкале “Ум” значительно ($p < 0.01$), как реальной и “могу” ($p < 0.01$); разница высот идеальной и “могу” не значима.

Притязания испытуемых описываемой подгруппы отличаются также высокой локализацией, занимая, главным образом, верхний сектор (рис. 1).

Большинство профилей адекватно, и лишь у трех человек притязания завышены. Все паттерны устойчивы (см. табл. 1).

Таким образом, в группе соматической нормы выделяется субгруппа, у представителей которой высокая, устойчивая СО сочетается с высоким, устойчивым и адекватным в своем большинстве УП, что сопровождается средними и низкими показателями тревожности.

В другой субгруппе уровень СО не соответствует притязаниям, у двух испытуемых превышая целеуказание и у 25 не достигая его. Индексы УТ здесь подняты: их среднее значение по MAS равно 23.35. Самооценочный профиль выглядит неровным с размахом амплитуды на сектор или два. Непоследовательность, даже некоторая противоречивость СО обнаруживается и в комментариях обследуемых. В ходе клинической беседы можно было услышать, например: “Я, конечно, умный человек, но в целом ничего особенного...”. В общем профиле реальной СО появляется средненизкая локализация, отметка на шкале “Ум” также спускается в средний и низкий секторы, исключая два случая, где СО превышает притязания

¹ В том случае, когда это было возможно, применялся названный критерий.

Таблица 1. Соотношение самооценки, уровня притязаний и уровня личностной тревожности в группе нормы

№ исп., n = 45	Общий профиль СО	СО по шкале “Ум”	УП			СО и УП	УТ
	Высота	Высота	Высота	Устойчивость	Адекватность	Высота	Балл
	реал.	реал.					
4	сред.	сред.	сред.	уст.	адек.	=	15
8	выс.	выс.	выс.	уст.	адек.	=	21
9	выс.	выс.	выс.	уст.	неад.	=	12
11	сред./выс.	сред./выс.*	сред./выс.	уст.	адек.	=	21
12	сред.	сред.	сред.	уст.	адек.	=	12
14	сред.	сред./выс.*	сред./выс.	уст.	адек.	=	17
17	сред./выс.	сред./выс.*	сред./выс.	уст.	адек.	=	10
18	выс.	выс.	выс.	уст.	адек.	=	20
20	сред.	сред.	сред.	уст.	адек.	=	20
23	сред.	сред.	сред.	уст.	адек.	=	15
24	выс.	выс.	выс.	уст.	неад.	=	4
33	сред./выс.	сред.	сред.	уст.	адек.	=	10
34	сред./выс.	выс.	выс.	уст.	адек.	=	19
38	выс.	выс.	выс.	уст.	неад.	=	4
41	сред./выс.	выс.	выс.	уст.	адек.	=	15
42	сред./выс.	выс.	выс.	уст.	адек.	=	9
44	сред.	сред.	сред.	уст.	адек.	=	12
n = 17							m = 13.8
1	выс.	выс.	сред./выс.	уст.	адек.	>	21
19	сред./выс.	выс.	сред./выс.	уст.	адек.	>	24
n = 2							m = 22.5
2	сред./выс.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	33
3	сред.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	21
5	сред.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	33
6	сред.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	29
7	сред./выс.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	21
16	сред.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	21
10	сред.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	25
13	сред.	сред.	сред./выс.	уст.	неад.	<	38
15	сред./выс.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	22
21	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	21
22	сред./низ.	низ.	сред./выс.	уст.	адек.	<<	24
25	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	16
26	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	18
28	выс.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	24
29	сред./низ.	низ.	выс.	уст.	адек.	<<	25
30	сред./низ.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	16
31	сред./выс.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	21
32	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	22
35	сред./низ.	сред.	сред./выс.	уст.	неад.	<	34
36	сред.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	30
37	сред.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	26
39	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	22
40	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	21
43	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	21
45	сред./выс.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	21
n = 25							m = 24.2
27	неуст.		неуст.			—	25

Знак “<<” означает особо резкое расхождение высот СО и УП.

*Локализация отметки на границе высокого и среднего диапазонов.

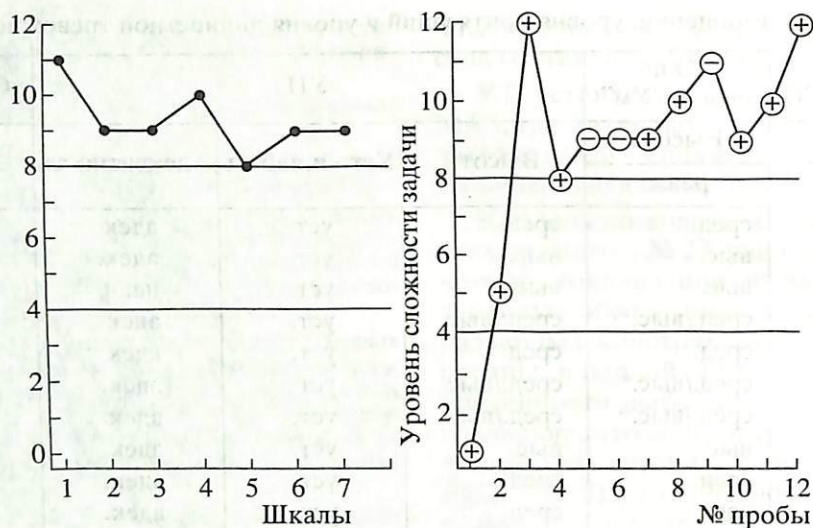


Рис. 1. Пример соответствия высотных параметров СО и УП в "норме". Шкалы: 1 – "Общая оценка себя", 2 – "Уверенность в себе", 3 – "Будущее", 4 – "Счастье", 5 – "Здоровье", 6 – "Характер", 7 – "Ум".

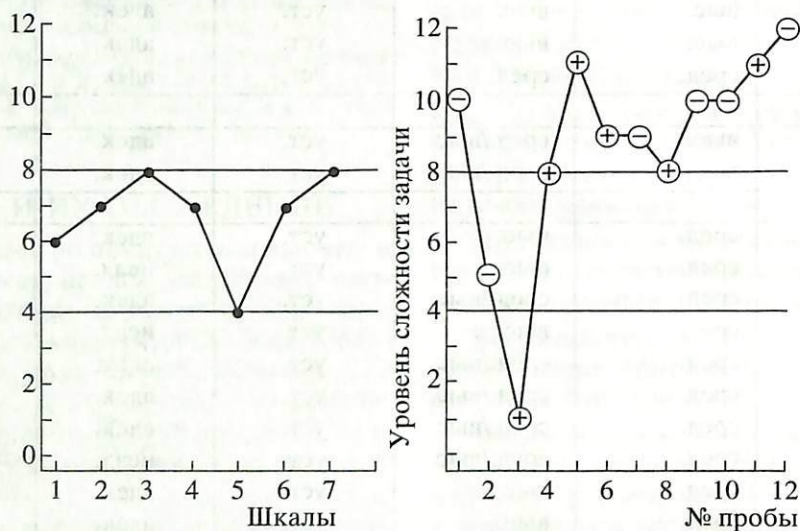


Рис. 2. Пример расхождения высотных параметров СО и УП в "норме". Шкалы, как на рис. 1.

(см. табл. 1). Позиция СО "могу" несколько смещена к реальной, но их различия все же достоверны ($p \leq 0.01$). Испытуемые этой подгруппы в состоянии обосновать положение своей СО "могу", указывая на способы ее достижения. Но помимо собственных усилий они весьма часто называют обстоятельства, неподвластные человеку – везение, "удачу, упавшую с неба" и т.п., чего нет или почти нет в предыдущей субгруппе.

УП в этой подгруппе преимущественно высокий и средневысокий. Следует заметить, однако, что определение зоны целеполагания иногда осложнялось из-за присутствия у респондентов заметных скачков в выборе целей. Хотя по принятому критерию подобные графики квалифицирова-

лись как устойчивые, они все-таки несли в себе признаки "хрупкости", которая выявилась не только в профиле СО в виде "неровности" кривой, но и паттернах УП, что выражалось в присутствии элементов "пилообразности" последних. Менее типичным является график исп. № 32 (рис. 2), где первые три выбора (аналогично тому, что на рис. 1) иллюстрируют не "хрупкость", а служат рекогносцировкой шкалы трудности, после чего исп. № 32 стойко формирует свой УП в верхнем секторе.

Сравнивая рис. 1 и 2 по профилю СО, можно видеть, что на рис. 2 кривая полностью спущена в средний сектор и размах ее амплитуды значительно выше, чем на рис. 1. Большинство притязаний лиц рассматриваемой субгруппы адекватно –

лишь у пяти из них фиксируется завышение. Процент решенных задач достигает 70–80% в пробе, причем в сложных сериях матриц Равена; невелико также число атипичных шагов.

Иногда наблюдаемое снижение УП после успеха отражало скорее фиксированность обследуемых на точности оценки своих достижений, нежели неспособность учитывать результаты деятельности при выборе цели. Исп. № 21, в частности, поясняет подобную тактику: “Должен же я понять, случайно я правильно решил задачу или нет?! И вообще я не знаю, какие задачи достигнуты, не переоцениваю ли я себя...?”. Таким образом, **средняя по высоте**, внутренне несколько амбивалентная СО представителей этой подгруппы сочетается с **высокими**, в большинстве случаев адекватными, но носящими черты некоторой “хрупкости” притязаниями. Подобное соотношение конструкторов, т.е. их очевидное рассогласование, сопровождается подъемом УТ.

Сравнение характеристик СО, УП и УТ двух субгрупп здоровых людей обнаруживает следующий комплекс данных: общий профиль реальной СО и ее отметка на шкале “Ум” у лиц с гармоничным соположением СО и УП локализованы выше, чем с дисгармоничным; различие уровней СО ума в двух подгруппах значимо ($p < 0.01$); расположение идеальных СО в субгруппах не различается, но позиция достижимой достоверно выше при соответствии СО и УП ($p < 0.01$); расхождение конструкторов продуцирует заметную нестабильность СО и УП; адекватность СО, определявшаяся по результатам решения полного теста Равена, у испытуемых с идентичным уровнем СО и притязаний выше, нежели в группе с их разведением. Анализ всей совокупности результатов, включая анамнестические, выявляет у обследуемых с дивергенцией уровней притязаний и СО склонность к ее занижению – такие респонденты оценивают себя хуже, чем позволяют объективные обстоятельства.

Зона целеуказания здоровых лиц с соответствием и несоответствием СО и УП – это высокий и средневысокий диапазоны. Адекватность УП в двух подгруппах близка и довольно высока: только у трех испытуемых из первой и у пяти – из второй притязания завышены. УП обследуемых в целом устойчив, однако очевидны признаки его нестабильности в ситуации рассогласования с СО. Как уже говорилось, при конвергенции уровней СО и притязаний УТ имеет низкие и средние показатели (медиальный балл 13.8), при расхождении – высокие (23.35), различие УТ значимо ($p < 0.01$).

Обратимся теперь к клинической выборке. Анализ характеристик СО, УП и УТ в группе больных дуоденальной язвой (табл. 2) обнаруживает у 41 чел. из 50 (т.е. у 82%) несоответствие

уровней СО и притязаний. Показатели личностной тревожности язвенных пациентов имеют весьма высокие значения (средний балл 27.5), в особо резких случаях разведения индекс УТ колеблется от 34 до 40 баллов (см. табл. 2). Восемь человек (16%) отличаются неустойчивыми СО и/или притязаниями – настолько, что их не удается локализовать по высоте. Средний балл УТ таких лиц 30.25. Несложно видеть, что практически все язвенные больные (за исключением восьми пациентов с неустойчивыми СО и/или УП и одного – с конвергенцией их высот) продемонстрировали расхождение уровней СО и притязаний в сочетании с подъемом УТ, при этом у пяти пациентов СО превышала притязания, у 36 – не достигала их.

Сопоставление частоты случаев рассогласования конструкторов в контрольной и экспериментальной группах показывает, что доля людей с этим несоответствием и ростом УТ в клинической выборке (82%) достоверно превышает таковую в группе соматической нормы, где диссоциация СО и УП фиксируется примерно у 60% испытуемых. Различие статистически значимо ($p < 0.01$; Хэкс. = 8.48; Хконтр. = 6.63).

Можно констатировать, что у лиц, страдающих язвенной болезнью дуоденума, обсуждаемая “триада риска” встречается чаще, чем в пределах здоровой выборки, т.е. эта “триада” приобретает более экстенсивный характер. Кроме того, на контингенте язвенных больных (как и у сосудистых пациентов [10]) регистрируется усиление степени выраженности “триады”, ее “глубины”, или “размаха”, т.е. более интенсивное проявление, о чем свидетельствует увеличение интервала несоответствия уровней СО и притязаний, а также – показатели УТ. У большинства здоровых людей с рассогласованием СО и УП первая располагается в среднем секторе, притязания – в высоком, что сопровождается УТ, равном 23.35 балла. У язвенных больных СО занимает средний и средненизкий секторы, а УТ принимает значение 27.5 балла. Сопоставление показателей УТ в клинической и здоровой выборках с расхождением СО и УП обнаруживает, что у язвенных пациентов УТ значимо выше, чем в группе нормы ($p < 0.01$). Следует говорить, таким образом, о более низкой локализации СО – ее общего профиля и позиции по шкале “Ум” (последнее различие статистически значимо, $p < 0.01$), и о достоверно более высоком УТ в клинической группе.

Язвенные больные оценивали себя не просто ниже того уровня, на котором они устанавливали притязания, а значительно ниже. У нескольких человек разница высот составила два сектора; СО в этих случаях оказывалась преимущественно низкой, тогда как притязания – высокими. УТ пациентов с подобным разведением, равный 36.7,

Таблица 2. Соотношение самооценки, уровня притязаний и уровня личностной тревожности у язвенных больных

№ исп., $n = 45$	Общий профиль СО	Со по шкале "Ум"	УП			СО и УП	УТ
	Высота реал.	Высота реал.	Высота	Устойчивость	Адекватность	Высота	Балл
15	сред.	сред.	сред.	уст.	адек.	=	22
$n = 1$							
40	выс.	выс.	сред./выс.	уст.	адек.	>	20
39	выс.	сред.	сред./низ.	уст.	неад.	>>	36
42	сред./низ.	выс.	сред.	уст.	неад.	>	23
13	сред.	сред.	сред./низ.	уст.	адек.	>	32
30	сред.	выс.	сред.	уст.	адек.	>	28
$n = 5$							$m = 27.8$
47	сред./низ.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	28
45	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	27
48	сред./низ.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	20
37	сред./низ.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	29
41	сред./низ.	низ.	выс.	уст.	неад.	<<	40
27	сред./выс.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	25
29	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	30
26	сред./низ.	низ.	выс.	уст.	адек.	<<	35
20	сред./выс.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	31
16	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	30
4	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<<	39
5	сред./низ.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	27
8	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	23
9	сред./низ.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	32
10	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<<	36
14	сред./низ.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	31
17	сред.	низ.	выс.	уст.	неад.	<<	34
34	сред.	низ.	выс.	уст.	неад.	<	25
33	сред./низ.	низ.	выс.	уст.	неад.	<	27
18	сред./низ.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	22
36	сред.	выс.	выс.	уст.	неад.	<	20
6	сред.	сред.	низ.	уст.	неад.	<	20
12	сред.	низ.	сред.	уст.	адек.	<	17
38	сред.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	27
7	сред.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	34
1	сред.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	27
11	выс.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	24
44	сред./низ.	низ.	сред./выс.	уст.	адек.	<	30
49	сред.	низ.	сред.	уст.	адек.	<	32
23	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	25
21	сред.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	20
28	выс.	сред.	сред./выс.	уст.	адек.	<	21
19	сред./выс.	сред.	сред./выс.	уст.	неад.	<	28
46	сред./выс.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	20
50	сред.	сред.	выс.	уст.	неад.	<	30
35	сред.	сред.	выс.	уст.	адек.	<	25
$n = 36$							$m = 27.5$
24	сред.	сред.	—	неуст.	неад.	—	24
43	сред./низ.	сред./низ.	—	неуст.	неад.	—	30
25	сред.	сред.	—	неуст.	неад.	—	26
32	сред./выс.	сред./выс.	—	неуст.	неад.	—	44
2	сред.	сред.	—	неуст.	неад.	—	39
31	сред.	низ.	—	неуст.	неад.	—	28
22	сред.	сред.	—	неуст.	неад.	—	25
3	неуст.	—	—	неуст.	неад.	—	26
$n = 8$							$m = 30.25$

Обозначения, как в табл. 1.

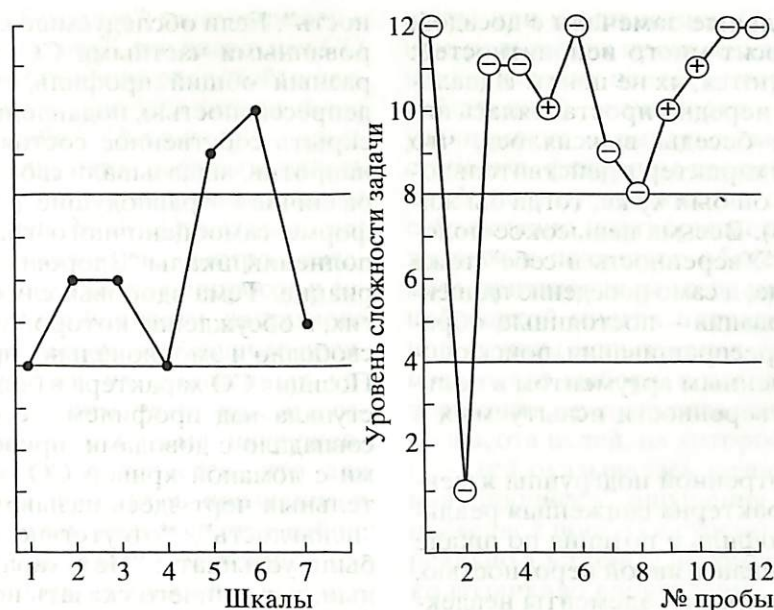


Рис. 3. Пример несоответствия уровней СО и УП у язвенных больных. Шкалы, как на рис. 1.

значимо превышал аналогичный индекс остальной части группы ($p < 0.01$). Падение общего профиля СО и позиции по шкале “Ум” подтверждалось в ходе клинической беседы. На вопрос, почему СО ума занимает именно такое место, обследуемые отвечали: “Ну, куда уж мне ... Я не академик...” или “Да кто я такая?...”.

При обратном расхождении, когда СО превышала УП, ее профиль проходил в высоком и среднем диапазонах, а паттерн притязаний – в среднем и средненизком (см. табл. 2). Индекс УТ при этом практически равен баллу тревожности предыдущей подгруппы (27.8 и 27.5 – табл. 2).

Важно отметить, что и в группе нормы, и у язвенных пациентов прослеживается связь степени несоответствия уровней СО и УП с индексом УТ: чем оно больше, тем выше балл УТ [15].

Обращает на себя внимание конфигурация графика СО. В отличие от здоровых испытуемых, у больных четко выделялись два преобладающих его типа, условно обозначенные как “пилообразный” и “сглаженный”. В первом кривая средней и средненизкой локализации имела неровный, ломаный вид. Ее характерный профиль выглядел следующим образом: отметка на шкале “Ум” несколько смещена вниз по отношению к средней линии графика; в этом же направлении, но еще ниже опускаются позиции на шкалах “Будущее” и “Счастье”; СО характера и здоровья, напротив, подняты над всеми остальными (рис. 3). Отметки на шкалах “Уверенность в себе” и “Общая оценка себя” занимают медиальное положение или соответствуют высоте СО ума.

СО этих больных содержит признаки неадекватности, что доказывает, например, подъем по шкале “Здоровье” на фоне серьезного, часто рецидивирующего заболевания. Между тем отметка по указанной шкале, единственная из всех, могла “выскакивать” в верхний сектор у довольно значительной части обследуемых. Возможно, это отражает свойственное многим язвенным больным эйфорическое, анозогнозическое отношение к своему заболеванию с чертами отрицания, что фиксирует ряд исследователей [25, 27]. В беседе с пациентами нередко создавалось впечатление, что наличие язвенного заболевания субъективно бледнее других, более важных для них проблем. Так, указывая одному из обследуемых на противоречие между уровнем его СО здоровья и присутствием тяжелой формы болезни с чрезвычайной частотой обострений, экспериментатор получил ответ: “Ну, язва... Она и есть язва, что с ней сделается... Это не главное”. На вопрос “А что главное?” последовало замечание: “Вот отношения у меня с женой плохие, вот это да...”. СО пациентов отличается также понижением отметок на шкалах “Будущее” и “Счастье”, что, по-видимому, отражает общий фон настроения – отсутствие ощущения перспективы, подавленность переживаниями, что явно проступало в ходе клинического интервью. Наконец, интересен смысл повышения СО на шкале “Характер”. Практически все пациенты называли собственный характер “хорошим”, “нормальным”, “неплохим”, произнося эти слова с оттенком гордости и обосновывая такую позицию своей покладистостью, мягкостью, готовностью соглашаться, “а не отстаивать нахально свою точку зрения” (исп. № 13).

Но довольно часто больные замечали с досадой, что их характер приносит много неприятностей: ими помыкают, пользуются, их не ценят. Идеальная СО по этой шкале нередко проставлялась ниже реальной. В ходе беседы выяснялось, что “иметь такой хороший характер в действительности плохо, и лучше бы он был хуже, тогда бы жилось легче” (исп. № 16). Весьма невысокое положение СО на шкале “Уверенность в себе” тоже подтверждалось в беседе, и само поведение пациентов в процессе обследования – постоянные обращения за помощью, переспрашивания, поиск одобрения – служили косвенным аргументом в пользу действительной неуверенности испытуемых в себе.

В целом для рассмотренной подгруппы язвенных больных была характерна сниженная реальная СО – ее общий профиль и позиция по шкале “Ум”; кривая СО отличалась явной неровностью, а комментарий к ней вскрывал элементы неадекватности и пессимизма. Падение даже относительно невысокого общего профиля СО ее позиций по шкалам “Счастье” и “Будущее” представляло, как выяснялось, не столько реальные обстоятельства жизни, сколько их отрицательное восприятие и интерпретацию. Идеальная СО располагалась у подавляющего большинства пациентов в верхнем секторе шкалы, вплоть до ее крайних положений. Пояснения обследуемых могли выглядеть весьма категорично: “Ну конечно, всегда хочется быть самым счастливым (умным, уверенным в себе и т.п.)! А как же иначе!?”. В других случаях профиль идеальной СО повторял график реальной, оставаясь в пределах высокого сектора. Уровень достижимой СО занимал положение значительно ближе к реальной, чем к идеальной. Этот факт отражал, как следовало из материала интервью, серьезные сомнения больных в осуществимости идеальной позиции, их неуверенность в собственных силах и, возможно, отсутствие видения путей реализации желаемого. Полученный результат очень важен, ибо по возрасту упомянутые пациенты были достаточно молоды (17–42 года), когда, как установлено, по крайней мере для юности и первой зрелости, идеальная СО играет первостепенную роль в сфере саморегуляции.

У той части язвенных больных, профиль реальной СО которых имел “сглаженный” вид, он формировался, главным образом, за счет подъема отметок на шкалах “Будущее” и “Счастье”; суждения испытуемых относительно названных позиций были не столь категорично отрицательными, как в предыдущей группе, а СО ума обычно располагалась чуть выше всего профиля или соответствовала ему по высоте. Объединяло данных пациентов то, что они любыми средствами – от вербальных до мимических – старались продемонстрировать свою “нормальность”, “обыч-

ность”. Если обследуемые с жестко дифференцированными частными СО, дававшие ее пилообразный общий профиль, отличались открытой депрессивностью, подавленностью и не старались скрыть собственное состояние, то эти больные, напротив, выказывали свое полное внешнее “безразличие”, “равнодушие”, что и выразилось в форме самооценочного графика. Лишь при заполнении шкалы “Здоровье” у них появлялись вариации. Тема здоровья служила одной из немногих, в обсуждение которой пациенты включались свободно и эмоционально, предпочитая ее другим. Позиция СО характера в большинстве случаев выступала над профилем, ее обоснование в целом совпадало с доводами, приводимыми испытуемыми с ломаной кривой СО, и в качестве положительных черт здесь назывались: “незлобивость”, “ненаглость”, “отсутствие нахальства”. Можно было услышать: “Нет, характер у меня нормальный, тут я ничего сказать не могу...” (исп. № 14). Следует подчеркнуть, что установление клинического контакта с пациентами описываемой подгруппы составляло довольно сложную задачу. Они были молчаливыми, отделялись скупыми замечаниями, часто реагировали агрессией на расспросы. Однако сопоставление “нормальности”, “срединности” демонстрируемой СО с типично защитным стилем поведения обследуемых, стремлением отрицать присутствие каких-либо личностных проблем и готовностью обсуждать только вопросы здоровья вызывает подозрение о возможном несоответствии демонстрируемой СО действительной, более низкой и дифференцированной в зависимости от конкретной шкалы, чему есть определенные доказательства: в ходе интервью, при повышении степени доверительности беседы, многие пациенты корректировали отметку на шкале “Ум”, смещая ее вниз. Все случаи несоответствия СО и УП, когда уровень первой был выше второго, пришлись именно на испытуемых со сглаженным профилем СО. Но основную часть подобных сочетаний составляли случаи маскировки. Расспрос больных, сравнение материала интервью с наблюдением за выполнением ими заданий открывает иную картину: реальная СО не превышает УП, а, напротив, снижена относительно него. Завышение и “сглаживание” кривой СО обусловлено стремлением пациентов показать, что у них “все в порядке”, “все нормально”, однако при этом число решенных ими задач в эксперименте на УП не превышает 20%, а такая продуктивность явно не соответствует среднему уровню и даже среднему уровню СО ума. Сглаженная конфигурация самооценочного профиля больных передает характерный для них общий модус поведения, отличающийся закрытостью, отгороженностью, дистанцированием.

Интервал между реальной и идеальной СО в данной выборке достаточно велик на шкалах

“Здоровье”, “Счастье”, “Будущее”; мало выражен – на шкале “Уверенность в себе”, где идеальная СО размещалась лишь немного выше реальной, и часто полностью отсутствует при заполнении шкал “Ум”, “Общая оценка себя”, “Характер” – здесь оба элемента совпадали, что сопровождалось комментарием: “Меня и так все устраивает, зачем быть более умной...” (исп. № 18). Отметки по последним шкалам проставлялись быстро, казалось, задание не вызывало никаких вопросов и сомнений, но, учитывая особенности защитного стиля поведения этих больных, необходимо предположить, что самооценки их умственных качеств, характера, себя в целом, уверенности в себе являются эмоционально весьма нагруженными. В сеансах беседы выясняется, что для обсуждаемой категории пациентов признание и демонстрация окружающим недовольства собой, недостаточности тех или иных собственных качеств наносят огромный урон СО, вызывая чувство слабости и униженности. Вот почему такие больные могут настаивать на своей обычности и давать сглаженно-усредненную кривую СО, особенно по наиболее значимым для них шкалам. Возможно, это объясняет и положение достижимой СО, иногда сливавшейся с идеальной: “А что? Как захочу, так и будет! Я все могу!”.

Если СО всей выборки язвенных больных при ее расхождении с УП характеризовалась в основном небольшой высотой, внутренней напряженностью, чертами неустойчивости и часто – неадекватности, то УП пациентов был, как правило, высоким (27 чел.). Средневысокий УП регистрируется у 6 чел., средний – у 4, средненизкий и низкий – у 3. Практически половина язвенных больных обладает неадекватными притязаниями, преимущественно по типу завышения (см. табл. 2). Для “нормы” типична способность ставить цели, главным образом соответствующие возможностям индивида, повышать УП после успеха и снижать его вслед за неудачей. У язвенных больных преобладает тенденция избирать цели в зоне трудности, заведомо превышающей не только их возможности, но и реальную СО. Неадекватность УП выражается и в присутствии атипичных реакций на успех и неудачу: подъеме УП после успеха и его падении вслед за удачным решением. Многие обследуемые повышали притязания вопреки повторяющемуся неукладу. Создавалось впечатление, что пациенты внутренне не принимают факта неудачи, отрицают его. Иногда решение задач сопровождалось такими ремарками: “Так, 8-я задача не получилась... Надо попробовать повыше. Дайте 10-ю задачу!” (исп. № 34). Временами после серии неудач наблюдалось и резкое снижение притязаний, а далее и столь же резкий их взлет в результате порой единичного успеха на низком уровне. Подобная тактика вскрывает значение притязаний как средства за-

щиты или компенсации СО. Очевидно, что важную роль в этих процессах играет уже сама постановка высоких целей, которая создает ощущение собственной значимости, компетентности. Неудачи могут отрицаться максимально долго, не становясь фактором коррекции хода деятельности. Успех, пусть даже на самом низком уровне, субъективно подтверждает способность к достижениям и позволяет обследуемым снова поднимать притязания на желаемую высоту. Характерной чертой многих паттернов притязаний у данной группы испытуемых было снижение уровня последнего выбора, о котором все участники эксперимента предупреждались. По-видимому, только высота целей, на которой “работали” больные, все-таки оказывалась недостаточной для получения “прочного” ощущения успеха, и пациенты в последней попытке стремились достигнуть его на реально доступном им уровне. Кроме того, нередко возникало впечатление, что высокое целеуказание язвенных больных адресовано и экспериментатору – для доказательства ему своей смелости. На значение постановки крайне высоких целей в контексте отношений со значимыми фигурами обращается внимание в литературе. Об этом говорят Ф. Хоппе [45], К. Левин [47] и др. М. Зейн [56], указывая на возможные источники завышения притязаний, отмечает, что язвенные пациенты берутся за достижение высоких целей в попытке обрести уважение, одобрение и любовь окружающих, чему их научил опыт отношений с авторитарными и холодными родителями, оценивающими ребенка только по его достижениям. Возможно, подобный фактор здесь также действует, хотя он, безусловно, требует проверки. Однако многим язвенным больным свойственно не только игнорирование неудач и повышение притязаний, несмотря на неуспех, но и периодические снижения целеуказания после удачного выполнения задачи высокого уровня сложности. На вопрос о причинах подобной тактики испытуемые иногда отвечали: “Решил – и хватит, уж больно это нервное дело – за такое короткое время решать такие задачи” (исп. № 36). Быстрый “спуск” притязаний после единичного успеха на фоне большого количества неудач может означать желание “уйти” из опасной зоны, формально продемонстрировав способность достижения успеха на престижном уровне. По-видимому, мы сталкиваемся в данном случае с признаками истощаемости вследствие большой нагрузки – психической и физиологической, которую вызывает стремление постоянно поддерживать высокий УП и часто вопреки неудачам.

Касаясь параметра устойчивости притязаний, надо заметить, что по принятому критерию они признаны стабильными, несмотря на явное присутствие и даже усиление признаков “хрупкости” по сравнению с контрольной группой. Важно, од-

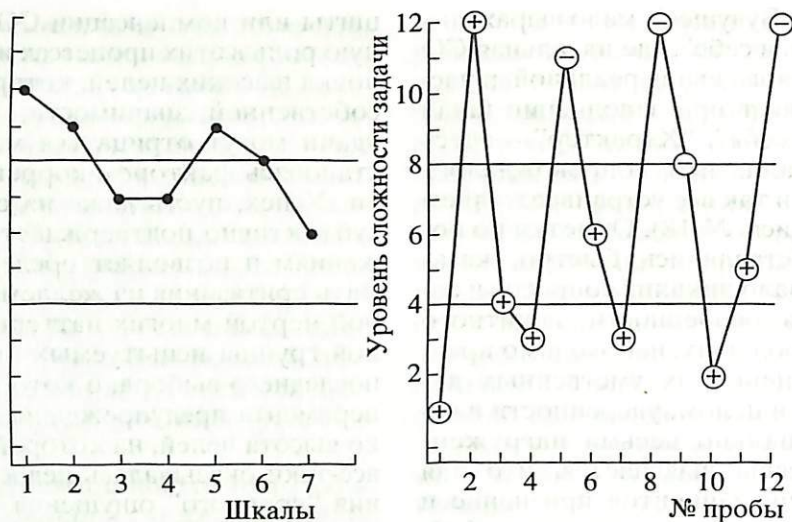


Рис. 4. Неустойчивость паттерна УП в группе язвенных больных (исп. № 24). Шкалы, как на рис. 1.

нако, что среди язвенных больных оказалось больше, чем в пределах здоровой выборки, лиц с грубой неустойчивостью УП, в силу чего такие паттерны исключались из анализа, поскольку их невозможно было локализовать по высоте. Различия статистически значимы ($p < 0.05$ по Х: Хэксп. = 4.4; Хконтр. = 3.84). Тем не менее, рассмотрение названных паттернов, т.е. их качественная оценка, имеет немалый интерес. Отличительной чертой динамики выбора целей почти у всех пациентов, попавших в означенную подгруппу, служило возрастание размаха “пилы” графика УП к концу испытания. Так, у исп. № 24 (рис. 4) просмотр спектра трудности и попытка формировать УП в нижнем секторе сменяются намерением добиться успеха попеременно то на высоком, то на среднем уровне; к концу же испытания разница высот предыдущей и последующей цели составляет уже 7–8 рангов, причем выбор задач перестает зависеть от предшествующего результата. В ходе беседы больные не могли объяснить резкие смены рангов трудности, но исп. № 25, в частности, призналась, что в какой-то момент она “потеряла голову”, перестав понимать происходящее. Показательно, что пациенты с грубо неустойчивыми УП в процессе всего обследования особенно часто обращались к экспериментатору: переспрашивали, уточняли, возмущались, пытались прервать работу и т.д. Поведение, регистрируемое при тестировании, как выясняется, идентично жизненному и представляет общую его неадекватность. Углубляющиеся по ходу течения экспериментальной деятельности нарушения связаны, вероятно, с нарастанием негативных переживаний пациента, относящихся к повторяющемуся неукладу, и отказом экспериментатора “включиться” в решение задач: помогать и подсказывать. Полученные факты, как и сообщенные

выше, частично согласуются с результатами И.С. Коростелевой [28] и Вейтиа Мора [17], указывающих на превалирование эмоциональных компонентов в саморегуляции язвенных больных, тенденцию избегать неудач вследствие непереносимости связанных с ними негативных эмоций. УТ пациентов с неустойчивыми притязаниями и/или СО высокий (30.25 балла) и статистически неотличим от УТ больных с расхождением СО и УП.

Сравнение особенностей притязаний больных и здоровых лиц с идентичным типом сочетания высот СО и УП показывает, что в целом высота последнего у язвенных больных, регистрируемая и у сосудистых пациентов, соответствует высоте притязаний здоровых людей. Однако УП в группе нормы располагается более “компактно”, в пределах высокой и средневысокой зон, тогда как у язвенных больных имеется значительный разброс притязаний. В противовес здоровым испытуемым УП пациентов чаще неадекватно завышен – различие статистически значимо ($p < 0.01$; Хэксп. = 31.92, Хконтр. = 6.63).

Клиническая группа содержит еще один важный патогномический признак. Он касается структуры элементов СО: реальной, идеальной, достижимой. В здоровой выборке СО “могу” несколько смещена к идеальной, в клинической – достижимая СО непосредственно приближается к реальной, повторяя ее профиль (рис. 5). Согласно t -критерию, достижимая СО пациентов по уму значимо ниже ($p < 0.01$), чем у здоровых, как сообщалось. Столь тесное сближение профилей реальной и достижимой СО типично для возраста пожилых и старых людей [5]. Выявленный факт кажется чрезвычайно существенным, поскольку возраст пациентов не достигал даже конца второй зрелости (55–60 лет).

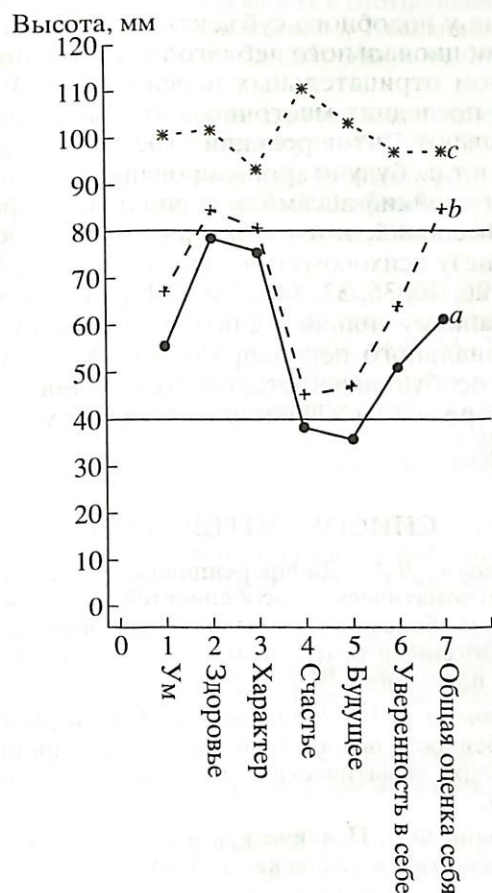


Рис. 5. Соотношение элементов СО в группе язвенных пациентов: *a* – реальная, *b* – достижимая, *c* – идеальная.

В полученном материале есть некоторые исключения, связанные с индексом тревожности, который выглядит “нелогичным” в рамках описываемых закономерностей. Исключения малочисленны и предполагают несколько возможных объяснений. Во-первых, ни одна из используемых методик не является стопроцентно надежной, о чем уже неоднократно упоминалось (см. [8, 23]). Это относится не в последнюю очередь и к опроснику тревожности MAS, в котором отсутствует шкала социальной желательности, вследствие чего оценить степень откровенности испытуемого при ответе на вопросы во многих случаях оказывается затруднительным или просто невозможным, что и побудило в экспериментах с сосудистыми пациентами ввести по примеру Т.А. Немчина [31] в оригинальный тест MAS шкалу лжи [9, 10]². Во-вторых, на УТ воздействует множество различных переменных, в том числе и те, которые иногда способствуют не только ее аггравации,

но и диссимуляции даже при наличии определенно присутствующего внутриличностного конфликта. Наконец, показательное значительное число лиц с рассогласованием СО и УП при относительно невысокой тревожности, которое имело среднее образование и было занято в сферах, не требующих развития интеллектуальных способностей, на что подчеркнуто направлялась экспертиза в пробе на УП. Было заметно, что уровень интеллекта не является ярко личностно ценностным в отмеченных случаях, поэтому нередко звучали такие реплики: “Ум у меня средненький, учился я всегда на тройки. А вообще я хорошо разбираюсь в машинах, с детства с ними возжусь, здесь меня все уважают...”. На вопрос о причинах высокого целеполагания в пробе на УП этот испытуемый (№ 34, клиническая группа) ответил: “Ну как, ведь хочется попробовать, не решу – ну и что...”. Следовательно, имея возможность поддерживать удовлетворяющий субъекта уровень общей СО за счет достижений в других областях деятельности, человек способен “выносить” несоответствие СО и притязаний в отдельных, но важных сферах жизни без отягчающего ощущения внутреннего дискомфорта и увеличения тревожности – она здесь уже частично компенсирована. Однако это все же частные случаи, и сама их феноменология требует дальнейшей проверки и анализа. Надежно можно утверждать то, что упомянутые случаи являются фрагментарными в выборке из 95 чел.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование характеристик СО, УП и УТ на контингенте здоровых людей и больных дуоденальной язвой свидетельствует о наличии в “норме” различных сочетаний уровней СО и притязаний, что подтверждает ранее найденный феномен. Приблизительно в половине случаев регистрируется сходство высотных показателей СО и УП; с чуть большей частотой может быть зафиксировано и их расхождение. Соотношение высот СО и УП значимо связано с УТ: при несоответствии первых наблюдается рост УТ, усиливающийся по мере увеличения рассогласования, тогда как конвергенция уровней СО и УП сопровождается низким и средним баллами тревожности. У подавляющего числа пациентов с язвой дуоденума выделено грубое разведение высотных параметров СО и УП, имеющее следствием резкий подъем индекса УТ. Таким образом, триада личностных образований, т.е. специфическое соположение уровней СО, притязаний и тревожности, верифицируемое как “триада риска” на контингенте пациентов с язвой дуоденума, получает свое полное подтверждение: эксперимент вскрывает достоверно большую выраженность прове-

² К сожалению, эксперименты с пациентами кардиологической и гастроэнтерологической клиник осуществлялись одновременно, поэтому их схему не всегда можно было выдержать единой во всех деталях.

ряемого феномена по его частоте и величине сопоставляемых параметров.

Обнаружение того факта, что преобладающая часть выборки язвенных больных демонстрирует несоответствие уровней СО и притязаний и связанный с ним подъем УТ, имеет важное значение для углубления понимания механизмов развития язвенного заболевания 12-перстной кишки.

Известно, что состояние тревожности характеризуется повышением артериального давления, учащением пульса и дыхания, интенсификацией обмена, снижением электрического сопротивления кожи, повышением кислотности слюны, пототделением, расширением зрачков, усилением тонуса мышц, сокращением гладкой мускулатуры, подавлением альфа-ритма, увеличением концентрации в крови свободных жирных кислот и т.д., т.е. весьма объемным комплексом организмических проявлений. К настоящему времени показано, что хроническое переживание состояния тревоги способно патогенно влиять и на функционирование практически всех структур, включенных в пищеварительный гомеостаз: гормональной, центральной и вегетативной нервной системы. Установлено, что хронизированная тревога имеет непосредственное отношение к процессам язвообразования в 12-перстной кишке [1, 3, 19, 30, 33, 35, 51, 54]. Полученные в представленной работе результаты открывают еще один возможный и важный источник роста уровня тревожности (которая фиксируется большинством исследователей у язвенных больных) – рассогласование уровней СО и УП. Найденный источник служит дополнительным подтверждением того, что во многих случаях развитие язвенной болезни начинается с сугубо личностных проблем, порождающих пролонгированные эмоциональные нарушения, способные болезнетворно изменять деятельность желудочно-кишечного тракта. Следовательно, выраженный внутриличностный конфликт в виде обостренного несоответствия между тем, как человек оценивает себя, и тем, на что притязает, несет в себе опасность не только для психического комфорта субъекта, но и его соматического здоровья, приводя к таким нарушениям эмоциональной сферы, которые оказываются потенциально патогенными для функций пищеварительной системы.

Если иметь в виду, что оба конструкта, УП и СО, обладают известной константностью или инертностью, то ситуация в сфере эмоций индивида может принимать хронизированный характер. А при учете и того, что помимо роста УТ у такого индивида увеличивается фрустрированность, агрессивность (в подавленной форме), обнаруживается конформизм в поведении, сверхпривязанность в социальных контактах со страхом их потери [12, 15, 16], становится понятным

наличие у подобного субъекта признаков глубокого эмоционального неблагополучия с широким спектром отрицательных переживаний. В отношении последних 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 [1, 3, 19, 20, 26, 29, 36, 37, 54, 55 и др.], развивающихся по механизму сильно и длительно действующего эмоционального перенапряжения. А это приобретает особую важность, поскольку дивергенция параметров СО и УП наблюдается уже у подростков [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ананьев В.А.* Дифференциальная диагностика психосоматических особенностей у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Психогенные и психосоматические расстройства: Тез. науч. конф. Ч. 1. Тарту, 1988.
2. *Баранова М.Н., Черношвилов Е.В.* Клинические особенности неврозоподобных состояний при различных соматических заболеваниях. Тбилиси, 1988.
3. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
4. *Бороздина Л.В.* Исследование уровня притязаний. М., 1985.
5. *Бороздина Л.В.* Теоретико-экспериментальное исследование самооценки: Дис. ... докт. психол. наук. М., 1999.
6. *Бороздина Л.В.* Тестовый материал к спецпрактикуму "Самооценка и притязания: выявление факторов риска психосоматических заболеваний": Авторская разработка психодиагностической схемы. М., 1997.
7. *Бороздина Л.В., Видинска Л.* Соотношение самооценки и уровня притязаний // Личность в системе коллективных отношений. М., 1980. С. 135–137.
8. *Бороздина Л.В., Залученова Е.А.* Увеличение индекса тревожности при расхождении уровней самооценки и притязаний // Вопросы психологии. 1993. № 1.
9. *Бороздина Л.В., Пукинская О.В.* Личностные особенности больных артериальной гипертензией // Ежегодник Российского психологического общества "Психология сегодня". М., 1996. Т. 2. Вып. 4.
10. *Бороздина Л.В., Пукинская О.В., Щедрова Л.В.* Самооценка и уровень притязаний в "норме" и при артериальной гипертензии (эссенциальная форма) // В кн.: *Бороздина Л.В.* Исследование уровня притязаний. М., 2000. С. 147–168.
11. *Бороздина Л.В., Русаков С.В.* Концепция "Я" и характер реакции на фрустрацию как детерминанты социальной адаптации молодежи // Понимание и общение в учебно-воспитательном процессе. Фрунзе, 1983. С. 75–78.

12. Былкина Н.Д. Агрессивность и соотношение самооценки с уровнем притязаний // *Познание. Общество. Развитие* / Под ред. Д.В. Ушакова. М., 1996. С. 172–183.
13. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий // *Психол. журн.* 1997. Т. 18. № 2.
14. Былкина Н.Д. Самооценка, уровень притязаний и их связь с агрессивностью // *Современная российская психология: перспективы развития*. М., 1997. С. 36.
15. Былкина Н.Д. Соотношение самооценки и уровня притязаний в “норме” и при психосоматической патологии: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1995.
16. Былкина Н.Д. Стиль межличностных отношений при рассогласовании уровней самооценки и притязаний // *Ежегодник Российского психологического общества “Психология сегодня”*. М., 1996. Т. 2. Вып. 1.
17. Вейтца Мора С. Особенности психологической саморегуляции больных язвенной болезнью и гипертонической болезнью: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1989.
18. Волобой Н.А., Жузжанов О.Т. Преморбидные особенности личности больных язвенной болезнью // *Проблемы медицинской психологии: Материалы науч. конф.* Л., 1976.
19. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. Нейрофизиологическое исследование. М., 1966.
20. Губачев Ю.М., Ананьев В.А., Шпак Л.В. (ред.). Клинико-психологические особенности больных язвенной болезнью // *Психовегетативные аспекты внутренней патологии*. Тверь, 1992. С. 152–155.
21. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л., 1981.
22. Жузжанов О.Т. Психосоматические особенности личности больного язвенной болезнью // *Клиническая медицина*. 1985. С. 71–76.
23. Забродин Ю.М., Бороздина Л.В., Мусина И.А. К методике оценки уровня тревожности по характеристикам временной перцепции // *Психол. журн.* 1989. Т. 10. № 5.
24. Залученова Е.А. Соотношение самооценки и уровня тревожности и его влияние на личностные особенности: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1995.
25. Капитонова Л.Н., Чарбинская С.А., Бондарева Л.В. Оценка типа отношения к заболеванию у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения // *Новые методы диагностики и лечения в клинической медицине: Материалы науч. конф.* М., 1984.
26. Кокуева О.В., Корочанская Н.В. Сравнительная характеристика личностных особенностей больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Тез. докл. науч. конф. “Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки”. Анапа, 1–3 окт. 1996. Краснодар, 1996.
27. Коркина М.В., Марилов В.В. Личностные особенности и характер психических нарушений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (по данным клинико-психологического исследования) // *Журн. невропатологии и психиатрии им. С.В. Корсакова*. 1988. № 11.
28. Коростелева И.С. Психологические предпосылки и последствия переживаний фрустрации в “норме” и при психосоматическом заболевании: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1989.
29. Малыгин В.Л., Тарасов А.Ю., Тюрева Л.В. К вопросу психосоматических расстройств среди участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // *Вестник новых медицинских технологий*. 1997. Вып. 4. № 1–2.
30. Марилов В.В. Особенности формирования психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта // *Вестник Рос. ун-та. Серия “Медицина”*. 1998. № 2.
31. Немчин Т.А. Изучение состояния тревоги у больных невротами при помощи опросника // *Вопросы советской психологии*. Л., 1966.
32. Охлобыстин А.В. Некоторые особенности реактивной и личностной тревожности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // *Развитие идей академика В.Х. Василенко в современной гастроэнтерологии*. М., 1993. Т. 6. С. 20–22.
33. Райз А.Б. Значение негативных эмоций в происхождении и развитии язвенной болезни: Науч. труды Алма-атинского мед. ин-та. 1966. Вып. 3.
34. Фокина Н.М. Психофизиологические соотношения в “норме” и при некоторых заболеваниях ВНС: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1988.
35. Ackerman S., Weiner H. Peptic ulcer disease: Some considerations for psychosom. researches // *Modern trends in psychosom. med.* / Ed. O. Hill. L., 1976.
36. Cacioppo J. Autonomic, neuroendocrine and immune responses to stress // *Psychophysiology*. 1994. V. 31. № 2.
37. Cameron O. Systemic hormonal and physiological abnormalities in anxiety disorders // *Psychoneuroendocrinology*. 1988. V. 14(4).
38. Craid T., Brown G. Goal trust and life events in etiology of ulcer disease // *J. psychosom. res.* 1984. V. 128. № 5.
39. Dunbar F. Emotions and bodily changes. N. Y., 1954.
40. Engel G. Memorial lecture: The psychosomatic approach to individual susceptibility to disease // *Gastroenter.* 1974. V. 67 (6).
41. Engel G. Psychological aspects of gastrointestinal diseases // *Amer. handbook of psychiatry*. V. 4: Organic dis. and psychosom. medicine / Ed. M. Reiser. 1975. P. 653.
42. Fava G., Wise T. Recommendation to clinical studies in psychosomatic medicine // *Psychother. and psychosom.* 1987. V. 47. P. 139.
43. Friedman V., Rosenman R. Over behavioral pattern in coronary disease // *J. Amer. med. assoc.* 1960. V. 173. P. 1320.
44. Heerlein A., De la Parra G. Affective expression in organic a functional gastrointestinal disease // *Psychother. and psychocom.* 1984. V. 42. P. 152.
45. Hoppe F. Erfolg und misserfolg // *Psychol. forsch.* 1930. Bd. 14. S. 1–16.
46. Hoyt D., Magoon T. A validations study of the Taylor manifest anxiety scale // *J. elin. psychol.* 1954. V. 10. P. 387–389.

47. Lewin K. A dynamic theory of personality. N. Y.-L., 1935.
48. Mahl G. Anxiety HCL secretion and peptic ulcer etiology // Psychosom. med. 1950. V. 12. P. 158.
49. Magni G. Anxiety and gastric emptying in duodenal ulcer // Int. j. of psychophysiology. 1984. V. 72. P. 141.
50. Magni G., Di Mario F. Personality patterns of patients with chronic gastric ulcer // Psychother. and psychosom. 1986. V. 46 (3).
51. Margolin S. Genetic and dynamic psychophysiological determinants of psychophysiological processes // Psychosom. conception in psychoanalysis / Ed. F. Deutsch. N. Y., 1953.
52. Phodes J. Etiology of gastric ulcer // Gastroenterology. 1972. V. 63. P. 171.
53. Taylor G. The psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. Madison connecticut univ. press, 1987. V. 3. P. 391.
54. Weiner H. Etiology of duodenal ulcer I. Relation of specific psychological characteristic to rate of gastric secretion (serum pepsinogen) // Psychosom. med. 1957. V. 19 (1).
55. Weiner H. Specificity and specification: two confining problems in psychosomatic researches // Psychosom. med. 1992. V. 54. P. 567.
56. Zane M. Psychosomatic considerations on peptic ulcer // Psychosom. med. 1947. V. 2. № 1.

THE "TRIAD OF RISK" IN PATIENTS SUFFERED FROM DUODENAL ULCER

L. V. Borozdina*, N. D. Bylkina-Mikheyeva**

*Dr. sci. (psychology), professor, Department of psychology, MSU, Moscow

**Docent of the chair of practical psychology, Moscow State Opened Pedagogic University, Moscow

Composition of three personal traits (decreased self-assessment, high level of aspiration and anxiety) is considered as a "triad of risk" for some types of psychosomatics and is verified on the data of duodenal ulcer. This "triad" was found in patients suffered from the named illness; its more extensive and intensive manifestation in comparison with norm was established.

Key words: self-assessment, level of aspiration, anxiety, "triad of risk", duodenal ulcer.

* * *

В октябре 2001 года в Военном университете (г. Москва) прошла межвузовская научно-методическая конференция на тему "Психология войны", в которой приняли участие представители 12 военных и гражданских вузов, Академии наук РФ, Главного управления воспитательной работы ВС РФ, воинских частей и учреждений, преподаватели кафедр, слушатели и курсанты университета, военные психологи – Е.С. Сенявская, В.Д. Серебрянникова, Л.А. Китаев-Смык, П.А. Корчемный, Ю.А. Елбаев и др.

С докладом "Психология войны как реальность и объект исследования" выступил начальник кафедры психологии, доктор психол. наук, профессор А.Г. Караяни.

Конференция создала основу для успешного решения следующих научно-теоретических и практических задач:

– осуществления научной постановки проблемы необходимости применения психологических знаний к исследованию войны и боя;

– интегрирования психологического знания о войне в предмет военной психологии;

– уточнения границ исследования психологических явлений, порождаемых войной;

– определения круга ученых, заинтересованных в разработке военно-психологической проблематики и обеспечения их поддержки и взаимодействия;

Принято решение о публикации материалов конференции в целях их использования в учебном процессе Военного университета и других высших учебных заведений, занимающихся научными изысканиями в области военной психологии.