



*А. Б. Серых, Ю. Е. Морозов  
Г. Н. Будиловский, А. А. Лифинцева*

## ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК

*Представлены результаты эмпирического исследования особенностей эмоциональной дезадаптации юношей и девушек в возрасте 17–21 года и ее взаимосвязи с уровнем их психосоматического здоровья.*

*This article presents the results of empirical studies into the emotional disadaptation of young men and women of 17–21 years of age and its relation to their psychosomatic health level.*

**Ключевые слова:** эмоциональная дезадаптация, психосоматическое здоровье, психосоматическое расстройство.

**Key words:** emotional disadaptation, psychosomatic health, psychosomatic disorder.

В современной России, остро переживающей период динамичных рыночных реформ, социальных катаклизмов, серьезных адаптационных угроз (террористические акты, природные и промышленные катастрофы, национальная и этническая вражда и т. д.), приобрели актуальность проблемы психического и физического здоровья общества. По данным различных источников, в общемедицинской практике распространенность психосоматических расстройств взрослого населения составляет от 20 до 42 % [10]. Особую тревогу вызывает состояние здоровья юношей и девушек, у которых многими авторами отмечается значительная распространенность психосоматических расстройств [1; 4].

В последние годы в медицинской и психологической науках ведется много исследований, результаты которых свидетельствуют о значительной роли психоэмоциональных факторов в возникновении различных психосоматических расстройств, проявляющихся характерными психосоматическими реакциями и симптомами [4; 8; 13; 14]. Достаточно часто сопутствующей пограничной патологией для детей, подростков и взрослых является высокий уровень аффективной напряженности, невротических расстройств и депрессивных состояний [1; 4; 8]. Однако до сих пор остаются дискуссионными вопросы, касающиеся природы и механизмов эмоциональной дезадаптации (субклинических и клинических проявлений депрессивных, тревожных и невротических расстройств) как одного из ключевых факторов возникновения психосоматических расстройств у детей и подростков, а также у взрослого населения.

Попытке решения данной проблемы было посвящено проведенное нами исследование, цель которого – выявление взаимосвязи эмоциональной дезадаптации юношей и девушек в возрасте 17–21 года и уровня их психосоматического здоровья. Выбор данного периода онтогенетического развития обусловлен прежде всего тем, что в этом возрасте достаточно часто манифестируют психические патологии [5] либо эмоциональные расстройства и даже суицидальные попытки [2].

Теоретико-методологическим основанием для оценки взаимосвязи эмоциональной дезадаптации молодых людей и их психосоматического здоровья выступают представления, раскрывающие понятия «эмоциональная дезадаптация», «психосоматическое здоровье», «психосоматическое расстройство», «психосоматические реакции» и «функциональные психосоматические нарушения».

Придерживаясь основных положений Всемирной организации здравоохранения о том, что здоровье является неотъемлемым компонентом целостной личности и повышение качества жизни людей – одна из основных задач всех социальных систем и институтов, мы сформулировали собственное определение понятия «психосоматическое здоровье». Психосоматическое здоровье – это состояние психического и соматического благополучия и комфорта, характеризующее отсутствием проявлений психических и соматических расстройств и обеспечивающее адекватную адаптацию жизнедеятельности людей в ситуациях развития современного общества.

Эмоциональная дезадаптация рассматривается как состояние, вызванное хронической эмоциональной лабильностью (напряженностью или истощением) и выражающееся в поведении признаками временного расстройства большинства психических функций (по сравнению с нормальным уровнем их развития) [11].

Эмоциональная дезадаптация проявляется симптомами псевдоадаптивного поведения (невротическими симптомами) и изучается в основном в контексте расстройств аффективного спектра, включая депрессивные и тревожные расстройства [11].



Ведущий специалист в области психосоматики А.Б. Смулевич предполагает, что психосоматические расстройства — группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов [8].

Таким образом, психосоматические расстройства можно представить как нарушения, возникающие при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов. Этим подчеркивается единство биологических и социально-психологических механизмов «сомы» и «психики» в происхождении как собственно психопатологических, так и соматических расстройств. Важно отметить и ведущую роль в возникновении психосоматических расстройств социально-стрессовых факторов [4]. Исходя из этого, психосоматические расстройства могут расцениваться как психогенно обусловленные (то есть имеющие психологические причины) соматические нарушения или как соматогенные психические расстройства (соматогении) [6]. В отличие от психосоматических расстройств, психосоматические реакции — это кратковременные изменения со стороны различных систем организма. Традиционно к ним относят: учащение пульса, повышение артериального давления, изменение частоты и глубины дыхания, покраснение или бледность кожных покровов, внезапную мышечную слабость, кратковременное нарушение стула или мочеиспускания и множество других, как правило физиологических и кратковременных, расстройств, возникающих после психических переживаний. Вероятно, к психосоматическим реакциям можно также отнести ряд временных изменений, фиксируемых с помощью биохимических методов исследования: изменения уровня сахара в крови, ее свертываемости или иммунной активности и т.д. Функциональные психосоматические нарушения более продолжительны по времени и не сопровождаются морфологическими повреждениями структур органов и систем. Их проявления разнообразны — это могут быть расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта (анорексия, запоры, желудочные спазмы), сердечно-сосудистой системы (кардиалгии, сердечная дизритмия, артериальная гипер- и гипотония), органов дыхания («невротический» кашель) и т.д. [4].

Для достижения поставленной цели были использованы следующие методы исследования.

1. Для выявления уровня психосоматического здоровья — анализ медицинских карт молодых людей в возрасте 17 — 21 года.

2. Для оценки выраженности эмоциональных нарушений — шкала депрессивности (А.Т. Бек с соавтор., в адаптации Н.В. Тарабриной [9]) и клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич [12]).

В исследовании приняли участие 353 девушки и 151 юноша. Возраст испытуемых — от 17 до 21 года, средний — 18,6 лет. Экспериментальной базой проведения исследования стали средние специальные и высшие образовательные учреждения Калининградской области.

В соответствии с классификацией Х. Зимприха и согласно результатам анализа медицинских карт все испытуемые были разделены на следующие группы:

- 1) 220 здоровых испытуемых (не имеющих отклонений в психосоматическом здоровье);
- 2) 211 испытуемых с хроническими соматическими заболеваниями (например, врожденный порок сердца, миопия средней степени и пр.);
- 3) 45 испытуемых с психосоматическими расстройствами (имеющих, согласно теоретическим представлениям о психосоматических расстройствах, органические психосоматические заболевания, такие как артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит);
- 4) 28 испытуемых с функциональными психосоматическими нарушениями с минимальным органическим поражением структурных элементов организма (дискинезия желчевыводящих путей, функциональное расстройство желудка, синдром раздраженной толстой кишки, психогенные запоры и поносы, дисфагия, нейроциркуляторная астения, кардиоспазм, невроз мочевого пузыря, синдром беспокойных ног, гипервентиляционный синдром).

Результаты исследования депрессивных проявлений у испытуемых всех групп показаны в таблице 1.



Показатели депрессивных состояний в группах испытуемых с различными особенностями психосоматического здоровья, %

Группа	Отсутствие депрессивных симптомов	Умеренно выраженная депрессия	Критический уровень депрессии	Явно выраженная депрессивная симптоматика
Здоровые испытуемые	59,55	32,27	8,18	0
Испытуемые с хроническими соматическими заболеваниями	58,29	32,23	7,58	1,90
Испытуемые с психосоматическими расстройствами	60,00	33,3	6,67	0
Испытуемые с функциональными психосоматическими нарушениями	59,26	33,33	7,41	3,70

Как видно из таблицы 1, проявления депрессивных состояний у испытуемых всех групп распределены равномерно; у 60 % испытуемых всех групп нет депрессивных симптомов, у чуть более 32,3–33,3 % юношей и девушек выявлена умеренно выраженная депрессия. Критический уровень депрессивных состояний обнаружен нами у 6,7–8,3 % испытуемых всех групп. Явно выраженную депрессивную симптоматику проявили испытуемые с хроническими соматическими заболеваниями (1,9 %) и испытуемыми с функциональными психосоматическими нарушениями (3,7 %).

Наиболее часто встречающаяся депрессивная симптоматика:

1) у здоровых испытуемых – пессимистические представления о будущем и предполагаемые трудности в будущей профессиональной деятельности (в данный момент развития современного общества такие представления можно считать адекватными);

2) у испытуемых с хроническими соматическими заболеваниями – пессимистические представления о будущем, «ощущение наказания», предполагаемые трудности в будущей профессиональной деятельности;

3) у испытуемых с психосоматическими расстройствами – пессимистические представления о будущем, «ощущение наказания», повышенная раздражительность, предполагаемые трудности в будущей профессиональной деятельности, проблемы со сном;

4) у испытуемых с функциональными психосоматическими нарушениями – пессимистические представления о будущем, повышенная раздражительность, предполагаемые трудности в будущей профессиональной деятельности и потеря веса.

Таким образом, чуть более трети юношей и девушек отметили наличие у себя разнообразных депрессивных симптомов, включая суицидальные мысли и поведение. Вполне возможно, что на макросоциальном уровне такой высокий показатель депрессивной симптоматики у молодых людей может быть связан с нестабильными социально-экономическими условиями в обществе (тотальное социальное неравенство), завышенными образовательными стандартами (интенсификация образовательного процесса) и т. д. Кроме того, следует учитывать и специфику расположения Калининградской области – эксклавного региона, для жителей которого прямое взаимодействие с «большой Россией» затруднено.

Полученные нами в группе испытуемых с хроническими соматическими заболеваниями результаты лишь подтверждают представления многих авторов о том, что депрессия – одно из самых распространенных проявлений психической патологии у пациентов с соматическим заболеванием [8].

Статистический анализ, проведенный с помощью критерия t-Стьюдента, показал существование достоверных различий в результатах, полученных по шкале депрессивности Бека: у испытуемых с функциональными нарушениями достоверно выше уровень депрессии, чем у остальных испытуемых ( $t_{эмп} = 3,21$ , при  $p \leq 0,01$ ).

В таблице 2 отражены результаты исследования невротических состояний испытуемых всех групп.



**Показатели депрессивных состояний в группах испытуемых  
с различными особенностями психосоматического здоровья, %**

Группа	ШТ		ШНД		ША		ШИТР		ШОФН		ШВН	
	Н	Б	Н	Б	Н	Б	Н	Б	Н	Б	Н	Б
Здоровые испытуемые	42,3	57,7	43,1	56,9	28,2	71,8	35,9	64,1	48,2	51,8	30,0	70,0
Испытуемые с хроническими соматическими заболеваниями	45,0	55,0	41,2	58,8	34,1	65,9	43,1	56,9	54,0	46,0	28,4	71,6
Испытуемые с психосоматическими расстройствами	33,4	66,6	31,1	68,9	26,7	73,3	35,5	64,5	46,7	53,3	33,3	66,7
Испытуемые с функциональными психосоматическими нарушениями	64,3	35,7	50,0	50,0	21,4	78,6	46,4	53,6	57,1	42,9	39,2	60,8

*Примечание:* ШТ – шкала тревоги; ШНД – шкала невротической депрессии; ША – шкала астении; ШИТР – шкала истерического типа реагирования; ШОФН – шкала обсессивно-фобических нарушений; ШВН – шкала вегетативных нарушений.

Н (норма) – показатели больше +1,28, что указывает на уровень здоровья; Б (болезнь) – показатели меньше -1,28, что указывает на болезненный характер выявляемых расстройств.

Наиболее значимые показатели по шкале тревоги получены нами в группе испытуемых с функциональными психосоматическими нарушениями, а в группе испытуемых с психосоматическими расстройствами выявлены самые низкие результаты по данной шкале. Высокие показатели получены нами в той же группе испытуемых и по шкале невротической депрессии. Если обратиться к анализу результатов по шкале астении, то превышение нормы зафиксировано в группе испытуемых с хроническими соматическими заболеваниями. Данные результаты вполне объяснимы, так как, с одной стороны, хроническое соматическое заболевание зачастую приводит к истощению функциональных возможностей нервной системы, а с другой – астенический синдром в ряде случаев представляет собой приспособительную реакцию, проявляющуюся уменьшением интенсивности деятельности различных систем организма с последующей возможностью восстановления их функций. Истерический тип реагирования в различных ситуациях присущ в основном испытуемым с функциональными психосоматическими нарушениями и хроническими соматическими заболеваниями. Вполне вероятно, в данных группах испытуемых можно обнаружить юношей и девушек как с соматоформными расстройствами, так и с диссоциативными (конверсионными). В этих же группах преобладают обсессивно-фобические нарушения. Вегетативные нарушения в большей степени присущи испытуемым с психосоматическими расстройствами и с функциональными психосоматическими нарушениями, что лишь подтверждает высокий вклад тревоги различного уровня (а именно для нее характерны симптомы вегетативной дисфункции) в возникновение психосоматического расстройства.

Результаты статистического анализа полученных нами результатов свидетельствуют о том, что невротическая депрессия наиболее типична для испытуемых с хроническими соматическими заболеваниями и испытуемых с психосоматическими расстройствами ( $t_{эмп} = 4,64$  при  $p \leq 0,05$ ;  $t_{эмп} = 3,05$  при  $p \leq 0,05$ ).

Данные нашего исследования частично подтверждают предположение о том, что сопутствующей пограничной патологией для юношей и девушек с нарушениями психосоматического здоровья является высокий уровень аффективной напряженности, тревоги, раздражительности, вегетативных проявлений, невротических расстройств и депрессивных состояний. Однако проявления эмоциональной дезадаптации в большей степени типичны для юношей и девушек с функциональными психосоматическими нарушениями. При этом у представителей молодежи с уже сформировавшимися психосоматическими расстройствами уровень депрессии и невротических расстройств не столь высок. В рамках психодинамического подхода данный факт можно объяснить тем, что осознаваемый высокий уровень тревоги и другой депрессивной симптоматики превалировали на этапе формирования психосоматического



расстройства (что мы обнаружили у испытуемых с функциональными психосоматическими нарушениями). Затем, вероятнее всего, по мере развития патогенеза психосоматического расстройства у молодых людей включались механизмы психологической защиты, что на уровне осознания «выключало» тревогу.

Результаты, полученные в ходе эмпирического исследования, требуют более тщательного рассмотрения вопроса о том, какие проявления эмоциональной дезадаптации выступают в качестве причин нарушений психосоматического здоровья юношей и девушек. На наш взгляд, окончательное решение данного вопроса возможно только в динамическом исследовании молодых людей с нарушениями в психосоматическом здоровье.

Можно предположить, что без создания определенного психологического и медицинского сопровождения молодежи указанного возрастного периода высока вероятность того, что у какой-то части юношей и девушек к взрослому возрасту возникнут стойкие нарушения в психосоматическом здоровье. Кроме того, полученные результаты позволяют существенно конкретизировать задачи социально-психологической помощи молодежи в возрасте 17–21 года. В профессиональных образовательных учреждениях (средних специальных и высших) необходимо организовывать службы социально-психологического сопровождения молодых людей данной возрастной группы. Кроме того, в фокусе внимания процесса сопровождения юношей и девушек с психосоматическими расстройствами остаются медицинское вмешательство и медикаментозное лечение. Естественно, в контексте биопсихосоциальной модели болезни эта составляющая должна оставаться ведущей, однако нельзя игнорировать психосоциальный аспект, роль которого в реабилитации отмечается многими исследователями [1; 4]. В связи с этим, на наш взгляд, имеются два противоречия, сложившихся в современной науке. С одной стороны, говоря о биопсихосоциальном подходе к реабилитации психосоматически больных юношей и девушек, в практической деятельности мы сталкиваемся с отсутствием институциональной преемственности между медицинской, психологической и социальной реабилитацией либо полным отсутствием последних двух. С другой стороны, несмотря на достаточно большое количество психотерапевтических методик (телесно-ориентированная терапия, арт-терапия и др.), можно отметить их излишнюю дифференцированность и разрозненность, которые не позволяют оказать помощь психосоматически больному, находящемуся в центре воздействия «системы множества факторов». Все это ведет к необходимости интеграции различных подходов при решении практических задач оказания социально-психологической помощи молодым людям с психосоматическими расстройствами.

### **Выводы**

1. В группе юношей и девушек в возрасте 17–21 года с функциональными психосоматическими нарушениями установлен высокий уровень эмоциональной дезадаптации — субклинические и клинические проявления депрессивных состояний, высокий уровень тревоги и вегетативных нарушений.

2. Результаты проведенного исследования позволяют выделить следующие мишени психотерапии, психологической коррекции и психопрофилактики расстройств психосоматического здоровья: патологическая тревога, депрессивные состояния, раздражительность и чувство вины.

### **Список литературы**

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб., 2002.
2. Войцех В., Семикин Г. Симпозиум «Российская молодежь: в будущее без риска». [Электронный ресурс]. URL: <http://fzr.ru/231.html>
3. Гордиенко А. В., Пятибрат Е. Д., Ледовская А. А. Взаимосвязь вегетативного статуса и некоторых личностных характеристик при психосоматических расстройствах гастроэнтерологического профиля на донологическом этапе // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2009. №2. С. 74–79.
4. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. СПб., 2004.
5. Красик Е. Д., Положий Б. С., Крюков Е. А. Нервно-психические заболевания у студентов. Томск, 1982.
6. Петрюк П. Т., Якущенко И. А. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2003. №3–4. С. 133–140.
7. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / под ред. А. Б. Смулевича. М., 2000.
8. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козырев В. Н. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии. 1999. Т. 99, №4. С. 4–16.



9. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., 2001.
10. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Московский психотерапевтический журнал. 2000. №2. С. 5–48.
11. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Евдокимова Я.Г., Москова М.В. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов // Вопросы психологии. 2009. №3. С. 16–25.
12. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Опросник для выявления и оценки невротических состояний: методические рекомендации. Казань, 1978.
13. Lorenzi P., Hardoy M. C., Cabras P. Life crisis and the body within // Psychopatology. 2000. V. 33, N 6. P. 283–291.
14. Ruchkin V.V., Eisemann M., Häggglöf B. Coping styles and psychosomatic problems: are they related? // Psychopathology. 2000. T. 33, №5. С. 235–239.

### Об авторах

Анна Борисовна Серых – д-р психол. наук, д-р пед. наук, проф., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, e-mail: serykh@baltnet.ru

Юрий Евсеевич Морозов – д-р мед. наук, проф., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, e-mail: mrzv66@mail.ru

Геннадий Николаевич Будиловский – канд. мед. наук, доц., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, e-mail: grand4760@yandex.ru

Алла Александровна Лифинцева – канд. психол. наук, доц., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, e-mail: allif1980@rambler.ru

### About authors

Prof. Anna B. Serykh, Immanuel Kant Baltic Federal University, e-mail: serykh@baltnet.ru

Prof. Jury Ye. Morozov, Immanuel Kant Baltic Federal University, e-mail: mrzv66@mail.ru

Dr. Gennady N. Budilovsky, Associate Professor, Immanuel Kant Baltic Federal University, e-mail: grand4760@yandex.ru

Dr. Alla A. Lifintseva, Associate Professor, Immanuel Kant Baltic Federal University, e-mail: allif1980@rambler.ru