



*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 астеня, 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., Hägglöf 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