



Надежда Владиславовна Самсонова – д-р пед. наук, проф., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград.

E-mail: nsamsonova@kantiana.ru

About the authors

Ekaterina Dudorova, a PhD student, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad.

E-mail: dudorova.ekaterina@yandex.ru

Nadezhda Samsonova, Dr of Pedagogy, professor, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad.

E-mail: nsamsonova@kantiana.ru

100

УДК 159.9.07

А. А. Лифинцева

ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СОМАТИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ

Рассматривается особое значение личностных характеристик подростков в развитии у них реакций соматизации. В ходе исследования подтверждаются данные научной литературы о наличии взаимосвязи дисфункциональных личностных характеристик и степени выраженности соматических симптомов в подростковой популяции. Множественный регрессионный анализ позволяет предполагать, что высокая степень соматизированных реакций типична для подростков с эмоциональной нестабильностью и сформированной враждебной картиной мира. Показана буферная роль социальной поддержки, заключающейся в частичном нивелировании влияния дисфункциональных личностных характеристик на степень соматизации подростков.

The author discusses personal traits of adolescents and the development of somatic reactions. The author confirms numerous survey data concerning the association of dysfunctional personal characteristics and the severity of somatic symptoms in the adolescent population. Multiple regression analysis demonstrates that a high degree of somatic reactions are typical of adolescents with emotional instability and a hostile view of the world. The author proves a "buffer" role of social support; partial leveling of dysfunctional personal characteristics can influence the degree of somatic reactions.

Ключевые слова: соматизация, личностные факторы, социальная поддержка, буферный эффект, подростки.

Key words: somatization, personality factors, social support, "buffer" effect, adolescents.

Проблема личностных черт как предикторов психосоматических и аффективных расстройств, имеющих большую распространенность в детской и подростковой популяции, активно исследовали Д. Н. Исаев,



Ю. Ф. Антропов, А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, Н. Болгер и Е. А. Шиллинг (N. Bolger, E. A. Schilling), Р. Т. Коста и Р. Р. Мак-Крае (R. T. Costa, R. R. McCrae) и многие другие [1–5; 8].

По данным многочисленных исследований, жесткие принципы и требования, поддерживаемые перфекционистом, его дисфункциональное убеждение «Я должен всегда быть лучшим» могут привести к появлению у него хронических болей неясного генеза, в том числе головных болей и болей в животе [12; 16], психосоматических расстройств [11].

Н. Болгер и И. Шиллинг в своих работах показали, что высокий уровень нейротизма связан с высокой эмоциональной реактивностью относительно ежедневных стрессоров [9]. Пациенты с высоким уровнем нейротизма в два-три раза чаще отмечают у себя наличие различных психосоматических симптомов, нежели те, у кого не наблюдается преобладание данной личностной черты [10].

Например, Р. Росс и Дж. Глосмет обнаружили, что переживанию чувства гнева, имеющего место при высокой враждебности, сопутствует повышенная секреция адреналина и кортизола, а они, как известно, являются одними из патогенных факторов сердечно-сосудистой патологии [14].

Р. Макевски, Ш. Пригерсон и другие пришли к выводу, что самооффективность имеет существенную отрицательную взаимосвязь с симптомами депрессии в репрезентативной выборке американской популяции. Исследовав две группы респондентов: тех, у кого в анамнезе имелся эпизод депрессии, и тех, у кого не было предшествующего эпизода, — Р. Макевски, Ш. Пригерсон и другие сделали вывод, что в обеих группах более высокие уровни самооффективности позволяют прогнозировать менее выраженные симптомы депрессии [13].

Эмпирическое исследование

Цели и гипотезы исследования. Цель настоящего исследования заключалась в изучении влияния таких личностных характеристик, как перфекционизм, враждебность, самооффективность и нейротизм, на соматизированные реакции современных подростков и выявлении роли социальной поддержки в снижении негативного эффекта данных личностных предикторов. В ходе проведенного нами исследования были выдвинуты следующие гипотезы.

1. В подростковой популяции наблюдаются высокие показатели соматизированных реакций, среди которых доминирующими являются разнообразные боли неясного генеза.

2. Подростки, у которых выражены такие дисфункциональные личностные характеристики, как перфекционизм, враждебность, нейротизм и низкий уровень самооффективности, отличаются высокими показателями соматизации.

3. Социальная поддержка, оказываемая подростку членами его социальной сети, выполняет роль буфера и снижает негативное влияние дисфункциональных личностных характеристик на степень проявления у него соматизированных реакций.



Методы

Участники исследования. Эмпирическое исследование проводилось на базе общеобразовательных учреждений Калининграда и Калининградской области. Выборка исследования была представлена 309 подростками; распределение по полу — 185 девочек и 124 мальчика. Возраст испытуемых — от 13 до 15 лет, средний — 13,9 лет.

Методики. В целях проверки указанных гипотез нами были использованы следующие методики исследования: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, многомерная шкала перфекционизма П. Хьюитта и Г. Флетта (в адаптации И. И. Грачевой), проективный тест враждебности (в адаптации А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гаранян), личностный опросник Г. Айзенка (EPI, в адаптации А. Г. Шмелева), тест определения уровня самооффективности Дж. Маддукса, М. Шеера (в адаптации Л. Бояринцевой) и шкала социальной поддержки детей и подростков К. Малецки (CASSS, в адаптации А. А. Лифинцевой, А. В. Рягузовой).

Использование метода анализа медицинских карт подростков позволило максимально возможным образом исключить истинную соматическую патологию у испытуемых, включенных в популяционное исследование.

Уровень выраженности перфекционизма, враждебности и самооффективности квалифицировался нами на основе результатов, продемонстрированных подростками с низкой степенью соматизации. С помощью метода частотного анализа выборка условно здоровых подростков была разделена на три относительно равные подгруппы по критерию общих показателей, при этом выделялись балльные значения уровня данных личностных черт.

В качестве статистического инструментария использовались: множественный регрессионный анализ; критерий Манна — Уитни; H-критерий Крускала — Уоллиса; коэффициент корреляции Пирсона (r-Пирсона). Статистический анализ проводился с помощью программного пакета *SPSS for Windows, Standart Version 20.0, Copyright © SPSS Inc., 2008.*

Результаты и их обсуждение

Свыше 70 % подростков говорят о наличии у себя разнообразных соматических симптомов (опросник SCL-90-R), среди которых доминируют боли в сердце (28,25 %), ощущения «комка в горле» (28,15 %), головные боли (21,05 %), тошнота или расстройство желудка (20 %). Отметим, что к подростковому возрасту увеличивается процент тех, кто отмечает у себя в качестве симптомов соматизации слабость и головокружения, а также тяжесть в конечностях. Кроме того, именно в подростковом возрасте в группе риска соматизации впервые начинают доминировать мальчики.



Результаты исследования перфекционизма у подростков и его связи с процессом соматизации у подростков отражены на рисунке 1.

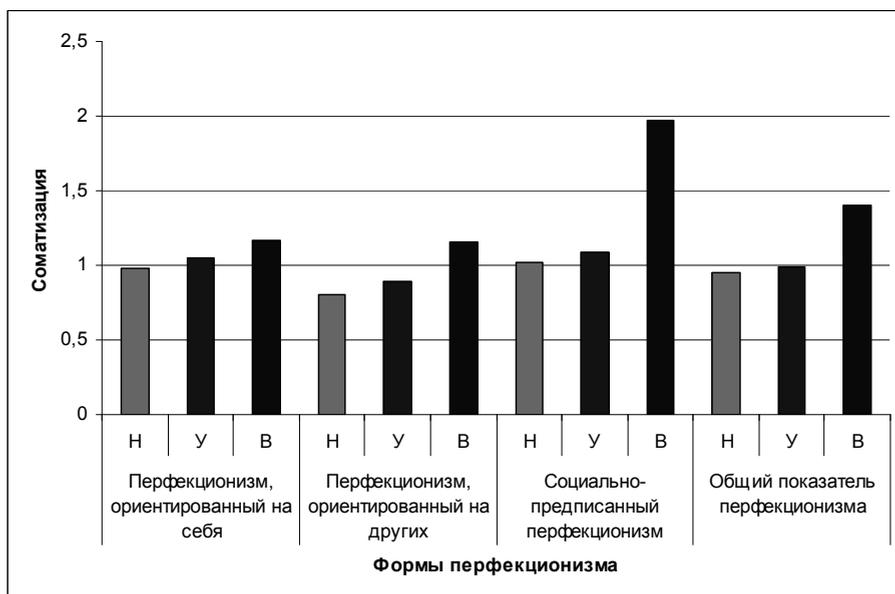


Рис. 1. Показатели соматизации подростков с разным уровнем перфекционизма*

Как можно увидеть из рисунка 1, по показателю соматизации наиболее благополучны группы подростков с низким и умеренным уровнями различных форм перфекционизма. В группе испытуемых с высоким уровнем Я-ориентированного перфекционизма, перфекционизма, ориентированного на других, а также социально-предписанного перфекционизма уровень соматизации значительно повышается. Статистически значимые различия в показателях соматизации были обнаружены между группами подростков с низким, умеренным и высоким уровнями социально-предписанного перфекционизма ($N_{эмп} = 7,99$; $p \leq 0,05$).

Таким образом, в ходе исследования нами было выявлено, что в группе подростков, навязчиво стремящихся к совершенству и излишне требовательных к себе, достоверно чаще наблюдаются такие соматизированные реакции, как боли в сердце, головные боли, расстройства аппетита и тошнота. Вполне возможно, что в данном случае речь идет уже о формирующемся невротическом перфекционизме, в котором непропорциональным перфекционистским тенденциям начинают сопутствовать переживания подростками страха неудачи и провала, недовольства собой, интенсивной тревоги и чувства стыда, а это, в свою очередь, негативно сказывается на их психосоматическом здоровье. При этом

* Здесь и далее на рисунках показатели измеряются в баллах; Н — низкий уровень, У — умеренный уровень, В — высокий уровень.

весьма спорным остается вопрос о том, каков удельный вес таких составляющих перфекционистских личностных характеристик, как чувствительность к ошибкам, самокритика, собственная несостоятельность, зависимость от оценок других и т. п. в развитии процессов соматизации у подростков.

Схожие результаты были получены нами и при анализе роли враждебности в соматизированных проявлениях у подростков (рис. 2).

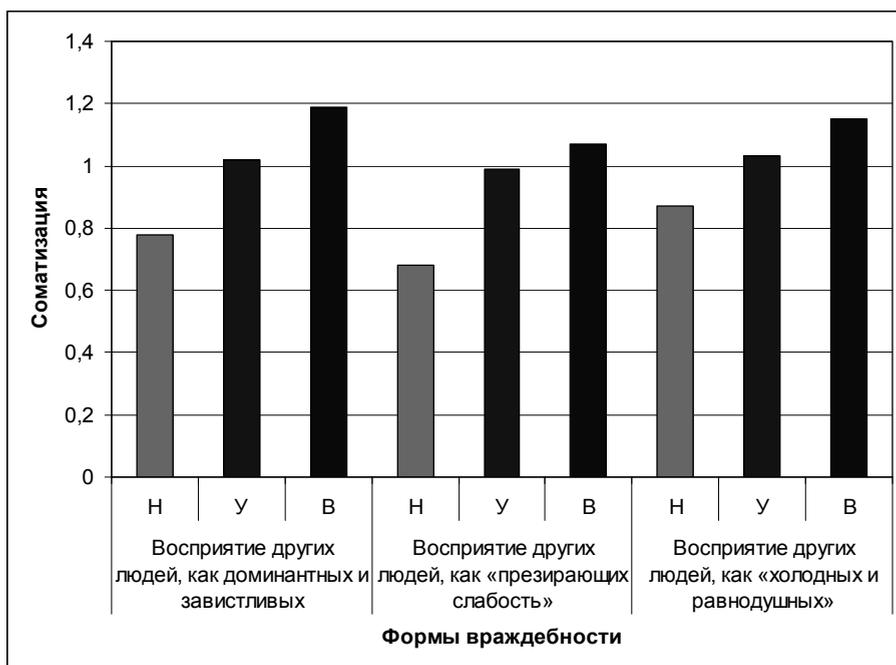


Рис. 2. Показатели соматизации подростков с разным уровнем враждебности

Сравнение трех групп обследуемых по показателю соматизации показало, что подростки с высоким уровнем враждебности имеют достоверно более высокую степень соматизированных реакций и симптомов в сравнении с испытуемыми с умеренным и низким уровнями ($H_{эмп} = 9,04$; $p \leq 0,05$). Анализ результатов исследования показателей враждебности позволил предположить, что восприятие людей как доминантных, зависимых, слабых, равнодушных и холодных наиболее типично для подростков, указывающих в своих самоотчетах высокую частоту соматизированных проявлений. Для подростков с высокими показателями по шкалам *восприятие других людей как «презирающих слабость»* и *восприятие других людей как «холодных и равнодушных»* наиболее типичными являются сильное и учащенное сердцебиение, а также приступы жара или озноба. Статистический анализ показал, что соматизация подростков напрямую связана с их восприятием окружающих людей «как презирающих слабость» ($r_{эмп} = -0,396$, $p = 0,049$). Они полагают, что окружающие их люди не уважают тех, кто ищет помощи и



переживает потребность поделиться своими жизненными трудностями. Они скорее убеждены в том, что люди стараются прятать «свои слабости», опасаясь, что окружающие получат повод «возвыситься» над ними.

Теоретический анализ и результаты нашего исследования дают основания полагать, что уровень нейротизма у подростков обратно пропорционально связан с их соматизированной симптоматикой (рис. 3).

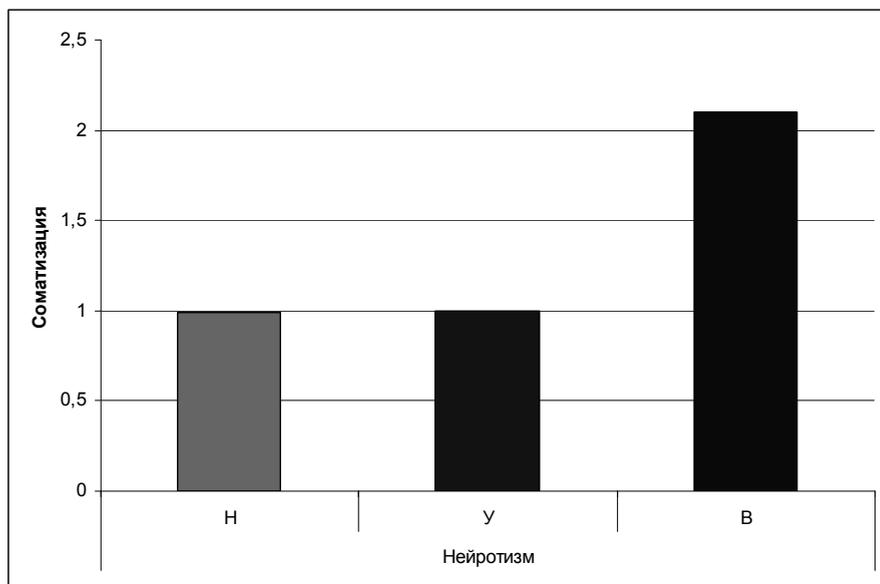


Рис. 3. Показатели соматизации подростков с разным уровнем нейротизма

При сравнении трех групп по общему показателю соматизации установлено, что среди подростков с низким показателем нейротизма наибольший процент тех, у кого низок уровень соматизации, и наименьший процент тех, у кого он высокий ($H_{эмп} = 8,30; p \leq 0,05$). Подростки, которые отмечали сформированность у себя такой личностной характеристики, как эмоциональная нестабильность, в своих самоотчетах гораздо чаще указывали на разнообразные вегетососудистые реакции. Статистический анализ полученных данных свидетельствует о наличии достоверной корреляционной отрицательной взаимосвязи между показателем нейротизма и соматизированными реакциями ($r_{эмп} = -0,377, p = 0,05$). Такие соматизированные состояния, как затрудненное дыхание, ощущение жара или озноба, боли в сердце или грудной клетке, типичны для подростков с эмоциональной лабильностью и нестабильностью. Кроме того, соматизация может выступать как результат использования подростками с высоким уровнем нейротизма таких неэффективных стратегий совладания, как враждебность или самообвинение.

Рисунок 4 наглядно отражает результаты исследования уровня самоэффективности и ее связи с соматизированными реакциями у подростков.

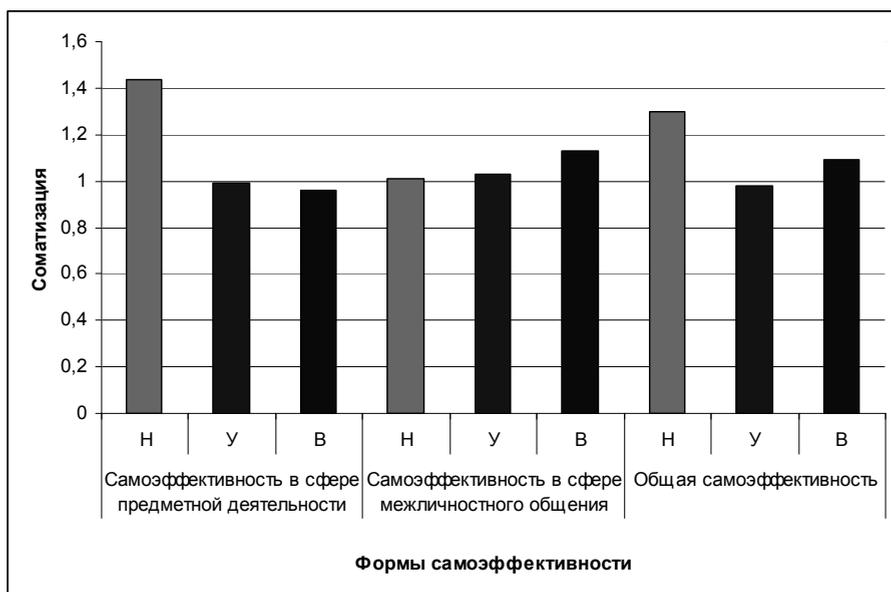


Рис. 4. Показатели соматизации подростков с разным уровнем самооффективности

Статистический анализ говорит о том, что в группе испытуемых с высоким уровнем самооффективности как в предметной деятельности, так и в сфере межличностного общения повышается число подростков с разнообразными соматическими реакциями ($H_{эмп} = 14,7; p \leq 0,01$). Корреляционный анализ, проведенный нами, показывает прямую взаимосвязь между данными показателями: повышение уровня самооффективности связано с возрастанием соматизированных реакций и наоборот ($r_{эмп} = -0,406, p = 0,048$). Вероятнее всего, у подростка, пытающегося добиться высоких показателей в своей деятельности вне зависимости от реальных возможностей, активизируются и мобилизуются внутренние ресурсы организма, которые, достигнув запредельных показателей, приводят к появлению соматизированных реакций.

Следующим этапом нашей работы стала экспериментальная проверка гипотезы о том, что социальная поддержка, оказываемая подростку членами его социальной сети, выполняет роль буфера и снижает негативное влияние дисфункциональных личностных характеристик на степень проявления у него соматизированных реакций. Для проверки данной гипотезы нами была сформирована группа подростков с высоким уровнем враждебности, перфекционизма и нейротизма ($n = 63$). Затем внутри данной группы проводился анализ степени соматизации испытуемых в зависимости от уровня их субъективной оценки частоты получаемой поддержки. Результаты этого анализа отражены на рисунках 5, 6.

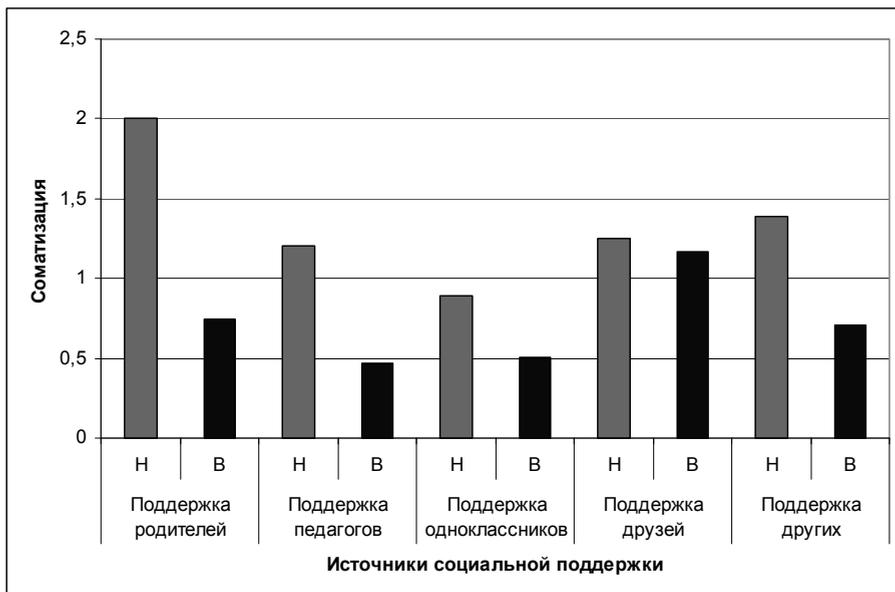


Рис. 5. Показатели соматизации подростков со сформированными дисфункциональными личностными характеристиками и разными источниками социальной поддержки

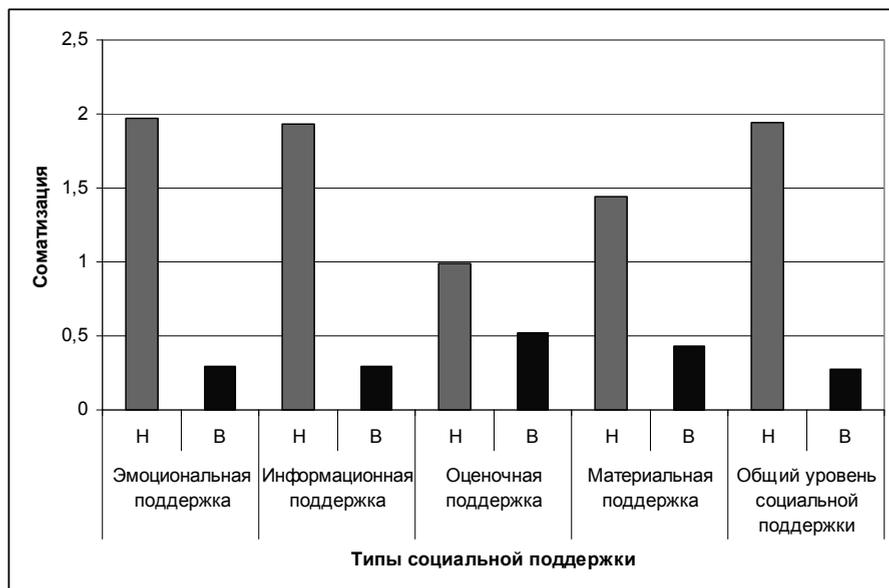


Рис. 6. Показатели соматизации подростков со сформированными дисфункциональными личностными характеристиками и разными типами социальной поддержки

Как видно из рисунков 5 и 6, у подростков с дисфункциональными личностными чертами и низким уровнем субъективной оценки частоты оказываемой им социальной поддержки выявлена более высокая



степень соматизации, нежели у испытуемых со схожими личностными характеристиками, но с высоким уровнем социальной поддержки ($U_{\text{эмп}} = 378$; $p \leq 0,05$). Таким образом, мы можем предположить, что поддержка окружающих подростка родителей, педагогов и других людей, демонстрация ему чувств теплоты и привязанности, помощь в удовлетворении базовых потребностей, справедливое отношение к нему, поощрение его, оказание практической помощи в решении проблем, терпимое отношение к его мыслям, идеям и взглядам, предоставление адекватной обратной связи о его действиях и поступках выступают буфером и снижают патологические для его соматического состояния следствия дисфункциональных личностных черт. Уточним лишь, что буферный эффект социальной поддержки в отношении дисфункциональных личностных характеристик возможен лишь тогда, когда у подростка расширенная, а не малодифференцированная сеть социальных контактов.

Для полного подтверждения наших исследовательских гипотез проведен множественный регрессионный анализ (см. табл.), целью которого было изучение степени влияния враждебности, перфекционизма, нейротизма и самооффективности на соматизированные реакции подростков.

Влияние дисфункциональных личностных характеристик подростков на степень их соматизации

Независимая переменная	β	t	p
Перфекционизм, ориентированный на себя	- 0,075	- 0,980	0,498
Перфекционизм, ориентированный на других	0,086	0,771	0,443
Социально-предписанный перфекционизм	0,006	0,050	0,960
Восприятие других людей как «доминантных и завистливых»	0,539*	0,245	0,001
Восприятие других людей как «презирающих слабость»	0,058	0,410	0,683
Восприятие других людей как «холодных и равнодушных»	0,040	0,251	0,802
Нейротизм	0,842*	0,782	0,001
Самооффективность в сфере предметной деятельности	- 0,787	- 0,895	0,373
Самооффективность в сфере межличностного общения	- 0,218	- 0,588	0,558

* $p \leq 0,01$.

Результаты множественного регрессионного анализа продемонстрировали, что независимые переменные оказывают совместное влияние на уровень зависимой переменной «соматизация» (критерий Фишера $F = 9,716$, $p < 0,01$). Данная модель позволяет объяснить 27 % дисперсии зависимой переменной. Как следует из значений β -коэффициента, наибольший удельный вес в соматизированных реакциях подростков имеют две независимые переменные — «нейротизм» и «восприятие других людей как доминантных и завистливых».



Выводы

Высокая степень соматизации подростков связана со следующими преддиспозиционными личностными характеристиками:

– нереалистические притязания к себе, другим и деятельности, хроническое недовольство собой, склонность предъявлять к себе изнурительные требования, запреты на ошибки, постоянное стремление соответствовать внутреннему идеализированному образу;

– склонность видеть других людей как завистливых, злорадных, презирающих слабость и равнодушных, что приводит к трудностям построения межличностных коммуникаций и формированию враждебных личностных установок;

– высокая чувствительность к негативным эмоциогенным стимулам и высокая частота переживаний отрицательных эмоций;

– неадекватная оценка своих способностей совершать какие-либо действия в определенных условиях.

Социальная поддержка является важным предиктором соматизации подростков: ее высокий уровень обеспечивает частичное нивелирование дисфункциональных личностных характеристик и снижает степень их соматизированных реакций.

Такие наметившиеся уже в подростковом возрасте черты личности впоследствии под воздействием микросоциальных факторов риска, условий воспитания и других психогенных влияний могут приводить к серьезным нарушениям адаптации, в том числе к развитию психосоматических заболеваний и непсихотических психических расстройств.

Полученные в ходе нашего исследования результаты позволяют выделить важные личностные мишени психопрофилактической, психоконсультативной и психотерапевтической работы с подростками: перфекционистские стандарты по отношению к себе и другим, враждебная картина мира, а также эмоциональная неустойчивость и лабильность.

Список литературы

1. Ананьев В. А. Психология здоровья. СПб., 2006.
2. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб., 2002.
3. Брызгунов И. П., Ларькова И. А. Уровень учебной нагрузки и распространенность некоторых психосоматических функциональных заболеваний у детей // Вопросы современной педиатрии : тезисы материалов VIII Конгресса педиатров России. М., 2003. Т. 2. С. 48–49.
4. Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозов Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. СПб., 2008.
5. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб., 2005.
6. Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективно-го спектра. М., 2011.



7. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 8(1). С. 94–102.

8. Цыгин А.Н. Артериальная гипертензия у детей // Российский медицинский журнал. 1998. №9. С. 574–578.

9. Bolger N., Schilling E.A. Personality and the problems of everyday life: the role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors // Journal of Personality. 1991. Vol. 59(3). P. 355–386.

10. Costa R. T., McCrae R. R. Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite? // Journal of Personality. 1987. №55. P. 219–316.

11. Forman M., Tosi D., Rudy D. Common irrational beliefs associated with the psychological conditions of low back pain, peptic ulcers and migraine headache: A multivariate study // Journal of Rational Emotive Therapy. 1987. Vol. 5(4). P. 255–265.

12. Gupta M. Is chronic pain a variant of depressive illness? A critical review // Canadian Journal of Psychiatry. 1986. №31. P. 241–248.

13. Maciejewski P. K., Prigerson H. G., Mazure C. M. Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. Differences based on history of prior depression // The British Journal of Psychiatry. 2000. №176. P. 373–378.

14. Ross R., Glomset J. A. The pathogenesis of atherosclerosis. Part 1 // New England Journal of Medicine. 1976. Vol. 295(7). P. 369–377.

15. Ross R., Glomset J. A. The pathogenesis of atherosclerosis. Part 2 // New England Journal of Medicine. 1976. Vol. 295(8). P. 420–425.

16. Velyvis V. P. Perfectionism, Depression and Psychosomatic Self-Reports: The Moderating Effects of Self-Handicapping and Locus of Control. Toronto, 1995.

Об авторе

Алла Александровна Лифинцева – д-р психол. наук, проф., Балтийский федеральный университет им. И. Канга, Калининград.

E-mail: ALifintseva@kantiana.ru

About the author

Alla Lifintseva, Dr of Psychology, professor, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad.

E-mail: ALifintseva@kantiana.ru