

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

УДК 159. 923

Л. Н. Клевец

Проблема здоровья нации является одним из приоритетных и базовых направлений существования и деятельности современных государств. В связи с этим в Украине была разработана Межотраслевая комплексная программа “Здоровье нации” на 2002–2011 годы, утвержденная Постановлением Кабинета министров Украины от 10 января 2002 года № 14. Кроме того, издан Указ Президента Украины от 12.12.07 р. № 1208 “Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції / СНІДУ в Україні”. В России в Министерстве охраны здоровья также была утверждена межотраслевая программа “Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 годы”.

В общей структуре заболеваний всего человечества особое место занимают психосоматические расстройства. Об этом свидетельствуют данные, идущие со всех стран мира. Поскольку собственно психосоматическими расстройствами занимаются врачи, доказавшие, что одной из причин психосоматики не в последнюю очередь являются социально-психологические факторы общества и личности, то цель нашего исследования – в общих чертах представить именно те социально-психологические факторы, которые формируют психосоматоз в структуре здоровья человека.

В ряде научных исследований психологов, связанных с изучением психосоматических расстройств, выделяют несколько моделей психосоматических расстройств: а) психофизиологические; б) психодинамические; в) системно-теоретические; г) социопсихосоматические [3, с. 81].

Именно причинные факторы социопсихосоматических расстройств нас интересуют в большей степени. Сам термин “социопсихосоматика” был введен в научный оборот Schaefer как производный от “психосоматики”, введенной

немецким врачом Хейнротом 180 лет назад. Изначально Delius считал, что социопсихосоматика начинается тогда, “когда тот, кто взволнован состоянием здоровья, кто болен или ощущает себя больным, во взаимоотношениях с врачом или медицинским персоналом осознает свою уязвимость относительно своих человеческих и социальных проблем” [7, с. 146]. То есть психосоматические расстройства являются следствием неправильного социального развития личности и, как правило, неверного психологического восприятия ею окружающего социума и социально-психологической ее дезадаптации – объективных детерминант будущих психосоматических расстройств.

Современные врачи и психологи считают, что болезненные явления квалифицируются как психосоматические лишь в том случае, если установлена прямая зависимость соматического расстройства от психоэмоциональных факторов, психотравмирующих социальных событий.

Психологи в основу психосоматических расстройств кладут разные факторы – стресс, конфликты, кризисные состояния, личностные качества и т. п. Не последнюю роль в психосоматическом подрыве здоровья играют научно-технический прогресс с его отрицательными социальными и психологическими последствиями, экологией и т. п. По этому поводу В. В. Маринов пишет: “Процесс урбанизации и индустриализации современного общества с его информационной напряженностью и повышенной стрессогенностью, а также различные стихийные бедствия и социальные коллизии приводят к значительному увеличению среди населения пограничных психических расстройств, в число которых входят и разнообразные психосоматические синдромы различных органов и систем человеческого организма. Число различных психосоматических заболеваний человека достигает в настоящее время 50 % и имеет отчетливую тенденцию к увеличению во всех возрастных группах” [6, с. 5].

В наше время психосоматические расстройства все чаще встречаются в детском возрасте, у подростков и, по нашим исследованиям, у студентов. Наши

исследования и исследования ряда социальных психологов, социальных философов и культурологов показывают, что в основе психосоматических расстройств часто лежит отсутствие элементарной психологической культуры.

Можно сказать, что психосоматическое расстройство здоровья начинается в условиях отсутствия психологической культуры. Психологическая культура подразумевает определенный уровень развития личности. Так, А. Я. Варга, указывая на семейно-педагогические корни психологической культуры, пишет: “Понятие “психологическая культура” включает в себя: “заботу о своем психическом здоровье, умение выходить из психологических кризисов самому и помогать близким людям” [1, с. 5].

Основу психологической культуры, считает А. Я. Варга, составляют: “1) самопознание и самооценка; 2) стремление к познанию других людей; 3) умение управлять своим поведением, эмоциями в процессе общения” [1, с. 5]. По мнению А. Я. Варги, “все три компонента присутствуют в структуре психически здоровой личности, т. е. личности, обладающей психическим здоровьем” [1, с. 5]. Говоря о психическом здоровье, М. И. Еникеев также детерминирует его общественным и духовным уровнями развития личности. Он пишет о том, что психическое здоровье – это “состояние душевного благополучия, характерное отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям действительности регуляцию поведения и деятельности. Содержание понятия не исчерпывается медицинскими и психологическими критериями, в нем всегда отражены общественные и групповые нормы и ценности, регламентирующие духовную жизнь человека” [2, с. 175].

Условием психического здоровья, кроме физического, равноценно являются психологическое, социальное и духовное состояние и развитие личности.

Социальные и медицинские психологи к основным критериям психического здоровья относят уровень социокультурного развития личности в широком смысле этого понятия. Для Г. И. Колесниковой это означает:

“1) саморегуляцію поведіння в відповідності з вибраними цілями; 2) адекватність поведінчих реакцій силі зовнішнього подразжача; 3) відповідність емоційно-вольової і пізнавальної сфер біологічному віку; 4) соціальну адаптивність; 5) наявність здорової рефлексії” [5, с. 6].

Іншими словами, психологічне здоров'я – це ступінь і глибина розвитку взаємодій особистості і оточуючої її середовища, включаючи суспільство. Психологічне здоров'я для досліджувача цієї проблематики М. І. Енікєєвої – це “динамічна сукупність психічних властивостей індивіда, забезпечуючих гармонію між потребами індивіда і суспільства, являються передумовою орієнтації особистості на виконання своєї життєвої задачі” [2, с. 458].

Аналізуючи цю парадигму в концепції М. І. Енікєєва, Г. І. Колеснікова підкріплює своє єдинство з цією позицією: “Таким чином, – пише вона, – ключовим словом для описання психологічно і психічно здорового людини є поняття “гармонія”, а центральною властивістю – саморегульованість, розуміється як можливість адекватного пристосування суб'єкта до сприятливих і несприятливих впливів оточуючої середовища” [5, с. 7].

Соціальні психологи виділяють цілу систему об'єктивних і суб'єктивних психологічних факторів, що призводять в майбутньому до психосоматичних розладів особистості. Крім цих об'єктивних і суб'єктивних факторів, за думкою психологів, кваліфікуються ще і як фактори ризику порушення психічного здоров'я.

Для психологів по визначенню об'єктивні фактори – це ті, які не залежать від волі індивіда і які об'єктивно породжують складні умови соціально-психологічного виживання і стійкості. Наприклад, важка соціально-економічна ситуація в країні, в родині, в житті індивіда, що призводить до воєн, економічних кризисів, родинних і

індивідуальному безденежью со всеми вытекающими последствиями, которые не каждая психика способна пережить.

К объективным факторам нарушения психического здоровья или психологической стабильности приводят стрессы в области профессиональной деятельности. К ним социальные психологи относят: ненормированный рабочий день; профессии повышенного риска (милиция, военные); профессии, связанные с высоким уровнем эмоционального напряжения (врачи, педагоги, психологи) [5, с. 9].

Третью позицию в исследованиях социальных психологов занимает специфика взаимоотношений в родительской семье, что проявляется в виде неполной или дисфункциональной семьи [5, с. 9].

Исследования в области социальной психологии указывают на то обстоятельство, что перечисленные выше “объективные факторы” закладывают определенные виды психологических детерминант психологической деструкции личности и ее психосоматических болезней в будущем. К этим детерминантам социальные психологи относят: дефицит общения, переизбыток общения, формальное общение, неравномерное общение [5, с. 9].

По нашему мнению, все эти детерминанты указывают на социально-психологическую неразвитость микросоциума и индивидов, задействованных в нем.

Вся социально-психологическая ситуация, порождающая психологическую деструкцию личности, описана в социальной психологии. Для Г. И. Колесниковой – это: “Дефицит общения – физическое или психологическое отсутствие матери. Переизбыток общения – постоянное присутствие матери возле ребенка, вызванное ее психологической несостоятельностью как личности и ощущением пустоты, которую она стремится заполнить ребенком. Формальное общение – психологическая невключенность матери в процесс ухода и воспитания. Как правило, является следствием нарушенных супружеских взаимоотношений. Неравномерное общение – проявляется в непредсказуемом (в восприятии ребенка) чередовании

двух разнонаправленных циклов: чрезмерной общительности и психологической холодности (или физическом отсутствии). Обычно демонстрируют матери, в силу объективных причин не имеющие возможности уделять ребенку достаточно времени (учеба, работа) и стремящиеся восполнить недостаток внимания чрезмерным проявлением любви и ласки в возникающие свободные промежутки времени” [5, с. 9].

“Традиционно к субъективным факторам нарушения психического здоровья, – пишет Г. И. Колесникова, – психологи относят особенности темперамента, личностные характеристики субъекта, из которых складываются специфика его взаимоотношений с окружающей средой и способы реагирования на проявления данной среды как в общих, так и частных, применимых к данному субъекту, случаях” [5, с. 10].

А. Томас также выделил свойства темперамента, которые определил как “трудные”. К данным свойствам отнес:

- высокий или низкий уровень активности;
- упрямство;
- отвлекаемость;
- низкий уровень адаптивности;
- наличие тенденций к избеганию;
- преобладание сниженного фона настроения;
- страх новых ситуаций [5, с. 10].

Г. И. Колесникова считает, что “данный список возможно дополнить такими качествами, как высокий уровень поисковой активности и высокий уровень креативности” и что “Оба эти свойства, выходя за рамки средней нормы, могут создавать большие проблемы индивиду при взаимодействии с социумом” [5, с. 10].

Однако, по мнению исследователей, “все перечисленные свойства не являются сами по себе источником психических нарушений. “Трудность” данных свойств заключается в трудности окружающих при взаимодействии с их носителем и поиске адекватных способов воздействия на него” [5, с. 10].

К сожалению, отмечают психологи, вследствие психологической некомпетентности взрослых ребенок попадает в ситуацию длительного неуспеха, что приводит к снижению самооценки и впоследствии оказывает влияние на всю его дальнейшую жизнь и все ближе подводя его к психосоматическим расстройствам.

В данной ситуации психологи выделяют следующие этапы в развитии этого процесса. В исследованиях Г. И. Колесниковой это выглядит следующим образом:

“1) определенные проявления свойств темперамента вызывают недовольство и неодобрение со стороны взрослых – у ребенка формируется представление о себе, как человеке, который не умеет быть хорошим, но желание быть им сохраняется;

2) в случае сохранения ситуации неприятия и неодобрения вера ребенка в себя пропадает (желание сохраняется);

3) желание “быть хорошим” пропадает, на его место приходит чувство потерянности (заброшенности, ненужности, несостоятельности);

4) состояние несостоятельности сменяется реакцией протеста, которая может принимать крайне дезадаптивные формы (побеги из дома, драки).

Низкая самооценка имеет большое, почти решающее значение для становления и развития личности. Это объясняется тем, что люди, имеющие низкую самооценку, воспринимают себя одновременно и как недостойных внимания, и как неспособных противостоять какой-либо угрозе. Соответственно, воспринимаемая как низкая способность противостоять каким-либо неблагоприятным воздействиям, провоцирует их “появление”, поскольку в данном контексте почти все события воспринимаются как угрожающие, а ощущение своей “недостойности” ведет к деформации интимно-личных взаимоотношений. В результате субъект терпит фиаско и в личностном, и в профессиональном плане.

Таким образом, в результате ситуации длительного неуспеха у субъекта формируются:

- негативная Я-концепция;
- низкоразвитая рефлексия;
- отсутствие стремления к самосовершенствованию, которые в совокупности образуют ядро психически нездоровой личности” [5, с. 12].

Однако, как отмечают ученые, чтобы возникло психосоматическое заболевание, “должны совпасть сразу несколько факторов: наследственная предрасположенность (по принципу “где тонко, там и рвется”), особенности личности и темперамента ребенка, социальные предпосылки и психотравмирующие события, накладывающиеся на этот неблагоприятный фон и заставляющие детонировать внутреннюю мину замедленного действия. К факторам личного риска психосоматических расстройств относят:

- низкий порог чувствительности к раздражителям (“нервный ребенок”);
- интенсивная реакция на внешние стимулы (“раздражительный ребенок”);
- затрудненная адаптация к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций (“капризный ребенок”)” [8, с. 166].

При этом ребенок – это замкнутый, сдержанный, недоверчивый, тревожный, чувствительный, неуверенный в себе малыш, у которого отрицательные эмоции преобладают над положительными.

Психосоциальными факторами формирующихся психосоматических расстройств для психологов являются:

неправильное воспитание – отсутствие или неадекватность родительской заботы, чрезмерное давление родителей, вражда между членами семьи;

стресс в дошкольном учреждении – длительное круглосуточное пребывание в яслях, саду, санатории;

стресс в школе – ее смена, прессинг со стороны учителей, атмосфера отторжения или враждебности, конфликтная обстановка в классе;



психотравмирующая внесемейная ситуация – оторванность семьи от родственников, угроза войны, террористического акта, криминального преследования, потери работы или квартиры [8, с. 167].

Зигмунд Фрейд писал: “Если мы гоним проблему в дверь, она лезет в окно в виде симптома”. В основе психосоматических расстройств, – писал он, – лежит механизм психологической защиты, который называется вытеснением. Мы стараемся не думать о неприятностях, отметать от себя проблемы, не анализировать их, не встречаться с ними лицом к лицу. Вытесненные таким образом, они “проваливаются” с социального или психологического уровня на телесный. Психосоматические расстройства у ребенка – следствие хронических отрицательных эмоций, не нашедших правильного и своевременного выхода, то есть, как говорят психологи, “неотреагированных” [8, с. 165].

У малышей до 3–5 лет главная отрицательная эмоция, выходящая наружу в виде психосоматических расстройств, – подавленная агрессия, а у подростков ее место занимает депрессия. Ведь депрессия – это агрессия, обращенная против самого себя. Отказ от детской агрессии – неминуемая дань, которую нужно заплатить за социализацию. Подросший человек, своевременно не научившийся выражать гнев и освобождаться от него, несет этот груз во взрослую жизнь. Вот почему депрессия – базовая предпосылка любых психосоматических расстройств у тинейджеров [8, с. 165].

### **Депрессивный синдром**

Подростки с психосоматическими расстройствами часто страдают депрессивными состояниями, особенно так называемой субдепрессией и скрытой депрессией. Дети жалуются на настроение (плохое или “никакое”), скуку (чаще к вечеру, иногда на протяжении дня, реже по утрам), нежелание что-либо делать, безразличие или раздражение по отношению к окружающим. В этом случае в качестве психогигиены родители должны создать благоприятный психологический климат, теплые отношения с детьми для предупреждения психосоматических расстройств.

При этом важно не допустить формирования у ребенка завышенных притязаний к себе, так как это способствует невротизации личности ребенка и повышает вероятность формирования психосоматических расстройств. К классическим психосоматическим заболеваниям, называемым “святой семеркой”, медики и психологи относят болезни, роль психологических факторов в этиопатогенезе которых считается доказанной:

- эссенциальная гипертония;
- язвенная болезнь 12-перстной кишки;
- бронхиальная астма;
- сахарный диабет;
- нейродермиты;
- ревматоидный артрит;
- язвенный колит.

Близко к этому полюсу располагаются такие заболевания как: гипертиреоз, миома матки, ишемическая болезнь сердца и некоторые другие.

Основными психологическими параметрами личности, склонной к формированию **эссенциальной гипертонии**, психологи считают интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости, с другой. В психологии данный конфликт характеризуется как конфликт между двумя противоречивыми личностными устремлениями – одновременной нацеленностью на прямоту, честность и откровенность в общении и вежливость, учтивость и избегание конфликтов. В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику. В результате, по мнению В. С. Ротенберга, подавление отрицательных эмоций у человека в период стресса, сопровождающегося естественным повышением артериального давления, способно ухудшить общее состояние человека и даже способствовать развитию инсульта.

Другой внутриличностный конфликт характерен для людей со склонностью к заболеванию **язвенной болезнью 12-перстной кишки**. У

человека в связи с некоторыми особенностями воспитания в раннем детстве формируется своеобразный характер, приводящий к тому, что индивид испытывает во взрослом состоянии постоянную потребность в защите, опеке и поддержке. При этом в нем одновременно воспитано и уважение к силе, самостоятельности и независимости, к которым он стремится. В результате происходит столкновение двух взаимоисключающих потребностей (в опеке и самостоятельности), что приводит к неразрешимому конфликту и язвенной болезни [4, с. 183].

При **бронхиальной астме** психологи фиксируют противоречия между “желанием нежности” и “страхом перед нежностью”. Такой конфликт описывается как конфликт “владеть – отдать”. Люди, страдающие бронхиальной астмой, часто обладают истерическими или ипохондрическими чертами характера, но они не способны при этом “выпустить гнев на воздух”, что провоцирует приступы удушья. Отмечается такое качество астматиков, как сверхчувствительность, в особенности к запахам, которая связана с пониженной аккуратностью [4, с. 183].

Личность больного **сахарным диабетом** в психологии описывается рядом с чувством хронической неудовлетворенности. Хотя не существует определенного диабетического типа личности [4, с. 184].

К нейродермитам психосоматического генеза относят **экзему и псориаз**. Пациенты часто характеризуются пассивностью, им трудно дается самоутверждение [4, с. 184].

При **язвенном колите** замечено возникновение заболевания после переживаний “потери объекта” и “катастроф переживания”. У больных отмечена заниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам и сильное стремление к зависимости и опеке. Заболевание часто рассматривают как эквивалент печали [4, с. 185].

Для пациентов с **ревматоидным артритом** специфичными считаются “застывшая и преувеличенная позиция” пациента, демонстрация высокого уровня самоконтроля. Характерна также тенденция к самопожертвованию и

преувеличенной готовности помощи окружающим. При этом отмечается “агрессивная окраска помощи” [4, с. 185].

Наиболее разработанными в психологии являются психологические типы личности, склонные к ишемической болезни сердца. **Коронарный тип личности А**, предрасположенный к инфаркту миокарда, включает в себя такие свойства, как высокий уровень притязаний, выраженное влечение к достижению цели, стремление к конкурентной борьбе. Такой человек постоянно испытывает дефицит времени для выполнения своих многочисленных планов, находится в постоянном цейтноте. Он одержим стремлением сделать лучше и быстрее других, систематически преодолевая чувство усталости. Практически он никогда не позволяет себе расслабиться, постоянно напряжен. Его рабочий день расписан по минутам. Ишемия может возникнуть в случае появления неконтролируемой человеком ситуации, утрате им контроля и самообладания. Попадая в такие ситуации, человек вначале начинает энергично предпринимать усилия по восстановлению контроля над ситуацией, поскольку бессилие разрешить конфликт унижает его в собственных глазах. Но если эта активность (даже гиперактивность) не приводит к немедленному успеху и неэффективность действий становится очевидной для индивида, он дает реакцию капитуляции и заболевает.

Противоположностью типа личности А является **тип В**, у которого стенокардия и инфаркт миокарда встречаются вдвое реже [4, с. 186].

Таким образом, анализ исследуемой нами проблемы, знакомство со специальной литературой, наши исследования позволяют нам сделать ряд выводов.

Во-первых, здоровье современного человечества отличается усиливающимся патологическим вектором в сторону психосоматических расстройств, имеющих свою доказанность и статистику во всех странах мира и в разных возрастных группах.

Во-вторых, исследования психологов в разных странах мира показывают, что в основе, среди прочих факторов, лежат степень и уровень социокультурной и социопсихологической развитости индивида.

В-третьих, в связи с усложнением жизни, сложностью ее психологического охвата личностью думается, что проблематика психосоматических расстройств будет оставаться наиболее актуальной и потому весьма востребованной в научном познании, в социально-психологической и педагогической практике.

### Список использованной литературы

1. Варга, А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс / А. Я. Варга. – СПб., 2001. – 180 с.
2. Еникеев, М. И. Энциклопедия. Общая и социальная психология / М. И. Еникеев. – М., 2002.
3. Завцька, Н. Е. Вплив професійно-стресових чинників на виникнення психосоматичних захворювань у медичних працівників / Н. Е. Завцька, К. І. Пчельнікова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : збірник наукових праць. – Луганськ, 2012. – № 1 (27) 2012. – С. 80–88.
4. Клевец, Л. Н. Роль скрытой акцентуации характера в социальном развитии подростка / Л. Н. Клевец // Мультикультурність та етнокультурність людського світу : матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Донецьк, 2011. – Том II. – 210 с.
5. Колесникова, Г. И. Основы психопрофилактики и психокоррекции / Г. И. Колесникова. – Р-на-Д. : Феникс, 2005. – 185 с.
6. Марилов, В. В. Психосоматозы. Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта / В. В. Марилов. – М. : Миклою, 2007. – 152 с.
7. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М. : МЕД. Пресс, 2001. – 592 с.
8. Румянцева, Д. А. Психосоматические заболевания: к анализу причин. / Д. А. Румянцева // Мультикультурність та етнокультурність людського світу : матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Донецьк, 2011. – Том II. – 210 с.

*Рецензент: доктор философских наук, профессор Александровская В. Н.*