

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Николаева Е.И.^{1,2}, Грекова Е.Н.^{1,2}

¹Петербургский государственный университет путей сообщения; Российский государственный педагогический университет, г. Санкт-Петербург, klemtina@yandex.ru

²Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, г. Елец, vesta165@yandex.ru

В работе проводится сравнительный анализ психологических особенностей здоровых подростков (1 группа) и подростков, находящихся в стационаре в связи с лечением заболеваний желудочно-кишечного тракта (2 группа) и с расстройствами адаптации и со смешанными нарушениями эмоций и поведения, F 43.25 (3 группа). Были использованы следующие методики: опросник «Темперамент – формальные характеристики поведения» Я. Стреляу; видеотест, направленный на оценку эмоционального интеллекта В.В. Овсянниковой – Д.В. Люсина; опросник Плутчика – Келлермана – Конте; опросник диагностики астении И.П. Киреевой. Регрессионный и факторный анализ свидетельствовали о том, что больные подростки отличались от здоровых астеническими проявлениями, снижением сенсорной чувствительности. Механизмы психологической защиты подростков 2 и 3 групп не отличались от таковых у здоровых подростков, механизм психологической защиты «проекция» был даже менее выражен, чем в норме. Оценивая свое здоровье, подростки, находящиеся в стационаре в процессе лечения, оценивали себя как здоровых.

Ключевые слова: стрессовая система, заболевания желудочно-кишечного тракта, расстройства адаптации, подростки, астения, психологические защиты.

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF TEENAGERS WITH DIFFERENT PSYCHOSOMATIC DISEASES

Nikolaeva E.I.^{1,2}, Grekova E.N.^{1,2}

¹Petersburg State Transport University; Herzen State Pedagogical University, klemtina@yandex.ru

²Eletz State University, vesta165@yandex.ru

In the article the comparative analysis of the psychological peculiarities of healthy teenagers (1 group) and teenagers receiving treatment for gastrointestinal disturbances in the hospital (2 group) and for maladjustments with mix emotional and behavioral disturbances, F 43.25 (3 group) was done. The attempt was made to research, are these diseases consequences of the actual psychological problems of the ill teenagers, or they could be explained with early stress system disturbances. It is proposed, that in the first case sick teenagers would have higher levels of the psychological defenses and in the second case it is possible to find the asthenic feelings. Actuality of the work is provided for the attempt to show the possible mechanism of diseases development in adolescence as stress system disturbances in early period of ontogenesis. We have used following methods: inventory «Temperament – formal behavior characteristics» by Ya. Strelau; videotest for emotional intelligence assessing by V.V. Ovsjannikova and D.V. Lusin; inventory “Life style index” by Plutchik, Kellerman, Conte and inventory for astena diagnostic by I.P. Kireeva. Regression and factor analyses have shown, that sick teenagers differed from healthy one with asthenic feelings and decreasing with sensory sensitivity. Mechanisms of the psychological defenses of the sick teenagers did not differ from those children first group and the psychological defense «projection» was less expressed than in norms. The sick teenagers assessed themselves as healthy people although they are staying in hospital. Our data support the notion, that in adolescence the gastrointestinal disturbances and emotional and behavioral maladjustment could be explained with early stress system disturbances, which became obvious because of stormy hormonal rearrangement in this period of ontogenesis.

Keywords: stress system, gastrointestinal disturbances, maladjustments, teenagers, asthenia, psychological defenses.

Заболевания, обусловленные изменением функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы как следствие переживания стрессовых состояний, принято называть психосоматическими [1]. Однако роль биологических и психологических факторов в развитии конкретного заболевания все еще остается недостаточно изученной.

Делались многократные попытки связать определенный психотип с конкретным заболеванием. Это удалось с известными оговорками только для обширной группы заболеваний сердечно-сосудистой системы, развитие которых связывается с типом А [10]. В дальнейшем Г. Айзенк [9] пытался описать тип людей, у которых с большей вероятностью возникнет то или иное раковое заболевание, но его предположения не были подтверждены.

Можно предположить, почему многие усилия, направленные на поиск особых групп людей, имеющих большую вероятность получить тот или иной диагноз, не выявили простой связи между личностными особенностями и развивающимся заболеванием. В рамках изучения стрессовой системы, активной в тех ситуациях, когда организм переживает стресс или испытывает только угрозу переживания стресса, получено много важных данных [8].

Вырабатываемые в процессе функционирования стрессовой системы гормоны отвечают как за развитие стрессовой реакции, так и за ее завершение. Оказалось, что если в раннем детстве (предположительно, до полутора лет) стрессовая система подвергается чрезмерным воздействиям, возможны ее долговременные изменения. Эти изменения обнаружатся не сразу же после воздействия стрессового стимула, но позднее, когда возникнут существенные гормональные перестройки, на фоне которых недостаточность системы реагирования на внешние условия будет особенно заметна [8]. Это обусловлено тем, что вплоть до начала пубертатного периода у детей в норме должна быть гипореспонсивность на стресс – это снижение физиологической реакции на стрессор, механизм, который защищает чувствительную развивающуюся нервную систему от агрессивного действия гормонов стресса [3].

Мощные гормональные перестройки наиболее ярко происходят в подростковом возрасте, одновременно с усилением активности и системы стресса [5]. Можно предположить, что именно ранние срывы гормональной регуляции в период стрессового воздействия приводят к развитию соматического заболевания в подростковом возрасте. Причем тип заболевания будет определяться не столько типом стрессового воздействия или психотипом человека, сколько генетически обусловленными биохимическими процессами в организме в процессе стресса или аллостаза.

В то же время силен и психоаналитический подход к развитию заболеваний, согласно которому не столько особенности реагирования стрессовой системы, сколько восприятие личностью тех или иных проблем, которые необходимо, но сложно решать, и определяют развитие психосоматических заболеваний [3].

Имеющиеся данные позволяют предположить, что в подростковом возрасте в формировании заболевания в большей мере будут влиять именно ранние изменения функционирования стрессовой системы. В момент резких гормональных перестроек

дополнительное воздействие стрессора может привести к неадекватной реализации ответа на интенсивное внешнее воздействие в силу недостаточности работы стрессовой системы, поврежденной в раннем детстве. В то же время в более позднем периоде онтогенеза, развитие заболевания, возникающего вне столь мощных гормональных перестроек, как это происходит в пубертатном периоде, в большей мере будет определяться личностными особенностями человека и типом стрессора. Формирование внутреннего конфликта в этом случае должно сопровождаться усилением механизмов психологической защиты. При развитии заболевания как результата слома стрессовой системы в детстве не должно быть мощных изменений личности и, прежде всего, усиления механизмов психологической защиты. Однако обусловленность формирования заболевания ранним повреждением стрессовой системы должна сопровождаться астеническими явлениями.

Если это так, и в подростковом возрасте формирование психосоматического расстройства в большей мере связано не с внутриличностным конфликтом, но слабостью.

Чтобы оценить большую вероятность того или иного пути развития заболевания, мы исследовали подростков, здоровых и больных, с помощью набора методов, направленных как на выявление механизмов психологической защиты, так и на описание астенических процессов, происходящих в организме. Актуальность такого исследования обусловлена разными подходами к лечению и профилактике психосоматических проявлений в подростковом возрасте.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие младшие подростки 11–13 лет. В группе № 1 «норма» был 51 человек, 23 мальчика и 28 девочек; все учащиеся гимназии. В группу № 2 с «нарушениями и заболеваниями желудочно-кишечного тракта» вошло 53 человека, 27 мальчиков и 26 девочек, которые находились на лечении в детской городской больнице с диагнозами гастродуоденит, гастрит, язвенная болезнь, хеликобактериоз, дискинезия желчевыводящих путей, дисфункция билиарного тракта, функциональное нарушение органов пищеварения и др. В группе № 3 «расстройства адаптации» было 50 чел., 26 мальчиков и 24 девочки, которые находились на лечении в центре психотерапевтической помощи для детей и подростков с диагнозом «расстройства адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения» (F 43.25).

Для исследования особенностей темперамента использовался опросник «Темперамент – формальные характеристики поведения» Я. Стреляу [7]. Темперамент при этом определяется как совокупность формальных и относительно устойчивых характеристик поведения, проявляющихся в энергетическом уровне поведения и во временных параметрах реакций. К временным характеристикам поведения относятся такие черты, как динамичность

(живость) и настойчивость, а к энергетическим аспектам поведения – сенсорная чувствительность, выносливость, эмоциональная реактивность и активность. Степень выраженности этих черт у конкретного человека характеризует особенности его темперамента.

Данный опросник предусматривает дихотомичные ответы «Да/Нет» и позволяет диагностировать испытуемого по 6 шкалам (каждая шкала состоит из 20 вопросов): «динамичность» (тенденция быстро реагировать на различные события и явления, выполнять свои ответные действия в высоком темпе и легко приспосабливать их к особенностям наличной ситуации), «настойчивость» (подразумевает определённое постоянство в поведении, тенденцию к продолжению, возврату и повторению своих действий после завершения вызвавшей их ситуации), «сенсорная чувствительность» (способность субъекта реагировать на слабо выраженную стимуляцию), «эмоциональная реактивность» (тенденция реагировать интенсивно на стимулы, порождающие эмоциональные реакции), «выносливость» (способность адекватно реагировать в ситуации с длительной и/или с сильно выраженной стимуляцией, а также при наличии ярко выраженных внешних посторонних отвлекающих факторов), «активность» (тенденция совершать действия высокой стимулирующей силы).

Вследствие того, что в исследовании принимали участие дети младшего подросткового возраста (11–13 лет), возникла необходимость адаптации опросника «Темперамент – формальные характеристики поведения» к детской аудитории. Таким образом, в отдельные утверждения опросника были введены дополнительные разъясняющие слова или фразы, соответствующие опыту данной возрастной категории, не искажающие смысл и согласованность авторского текста. Кроме того, все дополнения даны в скобках.

Данные об уровне развития эмоционального интеллекта были получены с помощью видеотеста, направленного на оценку эмоционального интеллекта В.В. Овсянниковой – Д.В. Люсина [4].

Эмоциональный интеллект – это способность человека опознавать, вербализовать и управлять своими и чужими эмоциями, а также быть адекватным в эмоциональной ситуации. Методика представляет собой набор шкал для оценки эмоционального состояния другого человека и 7 сюжетов, которые являются материалом для оценивания состояния. Набор шкал состоит из 15 названий эмоциональных категорий (например, гнев, радость, удивление, возбуждение). В инструкции испытуемому предлагается оценить эмоциональное состояние героя сюжета по этим шкалам, согласно нескольким возможным вариантам ответа – от 0 (эмоция не характеризует состояние персонажа в данном сюжете) до 5 баллов (эмоция максимально точно описывает состояние героя данного сюжета). Необходимо указать, что

тестовые баллы представляют собой обратную шкалу, т.е. чем больше тестовый балл, тем ниже способность к идентификации эмоций других людей.

Исследование механизмов психологической защиты (МПЗ) проводилось с помощью опросника Плутчика – Келлермана – Конте [6], который позволяет оценить выраженность следующих видов защиты: отрицание, регрессия, компенсация, рационализация, вытеснение, замещение, гиперкомпенсация, проекция. Опросник содержит 64 утверждения, каждое из которых оценивается в диапазоне от 0 до 3 баллов. Также определяется «общая напряжённость защит», путём суммирования баллов по всем психологическим защитам.

Для определения выраженности астенического состояния был использован опросник для диагностики астении, приведённый в методических рекомендациях И.П. Киреевой [2]. Опросник включает 6 шкал, каждая из которых оценивается в диапазоне от 0 до 3 баллов. Интерпретация зависит от общей суммы баллов.

Кроме того, всех подростков просили оценить собственное здоровье по десятибалльной шкале.

Результаты и их обсуждение

После введения результатов в общую базу данных и количественного анализа был проведен регрессионный анализ, который обнаружил различия между группами только по некоторым шкалам опросников.

Таблица 1

Параметры регрессионного анализа, характеризующие влияние независимой переменной «фактор группы» на исследуемые параметры

Зависимая переменная	R^2	β	Стандартная ошибка	P
сенсорная чувствительность	0,043	-0,207	0,304	0,010
активность	0,024	-0,154	0,404	0,056
астения	0,045	0,211	0,261	0,009
самооценка здоровья	0,027	-0,166	0,200	0,040
проекция	0,023	-0,152	0,499	0,060

Подростки из группы «норма» отличались от больных подростков по параметрам теста Я. Стреляу «сенсорная чувствительность» и «активность». Поскольку коэффициент β в данном случае был отрицательным, можно сказать, что от первой к третьей группе падали сенсорная чувствительность и активность. Очевидно, что здоровые дети будут более активными, а снижение сенсорной чувствительности у больных подростков, скорее всего, является компенсаторным явлением, снижающим чувствительность к боли.

Оценка астении, согласно методике И.П. Киреевой, свидетельствует о нарастании астенического состояния у детей от первой к третьей группе. При этом, согласно самооценке здоровья, подростки предпочитают считать себя здоровыми вне зависимости от диагнозов, полученных в больнице, где они лежат на излечении. Следовательно, объективно по двум методикам (теста Я. Стреляу и методике И.П. Киреевой) фиксируется астеническое состояние у детей, находящихся в стационаре, тогда как внутренне они воспринимают себя здоровыми. Нет основания считать, что соматические проявления в подростковом возрасте есть следствие «бегства в болезнь». Но следствием этого должно быть более внимательное изучение состояния гормональной системы подростка, а не только интенсивная психологическая работа с ним.

Наконец, мы не обнаружили особых психологических защит, отличающих подростков 2 и 3 группы от подростков первой. Более того, типичная для подросткового возраста психологическая защита «проекция» выражена у больных детей даже меньше, чем у здоровых, тогда как другие психологические защиты не отличаются по уровню от такового у здоровых.

Затем был проведен факторный анализ на основе метода главных компонент. Критерий Кайзера-Мейера Олкина составил 0,515, что позволяет использовать результаты для анализа. Было получено 3-факторное решение с процентом объясненной дисперсии 66,9 %. В первый фактор с большим весом вошли самооценка здоровья (0,818) и с обратным знаком астения (-0,565). Его можно назвать самоощущением здоровья. Во второй фактор вошли эмоциональный интеллект (0,809) и с обратным знаком сенсорная чувствительность (-0,753), что свидетельствует о том, что чем более снижена сенсорная чувствительность, тем лучше подросток умеет вербализовать собственные и чужие эмоции. Его можно назвать фактором описания эмоций. Наконец, третий фактор включал психологическую защиту «проекция» (0,878). Чем выше номер группы, тем менее востребован механизм психологической защиты «проекция».

Таким образом, мы показали, что отличие здоровых подростков от больных не связано с особенностью механизмов психологической защиты. Но при этом у подростков с поставленными диагнозами отмечаются все признаки астении, засвидетельствованные с помощью разных методик. Более того, снижение сенсорной чувствительности как компенсации формирования болевых симптомов ведет к увеличению уровня эмоционального интеллекта. Возможно, это связано с необходимостью объяснить изменения собственного эмоционального состояния.

Мы не отметили признаков более выраженного действия механизмов психологической защиты. Однако отмечено желание подростков быть здоровыми, поэтому, находясь в больнице, они завышают самооценку собственного здоровья.

Все данные свидетельствуют о том, что в подростковом возрасте развитие психосоматического заболевания может быть не столько следствием событий, которые происходят с подростком, сколько сломом стрессовой системы, которое могло происходить в раннем детстве, однако проявилось тогда, когда существенно возросла нагрузка на организм и систему стресса вследствие резкого изменения гормонального статуса подростка.

Выводы

1. Подростки с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и подростки с расстройствами адаптации отличаются от здоровых подростков более выраженными астеническими состояниями, снижением активности и повышенной сенсорной чувствительностью.
2. Структура психологических защит не отличается у подростков разных групп, но у больных подростков выявлено снижение типичной для этого возраста психологической защиты «проекция».
3. Выдвигается предположение, что заболеваемость в подростковом возрасте в большей мере связана не с внутренним конфликтом, но с ранним повреждением стрессовой гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Работа поддержана грантом РГНФ 14-06-00195.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение = Psychosomatic Medicineit`s Principles and Applications / пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Эксмо-Пресс, 2002.
2. Киреева И.П. Педиатру-онкологу: Методические рекомендации под редакцией А.А. Северного. – М.: Ассоциация детских психиатров и психологов, 1999.
3. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал. – 2004. – Т.25. – № 2. – С. 75–85.
4. Люсин Д.В., Овсянникова В.В. Измерение способности к распознаванию эмоций с помощью видеотеста // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 6. – С. 82-94.
5. Николаева Е.И. Психофизиология. – М.: Пер СЕ, 2008. – 420 с.

6. Николаева Е.И., Гаджибабаева Д.Р. Сравнительный анализ личностных особенностей подростков, проживающих в семье и в интернате (на примере Дагестана) // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2011. – Т. 2, № 14. – С.70-73.
7. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. – Мытищи: Талант, 1996. – 144 с.
8. Райс Ф., Долджин К. Психология подросткового и юношеского возраста = The Adolescent. Development, Relationships, and Culture / под ред. Е. И. Николаевой. – СПб.: Питер, 2010.
9. Рассказова Е.И. Роль нарушений когнитивной и эмоциональной регуляции в возникновении соматических симптомов // Вопросы психологии. – 2013. – № 6. – С. 87-97.
10. Стреляу Я. Митина О., Завадский Б., Менчук Т. Методика диагностики темперамента (формально-динамических характеристик поведения). – М.: Смысл, 2007.
11. Charmandari E., Kino T., Souvatzogou E., Chrousos G.P. Pediatric stress: hormone mediators and human development // Horm. Res. 2003. V.59. P. 161-179.
12. Chrousos G.P. Stress and disorders of the stress system // Nat. Rev. Endocrinol. 2009. V.5, no. 7. P. 374-381.
13. Eysenk H.I. Relationship between intelligence and personality // Perceptual and Motor Skills. 1971. V.32. P.637-638.
14. Friedman M., Rosenman R.H. Type A behavior and your heart. N.Y.: Knopf, 1974.

Рецензенты:

Ситников В.Л., д.псих.н., заведующий кафедрой «Прикладная психология» Петербургского университета путей сообщения императора Александра I, г. Санкт-Петербург;

Барышева Т.А., д.псих.н., профессор кафедры педагогики начального образования и художественного развития ребенка РГПУ им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург.