
КЛЕВЕЦ Л.Н.

старший преподаватель кафедры
философии и социально-
гуманитарных дисциплин,
Донецкий национальный
медицинский университет
им. М.Горького

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВАХ СТУДЕНТОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

В данной статье рассматриваются психологические причины психосоматических заболеваний студентов, анализируются специальные исследования.

Ключевые слова: психосоматика, психологический генез, депрессии, психологическое обследование

В даній статті розглядаються психологічні причини психосоматичних захворювань студентів, аналізуються спеціальні дослідження.

Ключові слова: психосоматика, психологічна генеза, депресії, психологічне обстеження.

This article researches psychologic courses of psychosomatic illnesses of students, analysis special researches.

Key words: psychosomatic, psychology genesis, depressions, psychology check.

Проблема психосоматических расстройств студентов является одной из актуальных в структуре их заболеваний. Об этом свидетельствует мировая врачебная психологическая практика. В связи с этим **цель** нашего исследования – показать психологический фактор

как этиологический при психосоматических расстройствах студентов Вузов. **Задача работы** – проиллюстрировать и вскрыть параметры этого заболевания у студентов.

Прежде чем подтверждать основную гипотезу нашего исследования, напомним о том, что еще классики

© Клевец Л.Н., 2012

психофизиологии и современные ученые в этой области знания доказали взаимосвязь психологии и физиологии, положив начало психосоматическому направлению в психологии и медицине: Павлов И.П., А.Адлер, Г. Селье, Ф. Перлз и др.

Так, в исследованиях Павлова И.П. было доказано влияние чрезмерных по силе и длительности раздражителей на функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС). А.Адлер выдвинул гипотезу о том, что процесс компенсации в психической сфере - это не только компенсация недостаточности органа, но и появление субъективного чувства неполноценности, развивающегося из ощущения психологического или социального бессилия. Канадский физиолог Г. Селье сформировал теорию психосоматического стресса. Стресс он разделил на два вида: эустресс (нормальный) и дистресс (патологический). Также им были сформулированы виды возможных реакций организма на стресс: реакция стресса, пассивность, активная защита от стресса, активная релаксация (расслабление). В работах Ф. Перлза были исследованы взаимосвязи психологической и физиологической функций организма человека. При этом он обосновал взаимозависимость их при комплексном изучении и лечении. [1, с.180].

Существует несколько моделей формирования психосоматических расстройств: а) психофизиологическая, б) психодинамическая, в) системно-теоретическая, г) социопсихосоматическая.

Психосоматическая медицина различает три группы психосоматических расстройств: конверсионные симптомы; функциональные синдромы (органные неврозы); психосоматические заболевания (психосоматозы).

К классическим психосоматическим заболеваниям, называемым «святой семеркой», относят болезни, роль психологических факторов в этиопатогенезе которых считается до-

казанной: 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.

Работа над классической специальной литературой по данной тематике вывела нас на ряд авторов и медицинских учреждений, ведущих исследования по данной проблеме.

Для сравнения с нашими результатами, мы заимствуем обширный материал российского ученого Р. Габидулина. Так, он излагает результаты обследования по депрессиям студентов США. Согласно исследованию, проведенному Американской Медицинской Ассоциацией, но больше всего среди многих ВУЗов США депрессией страдают студенты-медики. В частности, в их исследовании отмечается, что студенты-медики сталкиваются с депрессией, эмоциональным выгоранием и другими психическими проблемами чаще, чем остальные люди, при этом их психическое здоровье ухудшается на протяжении учебы. У будущих врачей чаще встречаются суицидальные мысли и попытки, у них чаще происходит эмоциональное выгорание, а качество жизни у них ниже чем, у других людей того же пола и возраста, - цитирует авторов исследования Р. Габидулин. Любопытно, что при этом студенты-медики получают профессиональную помощь реже, чем люди, далекие от медицины. [2].

Т. Швенк из Мичиганского Университета (США) и его коллеги провели исследование распространенности депрессии и суицидальных мыслей у студентов-медиков. В сентябре-октябре 2009 года обследуемые попросили всех студентов Мичиганской Медицинской Школы заполнить специально созданный вопросник. Свои ответы дали 65,7% студентов (505 из 769). В результате оказалось, что среднестате-

лая и тяжелая депрессия выявилась у 14,3% студентов. Девушки страдали этими формами депрессии чаще, чем юноши (18% и 9% соответственно). 4,4% студентов думали о самоубийстве хотя бы раз во время обучения на медицинском факультете. Первокурсники и второкурсники думали о суициде реже, чем третьекурсники и четверокурсники (1,4% и 7,9% соответственно). [2].

Студенты, страдающие депрессией, чаще, чем те, кто не испытывал депрессии, вели себя в социуме менее уверенно и адаптивно и считали, рискованным признаваться в своем состоянии кому-либо, так как депрессия говорит о социально-психологическом неумении справиться с ситуацией. Студенты со среднетяжелой и тяжелой формами депрессии чаще избегали социума и полагали, что товарищи по учебе не поймут их и не будут считаться с их мнением, если узнают об их состоянии.

Юноши чаще, чем девушки, вели себя менее уверенно и считали, что будущий врач с депрессией может навредить пациенту (36,3% и 20,1% соответственно). Младшекурсники чаще, чем старшекурсники полагали, что обратившись за помощью, они будут выглядеть глупее (34,1% и 22,9%). Студенты с более серьезной депрессией менее всего склонны обращаться за профессиональной помощью вообще. [2].

Результаты исследования говорят о необходимости улучшения профилактики, диагностики и лечения депрессии. Американские медики сделали вывод о необходимости психологического укрепления и подготовки будущих врачей.

Имеется другое исследование студентов-медиков и врачей-интернов группой американских ученых. В исследование были вовлечены более двух тысяч человек из разных медицинских учебных заведений США. Его результаты говорят о том, что депрессия остается серьезной проблемой для

студентов-медиков. Так, 21,2% из них имеют признаки депрессии. Значение этого показателя у их сверстников значительно ниже (8% - 15%). Что касается сравнения студентов-медиков друг с другом, то тяжелее всех приходится студентам 2 курса, среди которых симптомы депрессии встречаются наиболее часто. [2].

Точно такой же результат был получен и в России. Исследование Р. Габидуллина, проведенное в 2009г. также показало, что студенты медики страдают депрессией чаще своих сверстников. Автор исследования отметил, что получение медицинского образования связано с постоянными стрессами как у студентов, так и у интернов Р. Габидуллин считает, что свой вклад в стресс вносят: большой объем работы, недостаток сна, трудности с пациентами, неудовлетворительные условия обучения, финансовые проблемы, перегрузка информацией и даже планирование дальнейшей карьеры. Эти факторы часто оказывают негативное воздействие на успеваемость, физическое и психологическое самочувствие студентов и интернов, делая их более восприимчивыми к депрессии.

При этом Р. Габидуллин пишет: «Нельзя сказать, что в России обстановка точно такая же. Все таки, в исследовании участвовали американцы. Но к сожалению, исследования психического здоровья медиков подобного масштаба, которые были бы проведены в нашей стране, мне неизвестны. Но есть все основания полагать, что российские студенты и интерны подвержены депрессии не меньше, чем их западные коллеги». [2].

В медицинском глобальном сообществе депрессию иногда называют чумой XXI века. Ежегодно этот диагноз получают четверть миллиарда человек. В благополучных США депрессии пятой части населения обходятся экономике в 47,5 млрд. долларов в год. Для сравнения: расходы на лечение сердечно-сосудистых и легочных забо-

леваний составляют соответственно 43 и 18 млрд.

Исследование, проведенное психологами в середине 90-х годов в Москве, показало, что у 68% обратившихся в районные поликлиники по разным поводам имелись явные признаки депрессии. Ученые считают, что хоть раз в жизни через это состояние проходят около 25% женщин и 10-15% мужчин. [2].

Американские ученые провели исследование по выяснению места и роли психологического фактора как этиологического. Чтобы узнать это, Лорен Эллой и Лин Абрамсон провели сравнительный анализ поведения студентов, испытывающих легкую депрессию, и студентов в нормальном состоянии. Исследователи просили студентов пронаблюдать, связано ли нажатие кнопки с последующей вспышкой света. К удивлению исследователей, испытуемые, пребывающие в состоянии депрессии, достаточно точно оценивали, в какой степени они могли контролировать происходящее. Неверные, искаженные, оценки высказывали студенты, не страдающие депрессией, — они явно преувеличивали границы своих возможностей контролировать ситуацию, пришли к выводу американские и российские ученые. [3, с.166-177].

Это говорит о нарушении степени самоконтроля и своих навыков. Шелли Тейлор приводит такое сравнение: «Люди в нормальном состоянии преувеличивают свою компетентность и привлекательность для окружающих; страдающие депрессией — не преувеличивают. Люди в нормальном состоянии вспоминают свое прошлое в розовом свете; страдающие депрессией (за исключением тех, кто переживает очень сильную депрессию) более справедливы в оценке своих прошлых успехов и неудач. Люди в нормальном состоянии описывают себя в основном позитивно; страдающие депрессией описывают и свои положительные, и свои отрицательные качества. Люди в

нормальном состоянии приписывают себе заслуги в случае успеха и, как правило, отрицают свою ответственность при неудаче. Страдающие депрессией принимают на себя ответственность и за успехи, и за провалы. Люди в нормальном состоянии преувеличивают степень своего контроля над происходящим вокруг; страдающие депрессией меньше поддаются подобного рода иллюзиям. Люди в нормальном состоянии безоговорочно верят в то, что будущее преподнесет много хорошего и мало плохого. Страдающие депрессией более реалистичны в восприятии будущего. Фактически в любом случае там, где люди в нормальном состоянии демонстрируют чрезмерное самоуважение, иллюзию контроля и далекое от реальности видение будущего, люди в депрессии не выказывают подобных пристрастий. Оказывается, депрессия делает людей не только печальнее, но и мудрее.» [2].

Американские ученые отметили, что в основе мышления людей в состоянии депрессии лежит психология приписывания себе ответственности за все с ними происходящее: если вы провалились на экзамене и обвиняете в этом себя, то можете прийти к заключению, что вы глупы или ленивы, и впасть в депрессию. А если вы приписываете неудачу несправедливому отношению или каким-то другим обстоятельствам, вам неподвластным, то, скорее всего, вы просто разозлитесь. В более чем 100 исследованиях, в которых участвовало 15 000 испытуемых, страдающие депрессией были более, чем не страдающие, склонны демонстрировать негативный стиль объяснения. Они с большей легкостью приписывали неудачу причинам устойчивым («Это будет продолжаться вечно»), глобальным («Это повредит всему, что я делаю») и внутренним («Я сам во всем виноват»). Результатом подобного пессимистичного, чрезмерно обобщенного, самообвиняющего мышления является, по словам Абрамсон и ее коллег (1989),

угнетающее чувство безнадежности. [2].

Симптомы депрессии могут быть разными и хорошо известны: беспросветная тоска, апатия, чувство одиночества, неистребимое чувство вины, беспомощности и никчемности, ненужности, нежелание никого ни видеть, ни слышать, ни вообще выходить из дома, бессонница или сон сутки напролет, излишняя тяга к холодильнику или потеря интереса к гастрономическим и, вообще, любым житейским удовольствиям, неспособность сосредоточиться на простейших домашних делах.

Изученная нами научная работа зарубежных коллег подтверждается нашими исследованиями студенческой аудитории медицинского Вуза. Пропуская через свое сознание и учебу, и досуг, и адаптацию к студенческому социуму, и своему новому статусу, студенты испытывают огромное напряжение, которое нередко выражается в формах агрессии, враждебности, депрессии и даже предрасположенности к психосоматическим расстройствам. В напряжении находятся: познавательные процессы (ощущение, восприятие, мышление, память). На их основе в этом состоянии у студента формируется совокупность знаний об окружающем мире, дифференцируется «Я» и «не Я» (сюда входят самосознание, самопознание, самооценка); отношение студента к себе и окружающему миру (его чувства, эмоции, переживания); в студенческие годы развивается креативная (творческая) составляющая (сознание формирует новые образы и понятия, с помощью воображения, мышления, интуиции), которых ранее не было; формируется мировоззрение (память хранит образы прошлого, воображение формирует модели будущего); формируется профессионализм (исходя из потребностей, сознание формирует цели профессиональной деятельности будущего врача – хирург, терапевт, стоматолог и т.д. и направ-

ляет студента на их достижение).

Мы обследовали 200 студентов медицинского вуза. Примененные нами «Методики измерения уровня тревожности Тейлора (адаптация Норакидзе)» и «Шкала реактивной личностной тревожности Спилберга – Ханина» показали практически одинаковые результаты. Из 200 студентов – 20% имели высокую тревожность, остальные – умеренную. «Торонтская Алекситимическая шкала» выявила предрасположенность к депрессивным расстройствам у 28% студентов. Такие же результаты были получены по «Шкале депрессии (тест адаптирован Т.И. Балашовой в НИИ им. Бехтерева)» и «Опроснику Бека» Также зафиксированы студенты с эмоциональным выгоранием и невротическими состояниями, стрессами, высоким уровнем тревожности. В группах встречались студенты с агрессивной и враждебной формами поведения, слабоадаптивные и недоверчивые (находящиеся в постоянном страхе) к сокурсникам.

Стрессовые ситуации возникают довольно часто в жизни студента, поэтому данный вопрос очень актуален вне зависимости от курса, возраста, национальности и половой принадлежности. Стресс нередко приводит к более серьезным расстройствам, как например, депрессиям. Стресс – обычное и часто встречающееся явление.

Исследования студентов показали, что физиологическими последствиями стресса оказались язвы, мигрень, гипертония, боль в спине, артрит, астма и боли в сердце. Психологическими проявлениями выявились раздражительность, потеря аппетита, депрессия, пониженный интерес к межличностным и сексуальным отношениям. К причинам стресса мы отнесли: катастрофическую нехватку времени, постоянные недосыпания, спешку, внутреннее напряжение, иногда недовольство собой и чувство неудовлетворенности от учебы и жиз-

ни, частые конфликты, комплекс неполноценности, нежелание общаться и делиться своими проблемами, унижение личности. Неблагоприятные факторы (стрессоры) в студенческой среде вызывают реакцию стресса. Из этого следует, что стресс либо достаточно долго продолжается и студент находится в постоянном стрессовом состоянии, либо возникает довольно часто и постоянно возобновляется.

Одной из практических проблем психологической концепции стресса, для нас явился вопрос об эндогенных механизмах самозащиты студента от него. В связи с этим мы исследовали физиологическую связь стресса и психосоматической системы организма, а также наметили возможные механизмы самозащиты.

Наши лонгитюдные исследования показали, что частые стрессы приводят к истощению адаптационной защитной системы организма студента, что, в свою очередь, может стать причиной психосоматических расстройств. Поскольку существуют активная и пассивная защиты от стресса, то медвузе широко развиты смена деятельности, поиски культурных форм достижения душевного равновесия (спорт, музыка), активная релаксация, которые повышают природную адаптацию человеческого организма – как психического, так и физического. Имеются и пассивные студенты, адаптационный резерв которых недостаточен и организм не способен противостоять стрессу. В этом случае нами фиксировалось состояние беспомощности, безнадежности, депрессии.

Одной из актуальных проблем в студенческой среде явился феномен «враждебности». В соответствии с Barefoot мы рассматривали враждебность как антагонистическое отношение к людям (сокурсникам), включающее когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты. Аффективный – ряд взаимосвязанных эмоций (гнев, раздражение, обиды, негодование, отвращение и т.п.)

Когнитивный компонент включает негативные убеждения в отношении человеческой природы в целом (цинизм) и убеждения в недоброжелательности других людей по отношению к самому субъекту (враждебные атрибуции, недоверие). Поведенческий компонент – формы проявления враждебности в поведении, (часто скрытые, – агрессию, негативизм, нежелание сотрудничать, избегание общения и т.д.). [4, с. 165-166].

В студенческой среде враждебность проявилась в форме негативного, оппозиционного отношения к сокурсникам преимущественно когнитивного характера, подразумевающее наличие негативных эмоций и поведенческих проявлений в виде агрессии, негативизма, аутизации, слабой адаптации и социализации, а также неумении строить свою самозащиту.

Таким образом, изучив зарубежную литературу по психосоматическим заболеваниям психологического генеза, мы предлагаем психокоррекционные программы по данным И.Г. Малкиной – Пых, направленные по следующим векторам: во-первых, на коррекцию Я, достижение объективности собственной оценки, реабилитацию Я в собственных глазах и достижение уверенности в себе; во-вторых, на коррекцию системы ценностей, потребностей, их иерархии, приведение притязаний в соответствие со своими психофизическими возможностями; в-третьих на коррекцию отношения к другим, достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов, приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов; в-четвертых на коррекцию неадекватного образа жизни и подавленности; в-пятых, актуальность данной проблематики не вызывает сомнения и требует своего дальнейшего научного исследования.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Богданов И.А. Проблема развития современной психосоматической науки.// *Мультикультурність та етнокультурність людського світу*. – Матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Т. 1., Донецьк, 2011. – с. 180-181 (196 с.).
2. WWW.FESMU.RU
3. Илларионова Е.А. Социокультурная адаптация иностранных студентов к условиям обучения в Украине.//*Мультикультурність та етнокультурність людського світу*. – Матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Т. 1., Донецьк, 2011. – с. 166-167 (196 с.).
4. Никифорова А.А. К вопросу восстановления духовного и психологического здоровья студентов.//*Мультикультурність та етнокультурність людського світу*. – Матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Т. 2., Донецьк, 2011. – с. 165-166
5. Клевец Л.Н. Проблема самозащиты при стрессах.Філософія здоров'я: гуманітарно-освітній аспект.// Матеріали Міжгалузевої регіональної науково-практичної конференції 29 березня 2011 року. Т.2., Донецьк, 2011. – 348 с.
6. Дорошко Е.С. Стресс как психическое явление.//*Мультикультурність та етнокультурність людського світу*. – Матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Т. 2., Донецьк, 2011. – с. 277.