

**С. Г. Агалаков,**

врач-психотерапевт, аспирант каф. клинической психологии  
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова

**С. П. Егорченко,**

психолог, медицинский центр «Вита», г. Одесса

## РОЛЬ НИЗКОЙ САМООЦЕНКИ В СОЧЕТАНИИ С ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РАЗВИТИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ, НЕВРОТИЧЕСКИХ И АДДИКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В данной статье мы бы хотели осветить корреляционные взаимоотношения между таким психологическим феноменом, как эмоциональная зависимость от других людей (в дальнейшем — созависимость) в сочетании с низкой самооценкой, и развитием психосоматических, невротических и аддиктивных заболеваний, возникающих на фоне действия различных фрустрирующих агентов, субъективно воспринимаемыми как стрессовые.

**Ключевые слова:** психосоматическая медицина, неврозы, аддиктивные заболевания, эмоциональная зависимость, самооценка.

Актуальность и злободневность данной тематики обусловлена тем, что, в отличие от биологических факторов, свойственных человеку, целесообразность которых подтверждена всей историей существования человечества, и изменяющихся лишь в очень узких пределах, нам также свойственны многие психические факторы, адаптивные возможности которых в современных условиях информационного бума и новейших технологий, влияния СМИ и повышенной стрессогенности оставляют желать лучшего. Прежде чем приступить к выполнению поставленной задачи, считаем необходимым вкратце остановиться на определении основных понятий и напомнить, что, согласно ВОЗ, под здоровьем понимается не только отсутствие каких бы то ни было заболеваний, но также психическое и социальное благополучие. Воздействие ряда психологических параметров на состояние здоровья в условиях действия длительного стресса описаны нами ранее [1, 2, 3, 4]. В данной же статье попытаемся проследить влияние на состояние здоровья таких достаточно малоизученных в таком аспекте факторов, как эмоциональная созависимость и низкая самооценка.

Вкратце рассмотрим причины созависимости, которая характерна для большинства взрослого населения различных европейских стран и США и является источником большей части человеческих страданий. Созависимость — это приобретенное дисфункциональное поведение, возникающее вследствие незавершенности решения одной или более задач развития личности в раннем детстве. С момента рождения и до трех лет ребенок завершает решение ряда задач своего развития, переживая и по-своему преодолевая три кризисных периода — кризис новорожденности (до 1 ме-

сяца), кризис 1 года, кризис 3 лет [5]. Наиболее важной психологической задачей развития в этот период является установление доверия между матерью и ребенком. Если установление базового доверия или связи завершилось успешно, то ребенок чувствует себя в достаточной безопасности, чтобы заняться исследованием внешнего мира и в последующем, в возрасте двух — трех лет завершить свое так называемое второе, или психологическое рождение. Психологическое рождение происходит тогда, когда ребенок научается быть психологически независимым от своей матери и ближайшего окружения. Важным навыком, который приобретает ребенок при успешном завершении данной стадии развития, является умение полагаться на свою внутреннюю силу, то есть заявлять о себе, а не ожидать, что кто-то другой будет управлять его поведением. У ребенка развивается ощущение своего «Я», которое дает ему возможность научиться брать на себя ответственность за свои действия, делиться, взаимодействовать и сдерживать агрессию, адекватно относиться к авторитету других, выражать свои чувства словами и эффективно справляться со страхом и тревогой. Если эта стадия не завершена до конца, ребенок становится психологически зависимым от других и не имеет своего четко ощущаемого «Я», которое выделяло бы его среди других людей, рождало чувство независимости и уверенности в собственных силах при совладании с фрустрирующими ситуациями [6].

Как показало наше исследование, в дальнейшем у таких индивидуумов могут развиваться психосоматические, невротические или, при использовании неадаптивных коупинг-стратегий, аддиктивные заболевания.

К сожалению, наша социальная культура не дает ни соответствующих моделей, ни адекватной информации о роли обоих родителей. В результате влияния нашей культуры родители совершают целый ряд поступков, которые могут помешать отделению и дифференциации. Зависимые дети сосредоточены на внешних вознаграждениях и игнорируют свои внутренние желания и чувства. Прежде чем рассмотреть связи созависимости с развитием заболеваний психосоматического и невротического регистра, остановимся на кратких формулировках понятий, созвучных представлениям автора.

Психосоматика (греч. *psyche* — душа, *soma* — тело) — направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивидуума, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то

одной подсистемы — психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обуславливают картину органического страдания, его длительность, течение и, возможно, резистентность к терапии. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме (Радченко, 2002).

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

1. Конверсионные симптомы. В данном случае невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

2. Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Ф. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органами невротизма [7].

3. Психосоматозы — психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов: бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной

кишки, гипертиреоз. Позже этот список расширился — к психосоматическим расстройствам относят онкологические, инфекционные и ряд других заболеваний.

Также следует остановиться на одном из наиболее распространенных хронических заболеваний, каковыми являются невроты. По мнению некоторых исследователей, это характерная болезнь нашего времени, неразрывно связанная с развитием цивилизации и техники.

В последние годы у все большего количества людей отмечаются невротические симптомы. Сегодня частое диагностирование невротозов связывают с доступностью и улучшением медицинской помощи, победой над многими инфекционными болезнями, которые доминировали раньше, а также новыми тенденциями в медицинской психологии и психотерапии. Существенную роль также играет увеличение невротических факторов, к которым, прежде всего, относятся: постоянная спешка, длительные психические переживания, частые физические и нервные напряжения; длительная внутренняя борьба, необходимость скрывать гнев, другие негативные эмоции; ослабляющее воздействие многих заболеваний (инфекционных, эндокринных, травм и т. д.); нарастающее чувство соперничества и необходимость достижения успеха; урбанизация, влекущая за собой уменьшение жизненного пространства; необходимость общения с большим количеством людей; шум и прочие вредные физические и химические явления; изменение структуры семьи (большие, состоящие из нескольких поколений семьи за последние несколько десятков лет превратились в семьи, состоящие из двух поколений); ослабление межличностных контактов, которые зачастую ограничиваются чисто формальными отношениями; кризис в семье. Эти факторы представляют собой главным образом психологические причины появления невротозов. Считается, что невротические симптомы наблюдаются у 20—30 % людей, а в некоторых особенно предрасположенных к этому недугу средах — до 80 и 90 %. Такая частота развития невротозов характерна, например, для моряков, телефонисток, работников торговли, людей, проживающих в мегаполисах.

Неврот — общее название группы заболеваний, причиной которых является неправильная реакция на какой-нибудь отрицательный эмоциональный или внешний раздражитель, а симптомы имеют активный характер. Кроме функциональных нарушений врач, проводящий обследование, как правило, не констатирует никаких других изменений физического состояния. Неврот может наступить после переживаний определенных страхов, например, спортсменов, который перенес травму, позднее будет бояться похожих ситуаций. Такие же симптомы могут появиться у водителей после несчастного случая. Нередко они в течение долгого времени переживают случившееся, а потом уже не могут сесть за руль. Чаще всего неврот развивается вследствие воздействия отрицательных раздражителей, которое продолжается довольно долго. Иногда речь идет об одних и тех же факторах, в других случаях несколько разных причин накладываются друг на друга. В зависимости от устойчивости психики человека, а также врожденных особенностей неврот может развиваться после более или менее продолжи-

тельного стресса. К появлению невроза приводят личностные переживания и часто повторяющиеся стрессы разной степени сложности. Конечно же, очень важную роль в их развитии играют так называемые опосредованные факторы, такие как окружение, в котором находится человек, общественная позиция, удовлетворение, получаемое от работы, материальная ситуация, общее состояние здоровья. Каждый из этих факторов (если является неблагоприятным) может ускорить возникновение невротических симптомов либо стать причиной того, что невроз не разовьется или будет иметь вялотекущий характер.

Неврозы составляют 20—25 % среди психических заболеваний. К общим проявлениям неврозов относятся: расстройства самочувствия, эмоциональные расстройства, нарушения психических функций, расстройства волевых функций и влечений, нарушения со стороны внутренних органов и систем организма (соматовегетативные расстройства). Расстройства самочувствия включают в себя постоянное ощущение вялости, разбитости (особенно по утрам), повышенной утомляемости.

К эмоциональным расстройствам относятся неустойчивость настроения, повышенная раздражительность, излишняя чувствительность и впечатлительность. Нарушения психических функций — это, прежде всего, ухудшение памяти (забывчивость, ослабление запоминания), внимания (невозможность надолго сконцентрироваться на проблеме, быстрая истощаемость или отвлекаемость). Больных постоянно посещают пессимистические мысли, порой беспричинно беспокоят неприятные ощущения, могут также ухудшаться зрение и слух. Расстройства волевых функций и влечений проявляются нарушением аппетита, снижением инстинкта самосохранения, нарушениями в сексуальной сфере.

Этиологию и патогенез аддиктивных заболеваний мы в настоящей статье не рассматриваем, интересующиеся могут обратиться к работам классиков отечественной наркологии [8, 9]. Отметим лишь, что в нашем исследовании большинство участников (76 %) употребляли психоактивные вещества (ПАВ) в виде алкоголя и наркотиков с целью уменьшения внутреннего напряжения, снижения тревоги и расслабления.

Также не станем подробно останавливаться на характеристиках и длительности воздействия стрессовых факторов, механизмы повреждающего действия которых изучены и описаны Г. Селье [10], перечислим лишь основные из них: хронические прогрессирующие заболевания ребенка, длительные конфликтные отношения в собственных и родительских семьях, личная неуверенность в завтрашнем дне и социальная нестабильность, вызывающие повышенную тревожность.

Исходя из вышесказанного, вычленение и изучение личностных факторов, способствующих либо препятствующих возникновению и дальнейшему развитию вышеперечисленных заболеваний, является актуальной научной и важной государственной задачей. Одними из таких факторов являются, с нашей точки зрения, эмоциональная зависимость от других людей и неадекватная самооценка. Учитывая малую освещенность данного вопроса в научной литературе, мы решили изучить корреляционные связи между

указанными психическими феноменами и развитием психосоматической, невротической и аддиктивной патологии. С этой целью были сформированы 4 группы: 1-ю группу составили 25 женщин, обратившихся за психологической и психотерапевтической помощью в психореабилитационные центры «ЛАНА», «Ваше здоровье» по поводу эмоциональных нарушений различной степени выраженности. В процессе беседы было выяснено, что все они находились на диспансерном учете у врачей по поводу различных хронических заболеваний и получали соответствующую медикаментозную терапию, а именно: 9 женщин (36 %) — у терапевта, по поводу гипертонической болезни (ГБ) II — III степени, ишемической болезни сердца (ИБС); 6 женщин (24 %) — у онколога, по поводу злокачественных новообразований; 4 женщины (16 %) — у гастроэнтеролога, по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; 4 женщины (16 %) — у невропатолога, по поводу преходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК); 2 женщины (8 %) — у проктолога, по поводу неспецифического язвенного колита. Средний возраст в данной группе составил 37,9 года.

2-ю группу составили 19 человек (5 мужчин и 14 женщин), также обратившихся в психореабилитационные центры «ЛАНА», «Ваше здоровье» с различными жалобами на состояние здоровья. Основными жалобами для 1 мужчины и 13 женщин были жалобы на повышенную утомляемость, частые головные боли, эмоциональный дискомфорт, различные нарушения сна в виде нарушения засыпания и частых пробуждений, а также отсутствие чувства свежести и отдыха утром после пробуждения. Ранее по поводу перечисленных жалоб обращались за медицинской помощью к участковым терапевтам, получали симптоматическое лечение, но к специалистам не обращались, специфического лечения и психотерапии не получали. Остальные 5 человек состояли на диспансерном учете у психоневрологов и получали медикаментозную терапию, а именно: 3 человека (2 мужчины и 1 женщина) — по поводу периодически возникающих панических атак, 1 мужчина — по поводу агорафобии и 1 мужчина — по поводу клаустрофобии. Средний возраст в данной группе составил 33,4 года.

3-ю группу составили 28 человек (25 мужчин и 3 женщины), находящихся на стационарном лечении в медицинском центре «ВИТА» по поводу зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), при этом 16 мужчин и 2 женщины проходили курс лечения по поводу наркозависимости, а оставшиеся 9 мужчин и 1 женщина — по поводу алкоголизма 1–2 ст. Других жалоб со стороны здоровья исследуемые данной группы не предъявляли и на диспансерном учете у врачей не состояли. Средний возраст в данной группе составил 29,8 года.

4-ю группу, контрольную, составили 29 человек (19 женщин и 10 мужчин) — студенты кафедры клинической психологии ОНУ им. И. И. Мечникова, не имеющие проблем со здоровьем, не состоящие на диспансерном учете у врачей и не предъявляющие никаких жалоб на состояние физического и психического здоровья и благополучия. Средний возраст в данной группе составил 34,8 года.

На момент обследования и тестирования все исследуемые находились в ясном сознании, им были объяснены цели и функции данного исследования и получено от них добровольное согласие на участие в исследовании.

Для исследования уровней самооценки и степеней созависимости нами применялись соответствующие тесты Б. Уайнхолд и Дж. Уайнхолд, позволяющие на основе суммирования ответных баллов на каждое утверждение теста получить уровень общей самооценки каждого участника, а также самооценку по 4 важнейшим областям, а именно: А — самооценка собственного умения устанавливать контакты; Б — самооценка собственного умения принимать себя; В — самооценка собственного умения влиять на других людей; Г — самооценка собственного постоянства. В следующем тесте данных авторов также на основе суммирования ответных баллов на каждое утверждение теста удалось получить уровень степеней созависимости испытуемых.

Математическая и статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием критерия Фишера ( \*) [11].

Полученные результаты приведены в табл. 1, 2.

Таблица 1

## Уровни самооценки в исследуемых группах

Факторы	Группы			
	1	2	3	4
Общая самооценка	56**	69*	55**	76
А	14*	18	13*	19
Б	16*	19	17*	22
В	14	16	16	16
Г	13**	16*	12**	21

\* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,001$

24–48 — низкая самооценка в большинстве областей

49–72 — низкая самооценка в некоторых областях

73–96 — высокая самооценка в большинстве областей

Как видно из приведенной таблицы, имеется достоверно пониженная общая самооценка в 1, 2 и 3-й группах по сравнению с контрольной, особенно это выражено в 1-й и 3-й группах. Эта же тенденция сохраняется во всех исследуемых областях, за исключением категории В (умение влиять), где разницы между группами не обнаружено.

Таблица 2

## Степени созависимости в исследуемых группах

Уровень созависимости	Группы			
	1	2	3	4
	52*	44	48*	43

\* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,001$

60–80 — очень высокая степень созависимости

40–59 — высокая степень созависимости

30–39 — средняя степень созависимости/контрзависимости

20–29 — очень малая степень созависимости / или высокая степень контрзависимости

Как видно из приведенной таблицы, имеется высокая степень созависимых моделей поведения во всех исследуемых группах, но опять же в 1-й и 3-й группах степень созависимости достоверно выше, чем в контрольной группе.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о значительной важности адекватно высокой самооценки в сочетании с обретением истинной независимости и принятием ответственности за свою жизнь для сохранения психического и физического здоровья. Низкая самооценка своих коммуникативных навыков, принятия себя и собственного постоянства в сочетании с высокой степенью зависимых моделей поведения способствует возникновению и развитию невротических и психосоматических заболеваний, а при неадекватных коупинг-стратегиях — развитию аддиктивных заболеваний.

## **Литература**

1. Агалаков С. Г. Динамика процессов смыслообразования и психовегетативных расстройств на фоне стресса / С. Г. Агалаков // Наука і освіта. — 2008. — № 7. — С. 3–6.
2. Агалаков С. Г. Эмоциональная экспрессия и поведенческие паттерны в условиях длительного стресса / С. Г. Агалаков // Медицинская психология. — 2009. — Т.4, № 1. — С. 22–26.
3. Агалаков С. Г. Взаимосвязь процессов смыслообразования, атрибутивных стилей мышления и состояния здоровья в условиях длительного стресса / С. Г. Агалаков // Медицинская психология. — 2009. — Т.4, № 4. — С. 17–21.
4. Агалаков С. Г. Сравнительный анализ личностных характеристик здоровых и находящихся на врачебном диспансерном учете лиц, подверженных действию длительного эмоционального стресса / С. Г. Агалаков // Наука і освіта. — 2009. — № 5. — С. 4–7.
5. Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы: Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых // М: ЭКСМО, 2005. — 896 с.
6. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд. — Москва: Класс, 2002. — 224 с.
7. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Ф. Александер. — М: ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с.
8. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме / Б. С. Братусь. — М., 1974. — 234 с.
9. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология / И. Н. Пятницкая. — М., 1975. — 340 с.
10. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. — Рига: Виеда, 1992. — 106 с.
11. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. — Санкт-Петербург: Речь, 2004. — 349 с.



**С. Г. Агалаков**

врач-психотерапевт, аспірант кафедри клінічної психології  
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

**С. П. Егорченко**

психолог, медичний центр «Віта», м. Одеса

**РОЛЬ НИЗЬКОЇ САМООЦІНКИ У ПОЄДНАННІ З ЕМОЦІЙНОЮ  
ЗАЛЕЖНІСТЮ В РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ,  
НЕВРОТИЧНИХ І АДИКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Резюме**

У даній статті ми б хотіли освітити кореляційні взаємини між таким психологічним феноменом як емоційна залежність від інших людей (надалі — созалежність) у поєднанні з низькою самооцінкою, і розвитком психосоматичних, невротичних і адиктивних захворювань, що виникають на тлі дії різних фруструючих агентів, суб'єктивно сприйнятими як стресові.

**Ключові слова:** психосоматична медицина, неврози, адиктивні захворювання, емоційна залежність, самооцінка.

**S. G. Agalakov**

doctor-psychoterapist  
postgraduate student of department clinical psychology  
Odessa I. I. Mechnikov national university

**S. P. Yegorchenko**

psychologist, medical centre «Vita», Odessa

**THE ROLE OF LOW SELF — ESTEEM IN COMBINATION  
WITH THE EMOTIONAL DEPENDENCE FOR DEVELOPMENT  
PSYCHOSOMATIC, NEUROTIC AND ADDICTIVE DISEASES**

**Summary**

In this article we would like to light up correlation mutual relations between such psychological phenomenon as emotional dependence on other people (in future — dependence) in combination with a low self-appraisal, and development of psychosomatic, neurotic and addictive diseases, arising up on a background the action of different frustration agents, subjectively perceived as stress.

**Key words:** psychosomatic medicine, neurosis, addictive diseases, emotional dependence, self-esteem.