

Пушкина Клара Владимировна

канд. пед. наук, доцент

Хуснутдинов Эльдар Сардарович

студент

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный

университет им. И.Н. Ульянова»

г. Чебоксары, Чувашская Республика

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИЙ И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

***Аннотация:** в статье рассматривается проблема психосоматических расстройств как взаимосвязи психических факторов и физического здоровья. Актуальность исследования обусловлена растущим числом психосоматических заболеваний в современном обществе. В работе проанализированы механизмы формирования психосоматических расстройств, их основные проявления и методы коррекции. Методология исследования включает анализ клинических данных, психологическое тестирование и статистическую обработку результатов. Выявлено, что подавляющее большинство хронических заболеваний имеет психосоматическую природу.*

***Ключевые слова:** психосоматика, эмоциональное здоровье, психосоматические заболевания.*

Психосоматические расстройства представляют собой группу заболеваний, в развитии которых значительную роль играют психологические факторы. Термин «психосоматический» отражает неразрывную связь психики и тела, где эмоциональные переживания могут проявляться через физические симптомы.

В основе формирования психосоматических заболеваний лежат следующие механизмы:

- а) психоэмоциональный стресс – переживания, тревога, страх;
- б) психологические травмы – ранее травмирующие события;
- в) личностные особенности – склонность к подавлению эмоций;

г) нарушения адаптации – неспособность справляться с жизненными трудностями.

Наиболее часто психосоматические расстройства проявляются в виде: заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистых нарушений, кожных заболеваний, заболеваний дыхательной системы, боли различного происхождения [1].

Когда человек долго подавляет эмоции, живёт в хроническом стрессе или не умеет справляться с переживаниями, тело начинает «сигналить» через симптомы. Сначала это может быть что-то незначительное: головная боль после напряжённого дня, дискомфорт в животе перед важным событием, бессонница после тревожных мыслей. Но если ситуация не меняется, симптомы становятся регулярными. При этом стандартные обследования часто не выявляют серьёзных патологий – потому что корень проблемы лежит в эмоциональной сфере [3].

Исследования подтверждают эту связь. Учёные давно заметили, что у людей с высоким уровнем тревожности чаще диагностируют гипертонию, у тех, кто склонен подавлять злость, – проблемы с пищеварением, а у тех, кто переживает хроническую грусть и бессилие, – снижение иммунитета и частые простуды. В экспериментах фиксируют, как стресс активирует симпатическую нервную систему: повышается давление, учащается пульс. Если такое состояние длится месяцами или годами, оно изнашивает организм. Например, кортизол – гормон стресса – в долгосрочной перспективе нарушает работу ЖКТ, влияет на обмен веществ и даже меняет структуру мозга, снижая способность к саморегуляции. В итоге замкнутый круг замыкается: стресс вызывает симптомы, симптомы усиливают тревогу, тревога провоцирует новые физические проявления [6].

Когда студенты начинают замечать, как их эмоции отражаются на самочувствии, они учатся вовремя делать паузы, переключаться, обращаться за поддержкой. Простые привычки – полноценный сон, возможность выговориться или записать переживания – работают как профилактика. А если проблема уже есть, комплексный подход (психотерапия + коррекция образа жизни) помогает разо-

рвать этот порочный круг. Многие исследования показывают: люди, которые осознанно работают с эмоциональным состоянием, не только реже сталкиваются с психосоматикой, но и быстрее восстанавливаются, если болезнь всё-таки возникла. Забота о психическом здоровье – это не роскошь, а инвестиция в общее благополучие: она снижает риск хронических заболеваний, повышает качество жизни и даже продлевает её [3].

Ключевую роль в коррекции играет психотерапия. Особенно эффективна когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): она помогает выявить негативные мысли и привычки, которые усиливают стресс и провоцируют физические симптомы. КПТ учит замечать такие мысли, проверять их на реалистичность и заменять более конструктивными. Клинические исследования подтверждают: после курса КПТ у пациентов заметно снижается уровень тревожности, реже возникают головные боли, проблемы с пищеварением и бессонница.

Не менее важны методы релаксации и телесной работы. Техники осознанного дыхания, прогрессивная мышечная релаксация, йога и медитация учат «сбрасывать» напряжение, которое годами копится в теле. Учёные фиксируют: уже после нескольких недель регулярной практики у людей снижается уровень кортизола, нормализуется давление, улучшается сон. Телесно-ориентированная терапия идёт ещё дальше – она помогает осознать, где именно в теле «застревает» стресс и мягко снять эти зажимы через специальные упражнения и осознанное дыхание [7].

Медикаментозная поддержка может понадобиться на начальных этапах, особенно если симптомы выражены сильно. Антидепрессанты или лёгкие седативные препараты (строго по назначению врача) помогают стабилизировать состояние, чтобы человек смог включиться в психотерапию и осваивать новые навыки. Важно понимать: лекарства не «лечат душу», но создают условия для работы над ней – как костыли помогают ходить, пока заживает нога.

Наконец, огромную роль играет социальная поддержка. Когда рядом есть люди, готовые выслушать без осуждения, уровень стресса снижается естественным образом. Разговор с другом, участие в групповой терапии или просто время,

проведённое в тёплой компании, помогают почувствовать себя понятым и менее одиноким в своих переживаниях.

Психосоматические расстройства представляют собой серьезную проблему современной медицины, требующую комплексного подхода к диагностике и лечению. Понимание взаимосвязи между эмоциональным состоянием и физическим здоровьем позволяет более эффективно предотвращать и лечить психосоматические заболевания [5].

В рамках исследования нами была проведена работа по снижению уровня тревожности у пациентов с использованием комплексного подхода, включающего психологическую поддержку, медикаментозную терапию и физическую активность. Нами был проведен ряд мероприятий для выявления уровня тревожности у респондентов.

Во-первых, была проведена процедура входной диагностики и представления портретов клиентов. В исследовании приняли участие студенты медицинского института в возрасте 18–21 лет, обратившиеся с жалобами на постоянное чувство надвигающейся катастрофы, нарушение сна, тахикардию и невозможность концентрации. Для объективизации психоэмоционального состояния испытуемых был использован стандартизированный диагностический инструментарий – шкала самооценки и личностной тревожности Спилбергера-Ханина[4].

В ходе первичного обследования были зафиксированы следующие средние показатели:

- реактивная тревожность (РТ): 58 баллов.
- личностная тревожность (ЛТ): 62 балла.

Согласно интерпретационным таблицам методики (при интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- а) до 30 баллов – низкая;
- б) 31–44 балла – умеренная;

в) 45 и более баллов, квалифицируются как критически высокий уровень тревожности. Обобщенный психологический портрет респондентов характеризуется состоянием декомпенсации («стрессовый пик»). Выявленные высокие показатели свидетельствуют о том, что устойчивые характерологические особенности респондентов (высокая личностная тревожность) выступали предиктором возникновения острых реактивных состояний. Таким образом, личностная предрасположенность к тревожному реагированию пролонгировала и усиливала текущую симптоматику, формируя устойчивый патологический паттерн психического напряжения. Данное состояние требует комплексного терапевтического вмешательства, сочетающего фармакотерапию, когнитивно-поведенческую коррекцию и контролируруемую физическую активность.

В дополнение к методике Спилбергера-Ханина в рамках исследования был применен опросник ГТР-7 (General Anxiety Disorder-7 или Генерализованное Тревожное Расстройство-7), направленный на количественную оценку выраженности генерализованного тревожного расстройства и интенсивности когнитивной руминации [8].

В нашем эксперименте: при первичной диагностике зафиксирован показатель в количестве 18 баллов, что классифицируется как тяжелая степень тревоги. Данный уровень характеризуется утратой контроля над деструктивными мыслительными потоками в перманентном режиме. На 42-й день отмечено снижение показателя до 5 баллов (легкая степень тревоги), что верифицирует восстановление волевого контроля над когнитивными процессами и значительную редукцию руминативного цикла.

Во-вторых, было проведено комплексное исследование с целью решения проблем тревожности у респондентов в течение 42 дней. Терапевтическое воздействие базировалось на интегративном подходе, включающем нейрогуморальную регуляцию, соматическую декомпрессию и когнитивную реструктуризацию.

На начальном этапе стабилизации, охватывающем первые две недели, приоритетной задачей стало купирование острых аффективных состояний. Приме-

нение анксиолитиков под строгим клиническим наблюдением позволило нивелировать патологическое влияние избыточных концентраций кортизола и адреналина, которые при исходных показателях тревожности свыше 60 баллов блокировали возможность полноценной когнитивной деятельности. Использование транквилизаторов и седативных антидепрессантов позволило снизить реактивность миндалевидного тела, что привело к минимизации вегетативных проявлений тревоги, предотвращению панических атак и нормализации цикла «сон-бодрствование». Снижение реактивности миндалевидного тела создало необходимый биологический фундамент для внедрения техник когнитивно-поведенческой терапии и протоколов заземления. Параллельно с этим использование низкоинтенсивных аэробных нагрузок способствовало естественной метаболической утилизации гормонов стресса, что в совокупности стабилизировало цикл сна и бодрствования [10].

С 15-го по 35-й дни фокус терапии сместился в сторону глубинной проработки и экспозиционных методов. В этот период активно применялись инструменты гештальт-терапии, направленные на десенсибилизацию ключевых тревожных триггеров. Увеличение интенсивности физической активности за счет силовых тренировок и плавания позволило перевести психофизиологическое напряжение в состояние конструктивного мышечного утомления, что активировало парасимпатическую нервную систему и запустило процессы глубокого восстановления. Заключительный этап исследования был посвящен консолидации полученных навыков и апробации автономной регуляции. Основное внимание уделялось формированию устойчивой когнитивной схемы «стимул – когнитивная пауза – адаптивная реакция», позволяющей пациенту сохранять устойчивость без внешней поддержки. На фоне постепенного уменьшения доз анксиолитиков проводилась оценка способности системы к самостоятельной саморегуляции [9].

По завершении 42-дневного курса проведено повторное тестирование по шкале Спилберга – Ханина: итоговое обследование подтвердило результативность разработанного алгоритма. Реактивная тревожность регрессировала до

уровня 32 баллов, что указывает на стабилизацию вегетативного статуса и достижение состояния ситуативного комфорта. В то же время показатель личностной тревожности зафиксировался на отметке 44 баллов. Хотя личностная тревожность, будучи устойчивой характерологической чертой, демонстрирует менее выраженную динамику по сравнению с реактивной, достигнутый результат свидетельствует о существенном снижении базовой предрасположенности субъекта к тревожному реагированию и общему оздоровлению психического статуса. По истечении 42-дневного коррекционного цикла было проведено контрольное тестирование, результаты которого выявили положительную динамику со снижением диагностических показателей более чем на 30%, что позволяет говорить о высокой эффективности выбранной стратегии.

Особого внимания заслуживает характер взаимодействия примененных методик. Установлено, что достигнутый терапевтический эффект обусловлен синергией трех факторов: медикаментозное вмешательство обеспечило временную стабилизацию нейроэндокринной системы, психотерапевтические интервенции предоставили когнитивный инструментарий для саморегуляции, а физическая активность способствовала биологической разрядке и нейтрализации избыточного психофизиологического напряжения.

Комплексное воздействие позволило полностью купировать соматические проявления тревоги, в частности, синусовую тахикардию. Если в первой фазе исследования (1–14 дни) у респондентов наблюдалась выраженная гиперсимпатикотония (ЧСС 90–110 уд/мин), то применение анксиолитических препаратов позволило снизить активность симпатического отдела нервной системы. В дальнейшем, на этапе внедрения физических нагрузок (15–35 дни произошла адаптация сердечно-сосудистой системы. Механизм панической тахикардии сменился функциональным тренировочным ритмом, что укрепило миокард и активировало парасимпатический контроль со стороны блуждающего нерва. К завершению программы (42-й день) средний пульс в покое стабилизировался на отметке 65–75 ударов, что сопровождалось полной ликвидацией субъективного ощущения кардиологического дискомфорта.

Параллельно со стабилизацией сердечного ритма наблюдалась значительная нормализация инсомнических показателей. Снижение уровня общей и генерализованной тревоги по шкалам ГТР-7 и Спилбергера-Ханина позволило сократить время засыпания со 120 до 15–20 минут. Увеличение продолжительности фаз глубокого сна обеспечило условия для полноценной регенерации тканей и выравнивания гормонального профиля, что ранее было невозможно по причине состояния постоянной «сверхбдительности».

Существенные изменения зафиксированы и в мышечном статусе. Первоначальный гипертонус мышц плечевого пояса и челюстного аппарата (бруксизм), типичный для лиц с высокой тревожностью, сменился естественной релаксацией. Это привело к ремиссии хронических головных болей напряжения, возникших как следствие защитного панциря. Аналогичная динамика проявилась в функционировании желудочно-кишечного тракта: стабилизация эмоционального гомеостаза нивелировала проявления синдрома раздраженного кишечника. Восстановление баланса вегетативной нервной системы позволило нормализовать кровоснабжение внутренних органов, прекращая реализацию доминирующей ранее реакции «бей или беги».

Таким образом, редукция тахикардии и сопутствующих психосоматических симптомов выступает главным индикатором глубинной перестройки физиологического статуса пациента. Полученные данные подтверждают, что в результате терапии организм вышел из деструктивного режима выживания, перейдя в состояние стабильного биологического и психологического функционирования.

Проведённое исследование подтвердило тесную взаимосвязь между эмоциональным состоянием и физическим здоровьем, а также высокую распространённость психосоматических механизмов в развитии хронических заболеваний у студенческой молодёжи.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2019. – 528 с.

2. Григорьева Е.Ю. Влияние стресса на студентов-медиков в период подготовки к экзамену / Е.Ю. Григорьева, К.В. Пушкина // Сборник научных трудов молодых ученых и специалистов: сборник статей. – В 2 ч. – Чебоксары: Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2023. – С. 245–252. – EDN DOYLUQ.
3. Карвасарский Б.Д. Психосоматические расстройства / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 2020. – 272 с.
4. Методика диагностики самооценки Спилбергера – Ханина. – URL: https://ppms22.ru/upload/medialibrary/ec6/g1141jj73oo8ce146jk4w8e3mt414a6t/2.-SHkala-trevozhnosti_Spilberg_KHanin.pdf (дата обращения: 08.05.2026).
5. Митюшин И.Л. Клиническая психосоматика / И.Л. Митюшин. – М.: МЕДпресс-информ, 2022. – 320 с.
6. Пушкина К.В. Проблема стресса в жизни студента / К.В. Пушкина, А.А. Максимова, Е.Ю. Никифорова // Психолого-педагогические исследования – Тульскому региону: сборник материалов IV Региональной научно-практической конференции молодых ученых (Тула, 16 мая 2024 года). – Чебоксары: Среда, 2024. – С. 60–63. – EDN KEUPLP.
7. Сапольски Р. Психология стресса / Р. Сапольски. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2026. – 480 с. – ISBN 978-5-4461-1370-5.
8. Тест ГТР-7. – URL: <https://www.b17.ru/tests/1614/> (дата обращения: 08.05.2026).
9. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – СПб.: Питер, 2021. – 528 с.
10. Шталь С.М. Основы психофармакологии. Теория и практика / С.М. Шталь; пер. с англ.; под ред. О.О. Папсуева. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2026. – 608 с. – ISBN 978-5-9704-9242-0.