

Связь характеристик социальных сетей подростков с уровнем их психосоматического здоровья¹

А. А. Лифинцева, кандидат психологических наук, Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, ALifintseva@kantiana.ru, allif1980@rambler.ru

Р. Р. Животягин, студент, Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, eldridge@inbox.ru

Статья посвящена описанию результатов эмпирического исследования основных характеристик социальной сети и социальной поддержки в их взаимосвязи с аффективными проявлениями и соматизацией современных подростков. В фокусе внимания авторов следующие характеристики социальной сети: размер, индекс плотности, количество доверительных связей и социальных поддержек, а также сфера общения. В качестве изучаемых типов социальной поддержки выступают эмоциональная, инструментальная социальная поддержка, а также социальная интеграция подростков. В статье представлены результаты опытно-эмпирического исследования, в котором применялись надежные и валидные методики исследования. Испытуемые – 169 подростков – учащихся общеобразовательных школ и профессиональных колледжей г. Калининграда и Калининградской области. Описываются полученные в ходе эмпирического исследования данные о роли интерперсональных факторов риска нарушений в психосоматическом здоровье подростков. Показано, что социальные сети подростков с нарушениями психосоматического здоровья по своим характеристикам практически не отличаются от социальных сетей условно здоровых подростков, за исключением показателя «размер социальной сети».

Ключевые слова: подросток, социальная сеть, социальная поддержка, соматизация, психосоматическое здоровье.

Согласно данным, представленным в ряде зарубежных публикаций, частота встречаемости соматических жалоб у детей и подростков довольно высока: на рецидивирующую абдоминальную боль приходится около 5% визитов-обращений к педиатру, а головная боль, согласно описаниям, встречается от 20 до 55% случаев. Около 10% подростков предъявляют жалобы на частые боли в животе, боли в груди, тошноту и усталость [6]. В популяции детей и подростков в России распространенность заболеваний со сложными взаимосвязанными психическими и соматическими проявлениями также значительна и имеет устойчивую тенденцию к росту. От 40% до 68% детей, наблюдаемых педиатрами, не имеют диагностически

¹Исследование выполнено при финансовой поддержке Совета по грантам Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук МК-172.2012.6 «Микросоциальные факторы психосоматического здоровья детей и подростков»

верифицированных заболеваний, хотя и предъявляют множество соматических жалоб [1]. Столь высокая распространенность соматизированных расстройств в подростковой среде повышает риск возникновения у них серьезных нарушений в психосоматическом здоровье, социальной дезадаптации и разнообразных форм девиантного поведения.

А. Б. Холмогоровой и коллегами разработана интегративная многофакторная психосоциальная модель эмоциональных расстройств, включающая макросоциальные, семейные, интерперсональные и личностные факторы их возникновения и течения [2]. Многими авторами отмечается прямая взаимосвязь уровня психосоматических нарушений и социальной поддержки, предоставляемой человеку членами его социальной сети [3, 4, 5, 7 и др.].

Данное исследование представляет собой попытку осмысления роли таких интерперсональных факторов, как характеристики социальной сети и социальная поддержка, в возникновении нарушений психосоматического здоровья у современных подростков.

Гипотезы и методы исследования

В ходе проведенного нами исследования, направленного на выявление особенностей социальной поддержки и социальных сетей подростков и оценки их взаимосвязи с особенностями психосоматического здоровья, нами были выдвинуты следующие гипотезы:

1. В группе подростков с нарушениями в психосоматическом здоровье (депрессивные, тревожные и соматические проявления) выраженность аффективной и соматической симптоматики связана с основными характеристиками социальной сети.
2. Размер социальной сети условно здоровых подростков будет больше, чем у подростков с нарушениями психосоматического здоровья.

В целях проверки указанных гипотез были применены следующие методы исследования:

1. Для оценки уровня соматизации нами использовался опросник выраженности психопатологической симптоматики (SymptomCheck List-90-Revised — SCL-90-R) с акцентом на анализ результатов, полученных по шкале «Соматизация». Для выделения группы подростков с высоким уровнем соматизации мы руководствовались нормами опросника SCL-90-R по шкале «Соматизация», предложенными учеными Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Согласно их представлениям, показатели по шкале «Соматизация» более 0,44 свидетельствуют о высоком уровне соматизации испытуемого.

2. Для оценки выраженности аффективной симптоматики нами использовался опросник детской депрессии М. Kovacs и шкала тревоги А. Бека.

3. Для диагностики интерперсональных особенностей использовались опросник социальной поддержки F-SOZU-22 (G.Sommer, T.Fydrich) (в адаптации А. Б. Холмогоровой с сотруд.) и опросник социальной сети (модифицирован О. Ю. Казьминой).

Организация исследования

Исследование проводилось на базе общеобразовательных школ и профессиональных колледжей г. Калининграда и Калининградской области. В исследовании приняли участие 169 подростков в возрасте от 12 до 17 (91 девушка, 78 юношей). Средний возраст испытуемых составил 15 лет.

Результаты исследования

Результаты исследования соматических жалоб показывают, что уровень соматизации у подростков достаточно высок. По данным опросника SCL-90-R, более 52% подростков отметили у себя разнообразные соматические симптомы. Доминирующими у подростков явились преимущественно сердечнососудистые проявления соматизации в виде болей в сердце, затем отмечались головные боли, иногда сопровождающиеся головокружением, и патология желудочно-кишечного тракта в виде нарушений аппетита и тошноты. Результаты исследования уровня соматизации у подростков отражены в табл. 1.

Таблица 1. Выраженность соматизации у современных подростков

Показатель	Уровень	Количество респондентов (n=169)
Соматизация	В пределах нормы	81 (47,9%)
	Превышает нормативный показатель	88 (52,1%)

Таким образом, полученные нами данные могут свидетельствовать как о наличии у подростков вполне реального заболевания, носящего органический характер, так и о тенденции реагировать на стрессовые ситуации соматическими симптомами. Средний показатель по выборке также превышает нормативный.

Следующим этапом нашей работы стал анализ депрессивных и тревожных проявлений у подростков. Данные, полученные с помощью опросника детской депрессии М. Ковачс и шкалы тревоги А. Бека, показаны в табл. 2.

Таблица 2. Выраженность тревожных и депрессивных проявлений у подростков

Показатель	Уровень	Количество респондентов (n=169)
Тревога (тревожная симптоматика)	Нет тревоги	69 (40,8%)
	Лёгкая тревога	35 (20,7%)
	Тревога средней интенсивности	48 (28,4%)
	Высокая тревога	17 (10,1%)
Депрессия (депрессивная симптоматика)	Высокий	11 (6,5%)
	Значительно выше среднего	11 (6,5%)
	Выше среднего	12 (7,1%)
	Чуть выше среднего	22 (13%)
	Средний	84 (49,7%)
	Чуть ниже среднего	24 (14,2%)
	Ниже среднего	5 (3%)
	Значительно ниже среднего	–
	низкий	–

Показатели, представленные в табл. 2, позволяют нам сделать следующие выводы. Во-первых, чуть менее 60% подростков отмечают наличие у себя тревожных проявлений в диапазоне от легкой до тяжелой степени. На наш взгляд, это может свидетельствовать как о формирующейся у подростков тревожности личностного свойства, так и наличии у них ситуативной тревоги, обусловленной определёнными обстоятельствами, чаще всего связанными с межличностным общением, выступлением перед публикой, участием в соревнованиях и т.п. Во-вторых, более 13% подростков отметили у себя наличие угнетённых, апатичных

состояний, отсутствие интереса к учёбе и общению с людьми, тенденции самобичевания и самообвинения.

В качестве интерперсональных факторов риска депрессивных, тревожных и соматизированных проявлений у современных подростков выступают определенные особенности их социальной сети и социальной поддержке как ее основной функции. В табл.3 представлены результаты, полученные с помощью опросника социальной сети (адаптация О.Ю.Казьминой).

Таблица 3. Основные характеристики социальной сети подростков

Показатель	Уровень	Количество респондентов (n=169)
Размер социальной сети (РСС)	Широкая социальная сеть	9 (5,3%)
	РСС в пределах нормы	126 (74,6%)
	Суженная социальная сеть	34 (20,1%)
Индекс плотности	Высокий	44 (26%)
	Средний	19 (11,3%)
	Низкий	106 (62,7%)
Число социальных поддержек	Высокий	43 (25,4%)
	Средний	95 (56,2%)
	Низкий	31 (18,4%)
Количество доверительных связей	Высокий	12 (7,1%)
	Средний	132 (78,1%)
	Низкий	25 (14,8%)
Сфера социального общения	Высокий	17 (10,1%)
	Средний	141 (83,4%)
	Низкий	11 (6,5%)

Согласно представленным в табл.3 результатам, суженная социальная сеть выявлена у 20,1% подростков, что может говорить о наличии у них дефицита межличностных отношений, который, в свою очередь, ведет к переживанию ими чувства одиночества и социальной изоляции. Интересным явился и тот факт, что у 13,5% подростков в структуре социальной сети практически не представлены родственники, т.е. ни родители, ни другие значимые родные не являются для современных подростков источниками социальной поддержки. Отсутствие доверительных отношений подростков с родителями и другими родственниками блокируют получение ими эмоциональной и инструментальной поддержки из этих источников, что снижает качество и общий уровень удовлетворенности социальной поддержкой в целом.

Обратимся к анализу еще одной важной составляющей социальной сети – индексу плотности. Индекс плотности это показатель, который подсчитывается путём деления количества членов социальной сети индивида на количество лиц в ядре социальной сети. Нормативным показателем считается размер социальной сети, в 2 или 2,5 раза превышающий размер ядра этой сети. Приближение этого показателя к единице говорит о чрезмерной плотности социальной сети, что может свидетельствовать о социальном неблагополучии. У 26% подростков наблюдается высокая плотность социальной сети. При этом иногда возникает ситуация, когда и размер социальной сети, и ядро социальной сети достаточно велики. В этом случае высокую плотность можно объяснить стремлением подростка иметь как можно больше «самых близких людей», неспособностью дифференцировать собственно близкие отношения и деловые, формальные, а также стремлением «быть другом для всех».

Характеристики социальной сети в чистом виде не являются факторами риска нарушений в психосоматическом здоровье подростков – они представляют интерес в рамках научных исследований с точки зрения выполнения ими важнейшей функции – организации и оказания социальной поддержки. Результаты, полученные с помощью опросника социальной поддержки F-SOZU-22, представлены в табл.4.

Таблица 4. Средние значения уровня социальной поддержки у подростков

Субшкалы опросника социальной поддержки	Показатели здоровых испытуемых*, n=30 M (SD)	Показатели исследуемой выборки, n=169 M (SD)
Эмоциональная поддержка	36,3 (11,6)	36,3 (8,0)
Инструментальная поддержка	15,7 (5,0)	15,1 (3,6)

Социальная интеграция	26,9 (8,2)	27,0 (5,2)
Удовлетворённость социальной поддержкой	6,6 (2,6)	6,3 (2,3)
Общий показатель социальной поддержки	84,9 (25,7)	84,7 (14,5)

* Показатели были взяты из приложения к зарегистрированной медицинской технологии «Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах», авторы А.Б.Холмогорова, Г.А.Петрова

M – среднее значение

SD – стандартное отклонение

В ходе качественного анализа полученных нами результатов мы пришли к выводу, что у 17% подростков социальная сеть не выполняет основных функций, т.е. не предоставляет им возможности переживать чувства единства и близости с Другими, не способствует редукции стрессовых событий и не повышает самооценку и самоэффективность. Полученные данные частично подтверждаются и результатами исследования уровней эмоциональной и инструментальной поддержки, получаемой подростками, а также степенью их удовлетворенностью этой поддержкой. Например, около 10% подростков отметили недостаток предоставляемой им эмоциональной и инструментальной поддержки, а более 9% подростков оказались не удовлетворены социальной поддержкой, оказываемой им членами их социальной сети.

Следующим этапом нашей эмпирической работы стал статистический анализ полученных в ходе исследования данных. На основе результатов, полученных в ходе исследования, подростки были разделены на 2 группы: 1) экспериментальная – подростки с завышенными показателями соматизации, депрессивных и тревожных проявлений (с нарушениями психосоматического здоровья); 2) контрольная – подростки с невыраженной или отсутствующей соматизацией, депрессивной и тревожной симптоматикой (условно здоровые). Статистический анализ результатов проводился нами с использованием программы SPSS Statistics, русскоязычной версии 17.0. Нами были использованы следующие критерии: критерий достоверности различий U-Вилкоксона-Манна-Уитни и коэффициент корреляции Пирсона.

В табл.5 представлены результаты проверки достоверности различий в основных характеристиках социальной сети между подростками с нарушениями психосоматического здоровья и условно здоровыми.

Таблица 5. Сопоставление экспериментальной и контрольной групп по основным характеристикам социальной сети (U-Вилкоксона-Манна-Уитни)

Показатели	Группы подростков	Средний ранг	Сумма рангов	Статистика критерия
Размер социальной сети	С нарушениями психосоматического здоровья	53,6	1608	Значение U627**
	Условно здоровые	40,63	2397	Значение W2397**
Размер ядра социальной сети	С нарушениями психосоматического здоровья	43,6	1308	Значение U843*
	Условно здоровые	45,7	2697	Значение W1308*
Число социальных поддержек	С нарушениями психосоматического здоровья	47,02	1410,5	Значение U824,5*
	Условно здоровые	43,97	2594,5	Значение W2594,5*
Количество доверительных связей	С нарушениями психосоматического здоровья	40,75	1222,5	Значение U757,5*
	Условно здоровые	47,16	2782,5	Значение W1222,5*
Сфера социального общения	С нарушениями психосоматического здоровья	48,9	1467	Значение U768* Значение

	Условно здоровые	43,02	2538	W2538*
Всего	-	-	-	-

*уровень значимости неудовлетворительный

** уровень значимости $p \leq 0,05$

Из табл.5 видно, что обнаружены достоверные различия в размере социальной сети между подростками двух групп. Так, средние ранги в группе подростков с нарушениями психосоматического здоровья на порядок выше, чем в группе условно здоровых подростков, несмотря на то, что объём последней практически в два раза больше первой. Однако нам не удалось обнаружить достоверные различия между двумя группами подростков по следующим характеристикам социальной сети: размер ядра социальной сети, число социальных поддержек, количество доверительных связей, сфера социального общения. Таким образом, социальные сети подростков с нарушениями психосоматического здоровья по своим характеристикам практически не отличаются от социальных сетей условно здоровых подростков, за исключением показателя «размер социальной сети». Выяснилось, что количество лиц в социальной сети подростков с нарушениями психосоматического здоровья в среднем на 4 человека больше, чем в социальной сети условно здоровых. Мы предположили, что подростки с выраженными нарушениями в психосоматическом здоровье склонны бессознательно увеличивать размер своей социальной сети, пытаясь, тем самым, повысить степень эмоциональной и инструментальной поддержки, предоставляемой им со стороны других людей.

В табл.6 представлены результаты статистической обработки с помощью коэффициента корреляции Пирсона, направленной на анализ корреляционных связей между общим показателем депрессивных, тревожных и соматизированных проявлений и основными характеристиками социальной сети подростков экспериментальной группы.

Таблица 6. Результаты корреляционного анализа (депрессия, тревога, характеристики социальной сети и социальной поддержки) в экспериментальной группе

	Общий показатель депрессии CDI	Показатель тревоги	Показатель соматизации
Размер социальной сети	-0,234	-0,2	-0,147

Размер ядра социальной сети	-0,037	0,296	0,030
Число социальных поддержек	-0,402*	-0,152	0,005
Количество доверительных связей	-0,505**	-0,043	-0,153
Сфера социального общения	-0,355	-0,256	-0,177
Эмоциональная поддержка	-0,386*	-0,022	-0,045
Инструментальная поддержка	-0,249	-0,093	-0,083
Социальная интеграция	-0,462*	-0,126	-0,051
Удовлетворенность социальной поддержкой	-0,021	-0,03	0,046

*уровень значимости $p \leq 0,05$

** уровень значимости $p \leq 0,01$

Таким образом, мы можем видеть наличие значимой отрицательной корреляции между степенью выраженности депрессивной симптоматики и такими характеристиками социальной сети, как число социальных поддержек ($p \leq 0,05$) и количество доверительных связей ($p \leq 0,01$). Это может свидетельствовать о том, что чем меньше у подростка с нарушениями психосоматического здоровья в социальном окружении людей, которые способны эмоционально поддержать его или которым он мог бы довериться, поделиться субъективно значимыми переживаниями, тем выше вероятность возникновения у него депрессивной симптоматики. Отметим, что, хотя не обнаружено статистически значимых различий между контрольной и экспериментальной группами по таким характеристикам социальной сети, как число социальных поддержек и количество доверительных связей, корреляция в группе условно здоровых подростков между данными характеристиками и депрессивной симптоматикой не обнаружена. Также мы видим наличие отрицательной значимой корреляции между общей выраженностью депрессивной симптоматики и такими видами социальной поддержки, как эмоциональная поддержка и социальная интеграция. Можно сделать вывод, что при тесном взаимодействии с социумом и при наличии референтной группы, позволяющей подростку чувствовать свою значимость, вероятность

возникновения у него нарушений психосоматического здоровья незначительна. То есть можно сказать, что эмоциональная поддержка и поддержка в форме социальной интеграции являются значимыми факторами в преодолении эмоционального неблагополучия подростков, представляя собой «буферный» и «прямой» эффекты социальной поддержки соответственно.

Обсуждение результатов и выводы исследования

1. Социальные сети подростков с нарушениями психосоматического здоровья по своим характеристикам практически не отличаются от социальных сетей условно здоровых подростков, за исключением показателя «размер социальной сети».
2. Число социальных поддержек подростка и количество доверительных связей частично обуславливают у него степень выраженности депрессивной симптоматики. Чем меньше число социальных поддержек и доверительных связей в структуре социальной сети подростка, тем чаще он демонстрирует негативное настроение и негативную самооценку.
3. Эмоциональная поддержка и поддержка в форме социальной интеграции являются значимыми факторами в преодолении эмоционального неблагополучия подростков, представляя собой «буферный» и «прямой» эффекты социальной поддержки соответственно.
4. В связи с этим основными задачами педагогов-психологов общеобразовательных учреждений становится целенаправленная организация психолого-педагогического сопровождения подростка и психопрофилактика нарушений его психосоматического здоровья через формирование системы социальной поддержки. Кроме того, низкий уровень социальной поддержки может выступать мишенью психотерапии и психопрофилактики соматизированных расстройств в подростковом возрасте.

Литература

1. *Исаев Д.Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
2. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. N 1. С.94-102.
3. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Соматизация: история понятия, культуральный и семейный аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Московский психотерапевтический журнал. 2000. N 2. С. 5-36.
4. *Cohen S., Wills T.A.* Stress, social support, and buffering hypothesis // Psychol. Bull. 1985. №98 (2). P. 310-357.

5. *McKay D.A., Blake R.L., Colwill J.M., Brent E.E., McCauley J., Umlauf R., Stearman G.W., Kivlahan D.* Social support and Stress as Predictors of illness //Journal of Family Practice. 1985. June. 20(6). P.575-581.
6. *Silbert T.J., Pao M.* Somatization Disorders in Children and Adolescents / Pediatrics in Review, 2003, Vol. 24, No.8.
7. *Tijhuis M.A., Flap H.D., Foets M., Groenewegen M.* Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event // Soc. Sci. Med. 1995. Vol. 40. №11. P. 1513-1526.

The relation between characteristics of social networks of adolescents and the level of their psychosomatic health

A.A. Lifintseva, PhD in Psychology, Baltic Federal University named after I.Kant, allif1980@rambler.ru

R.V. Zhivotyagin, student, Baltic Federal University named after I.Kant, eldridge@inbox.ru

This article describes the results of empirical studies of the main characteristics of social network and social support in their interrelation with affective manifestations and somatization of modern adolescents. The emphasis is made on the following characteristics of social network - size, index of density, number of trusted relationships and social supports, as well as communication sphere. The studied types of social support are the emotional and instrumental social support and social integration of adolescents. All aspects of social support have been studied empirically by using reliable and valid methods of research. The subjects are 169 adolescents, pupils of secondary schools and vocational colleges of Kaliningrad and Kaliningrad region. The contribution describes the data on the role of interpersonal risk factors in psychosomatic health of adolescents which was gathered in this empirical study. It is shown that social networks of adolescents with psychosomatic health disorders have almost no differences from social networks of relatively healthy adolescents, except for the index "social network size".

Keywords: adolescent, social network, social support, somatization, psychosomatic health

Literature

1. *Isaev D.N.* Psihosomaticheskaya medicina detskogo vozrasta. SPb., 1996.
2. *Holmogorova A.B., Garanyan N.G.* Mnogofaktornaya model' depressivnyh, trevojnyh i somatoformnyh rasstroistv // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. 1998. N 1. S.94-102.
3. *Holmogorova A.B., Garanyan N.G.* Somatizaciya: istoriya ponyatiya, kul'tural'nyi i semeinyi aspekty, ob'yasnitel'nye i psihoterapevticheskie modeli // Moskovskii psihoterapevticheskiy jurnal. 2000. N 2. S. 5-36.
4. *Cohen S., Wills T.A.* Stress, social support, and buffering hypothesis // Psychol. Bull. 1985. №98 (2). P. 310-357.
5. *McKay D.A., Blake R.L., Colwill J.M., Brent E.E., McCauley J., Umlauf R., Stearman G.W., Kivlahan D.* Social support and Stress as Predictors of illness //Journal of Family Practice. 1985. June. 20(6). P.575-581.

6. *Silbert T.J., Pao M.* Somatization Disorders in Children and Adolescents / Pediatrics in Review, 2003, Vol. 24, No.8.

7. *Tijhuis M.A., Flap H.D., Foets M., Groenewegen M.* Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event // Soc. Sci. Med. 1995. Vol. 40. №11. P. 1513-1526.