

УДК 159. 96

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Компанович М.С., викладач
кафедри психології

Львівський інститут

ПАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»

У статті проаналізовано соціально-психологічні детермінанти виникнення серцево-судинних захворювань у підлітковому віці, розглянуто психофізіологічні особливості підліткового віку, основну увагу звернено на зміни особистості підлітка в невротизованій та депресивній формі внаслідок захворювання.

Ключові слова: психологічні та соціальні фактори, психосоматичний підхід, серцево-судинні захворювання, підлітковий вік, невротизація, депресивність, емоційна вразливість.

В статье проанализированы социально-психологические детерминанты возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в подростковом возрасте, рассмотрены психофизиологические особенности подросткового возраста, основное внимание обращено на изменения личности подростка в невротизированной и депрессивной форме вследствие заболевания.

Ключевые слова: психологические и социальные факторы, психосоматический подход, сердечно-сосудистые заболевания, подростковый возраст, невротизация, депрессивность, эмоциональная уязвимость.

Kompanovych M.S. SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN ADOLESCENCE

The article analyzes the social and psychological determinants of cardiovascular disease in adolescence, considered physiological characteristics of adolescence, attention is drawn to the personality changes in adolescents necrotic and depressed form in consequence of the disease.

Key words: psychological and social factors, psychosomatic approach, cardiovascular disease, adolescence, neuroticism, depression, emotional vulnerability.

Постановка проблеми. Проблема співвідношення серцево-судинних та психічних дисфункцій у підлітків має міждисциплінарне спрямування, привертаючи увагу представників медичного (педіатрії, неврології, психіатрії) та психологічного (клінічного та практичного) напрямків впродовж багатьох років. Основою для цього є також поширеність серцево-судинних захворювань з високою спостережуваністю артеріальної гіпотензії і гіпертензії, а також ступеня вираженості вегетативно-судинних порушень з тривожними та фобічними нахилами [4]. Проте не менш значимий вплив на розвиток соматичних дисфункцій у підлітковому віці чинить середовище, в якому соціалізується підліток.

Аналіз основних досліджень і публікацій. У більшості досліджень наголошується на тісному зв'язку соматичних і психічних розладів при вторинності останніх (Р.А. Калюжна, С.Б. Шварков, А.Б. Бідолаг, В.Н. Ільїна, Л.В. Щеглова), проте лише часткове наукове висвітлення має вплив власне психологічних проблем, особистісних властивостей та соціального середовища на виникнення серцево-судинних захворювань у підлітковому віці (Т.К. Набухотський, А.С. Султанова).

Постановка завдання. Мета статті – теоретично дослідити та емпірично підтвердити соціально-психологічні детермінанти серцево-судинних захворювань у підлітковому віці, а також проаналізувати чинники, які сприяють зміні особистості підлітків внаслідок хвороби.

Виклад основного матеріалу дослідження. У підлітковому віці психологічні та соматичні співвідношення надзвичайно динамічні та мінливі. У сучасній діагностиці підліткових захворювань все частіше спостерігається тенденція до збільшення органічних дисфункцій, в основі яких лежить психоемоційна дисгармонія астено-невротичного характеру (підвищена втомливість, дратівливість, плаксивість, головні болі, розлади сну, підвищення частоти серцебиття, зниження працездатності, неухвильність та рухові розлади). Ця ситуація спричинена різноманітними факторами впливу на організм. Соціальні фактори – це навантаження на сферу пізнавальних процесів підлітка, навчання та соціальну адаптацію, що призводить до втрати підлітком відчуття соціальної захищеності та стабільності. До міжособистісних факторів можемо віднести антагоністичні стосунки між членами сім'ї, відсутність емоційної близькості, прояви

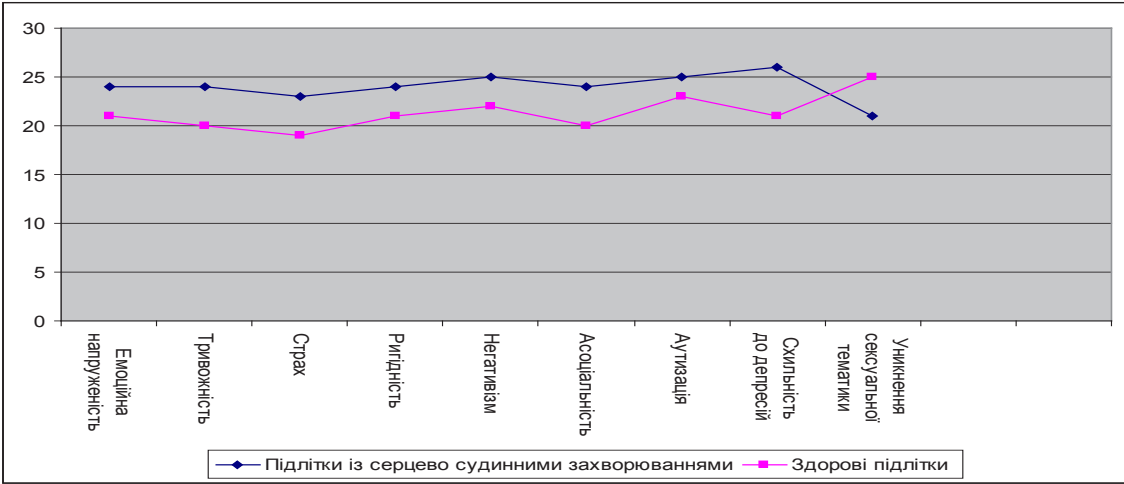


Рис. 1. Психологічні властивості підлітків із серцево-судинними захворюваннями та підлітків, у яких відсутні серцево-судинні захворювання, за методикою малюнок людини

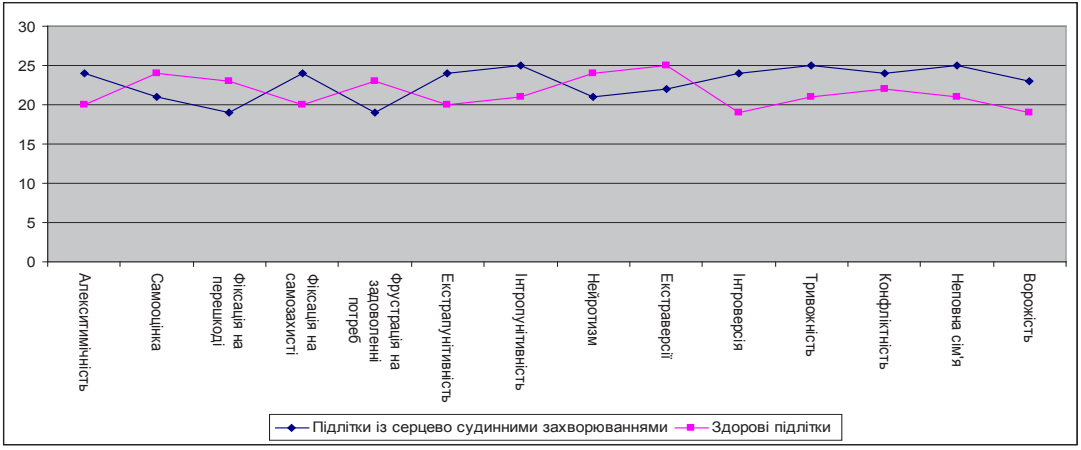


Рис. 2. Психологічні властивості підлітків із серцево-судинними захворюваннями та підлітків, у яких відсутні серцево-судинні захворювання, за методиками Дембо-Рубінштейн, Айзенка EPI, «Малюнок сім'ї» та тестом фрустраційних реакцій Розенцвейга

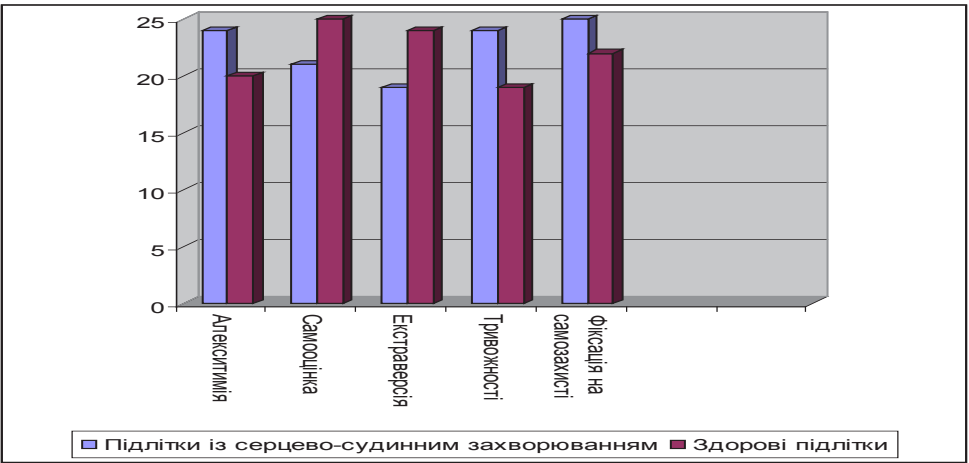


Рис. 3. Психологічні властивості підлітків із серцево-судинними захворюваннями та підлітків, у яких відсутні серцево-судинні захворювання, за тестом фрустраційних реакцій Розенцвейга, методикою Айзенка EPI, Торонською алекситимною шкалою та методикою «Малюнок сім'ї»

жорстокості, як наслідок – неповні сім'ї. Ці фактори загострюють індивідуальну вразливість підлітка, що зумовлює витіснення цих проблем із внутрішніх переживань у тілесні форми прояву.

Підлітковий вік характеризується швидким, нерівномірним ростом і розвитком організму. Відбувається ствердіння скелета, вдосконалюється м'язова система. Однак нерівномірність розвитку серця і кровоносних судин, а також посилена діяльність залоз внутрішньої секреції часто спричиняють тимчасові розлади кровообігу, підвищення тиску, напруження серцевої діяльності, посилення збудливості підлітків, що проявляється у нервозності, частому відчутті втоми, запамороченнях і підвищеному серцебитті. Нервова система підлітка ще не цілком готова справлятися із сильними та тривалими подразниками, часто реагує на них втому, загальмованістю або силь-

ним збудженням. У цей період відбувається розвиток коронарних артерій, збільшується їх просвіт, що сприяє хорошій васкуляризації серця і росту м'язових клітин міокарда [2, с. 59].

Домінантну роль у формуванні особистості підлітка відіграють проблеми виховання. Батьки, що надміру опікають дитину, пригнічують її активність (гіперопіка може посилюватись із симптомами серцевих розладів), нав'язують власні інтереси, усувають від проблем, часто декларують завищені вимоги до шкільних успіхів. У таких умовах формуються такі риси характеру, як несміливість, нерішучість, невпевненість в своїх силах, з'являються ускладнення у спілкуванні з однолітками. Ці риси, як правило, призводять до невротизації. Протилежна модель виховання – коли дитина стає кумиром сім'ї, не знає ніяких заборон, отримує велике захоплення незначними

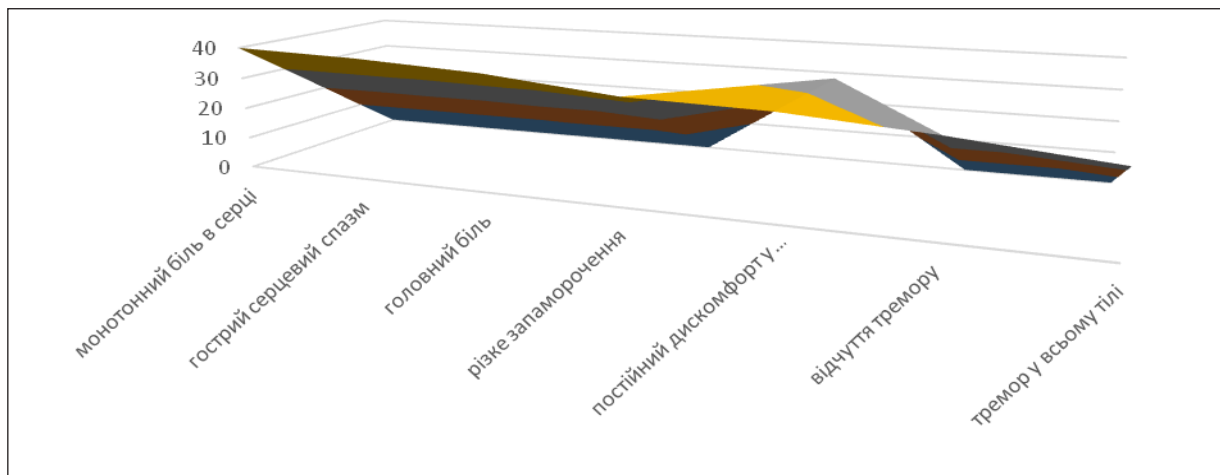


Рис. 4. Симптоми відхилень у соматичному розвитку підлітків із серцево-судинними захворюваннями



Рис. 5. Прояви депресивності у підлітків із серцево-судинними захворюваннями



досягненнями, всі бажання негайно здійснюються. Тоді у неї не формується цілеспрямованість, здатність долати труднощі, стриманість та інші якості, необхідні в спілкуванні з оточуючими, що може виявлятися у нездатності особистості долати ситуації, відповідні вікові, та як наслідок призводити до такого явища, як втеча у хворобу [3, 7].

До соціально-психологічних детермінантів, що зумовлюють розвиток нервово-психічного напруження у підлітковому віці, можемо віднести чотири основних.

1. Навчальний простір, який не завжди толерує індивідуально-психологічні особливості розвитку підлітка. Надлишкова вимогливість та жорсткі рамки у навчальному процесі, надмірні переживання батьків за успішність підлітка, а також зміщення уваги з особистісного розвитку (спілкування з однолітками, налагодження стосунків із протилежною статтю) у навчальну сферу можуть спричинити затримку особистісного та соціального розвитку підлітка.

Підліткам із серцево-судинними захворюваннями властивий високий рівень схильності до депресій, такі ознаки, як негативний емоційний фон, зміни мотиваційної сфери, когнітивних уявлень та загальної пасивності поведінки, різке зниження самооцінки, що майже не спостерігається у здоровій групі підлітків. Серед експериментальної групи простежується закономірна тенденція уникнення сексуальної тематики та погано сформована статева самоідентичність підлітків. У контрольній групі спостерігається зворотна ситуація: у цих досліджуваних високий інтерес до сексуальної сфери та виражена статева самовизначеність (рис. 1).

2. Наявність несприятливої індивідуально-психологічної ситуації розвитку (батьківська сім'я, яка перебуває у стані розлучення, неповна сім'я, надлишкова турбота або неспроможність батьків забезпечити побутове благополуччя підлітка). Результати нашого дослідження підлітків із серцево-судинними захворюваннями та їх здорових однолітків засвідчують, що більшість підлітків із серцево-судинними розладами зростають у неповних сім'ях (рис. 2).

3. Відхилення у нервово-психічному розвитку (декомпенсованість особистісних властивостей). Серед досліджуваних підлітків із серцево-судинними захворюваннями виявлено вищий рівень тривожності, занижену самооцінку, агресивність, фіксацію на самозахисті на відміну від їх здорових однолітків (рис. 3).

4. Відхилення через симптоми та відчуття у соматичному розвитку. Внаслідок клінічного інтерв'ювання підлітків із сер-

цево-судинними захворюваннями можемо дійти висновку, що їм властиві, окрім фіксованого діагнозу, скарги на такі соматичні прояви: монотонний біль у серці, гострий серцевий спазм, головний біль, різке запаморочення, постійний дискомфорт у грудній клітці, відчуття тремору та затерпання у руках, тремор у всьому тілі (рис. 4).

До особистісних змін у підлітків із серцево-судинними захворюваннями можемо віднести невротизацію, депресивність та емоційну вразливість.

Підліткам із серцево-судинними захворюваннями властива невротизація особистості, що характеризується: страхами, соматовегетативними (енурез, блювота) і руховими розладами (різке запаморочення та втрата координації, відчуття тремору та затерпання у руках, тремор у всьому тілі).

До факторів, що впливають на невротизацію підлітків, відносяться конфлікти (внутрішні або зовнішні), емоційне перенапруження, психотравмуючі переживання задовго до серцево-судинного захворювання або депривація внаслідок госпіталізації. Звісно, форми реагування залежать від особистісних особливостей нервової системи підлітка, тобто її лабільності [1; 6].

Підліткам із серцево-судинними захворюваннями притаманні психологічні симптоми невротизації, пов'язані з емоційними проявами, до них можна віднести: тривожність і плаксивість; надмірну вразливість; проблеми з самооцінкою; різкі перепади настрою; порушення комунікативної функції; нав'язливі страхи.

Фізичні симптоми невротизації включають в себе виникнення різних соматичних дисфункцій в організмі, таких як підвищене та постійне відчуття втоми без об'єктивних причин; безсоння; нав'язливий, монотонний біль в серці або серцеві спазми; порушення апетиту; вегето-судинна дистонія; вегетативні дисфункції.

Зазвичай при серцево-судинних розладах обстежувані підлітки скаржаться на короточасний біль у серці, інколи з відчуттями стискання, «завмирання» серця, зміни частоти серцебиття (частіше пришвидшення, аніж уповільнення), коливання артеріального тиску. Ці симптоми, як правило, свідчать про полісистемність та психосоматичний компонент цих розладів. Як правило, батькам хворих підлітків властиві патологічні прояви характеру на рівні акцентуації, часто тривожність, вразливість та підвищення афективного збудження. Водночас до менш значимих соціально-психологічних детермінантів відносяться: сиблінгова позиція та специфіка взаємодії в сім'ї, схильність підлітка до

психоемоційного перевантаження, неповна, конфліктна чи стигматизована сім'я, а також акцентованість рис характеру самого підлітка (істеричний, емоційно-лабільний, лабільно-істеричний) [1, 2].

Динаміка серцево-судинної функціональної патології характеризується поступовим наростанням і ускладненням симптоматики, що акцентується паралельно з фіксацією патологічних форм реагування центральної нервової системи у вигляді активних розладів і формуванням депресивного настрою. Депресивні порушення, що визначають патогенез функціональних серцево-судинних розладів, мають різні типи – астеничний, тривожний і астено-тривожний, з яких найбільш частим є тривожний [5, с. 12]. За результатами діагностики підлітків із серцево-судинними розладами, які перебували на лікуванні у стаціонарі, виявлено такі форми депресій (рис. 4).

Гострі хронічні соматичні захворювання глибоко переживаються підлітками, виступаючи причиною загострення преморбідних рис. В контексті психосоматичного підходу Д.М. Ісаєв виокремлює низку детермінантів, що формують підвищену сенситивність дитини до емоційних стресів, ускладнюють психологічний і біологічний захист, полегшують виникнення й обтяження перебігу соматичних захворювань [4]. До них відносяться наступні фактори: неспецифічна спадковість і вроджена обтяженість соматичними порушеннями і дефектами; спадкова схильність до психосоматичних розладів; нейродинамічні зрушення (порушення діяльності ЦНС); особистісні властивості особливості психічного і фізичного стану в контексті пережитою підлітком психотравмуючої ситуації; несприятливість сімейних та інших соціальних факторів.

В контексті вегетологічної думки А.М. Вейн вважає, що надзвичайно важко знайти виразні психологічні кореляти соматичним розладам. Виходячи з цього, на думку дослідника, невірно було б цілком заперечувати відому роль специфічності психологічного конфлікту. Тому А.М. Вейн підкреслює вагомість неспецифічного психологічного конфлікту – емоційного стресу в конкретній формі розгортання певного захворювання. Зокрема, виокремлюючи роль таких факторів [4, с. 60]: спадкова схильність; значення раннього онтогенезу натального періоду, первинних умов виховання, рівномірного фізіологічного дозрівання мозкових функціональних систем; анамнестичні дані про хворий орган, ураження його інфекцією, температурними впливами, що підготували його до вибіркової реактивності у відповідь на неспецифічний емоційний стрес; зв'язок із вихідним функціональним станом системи, що уражається, вплив біоритмічних коливань; конституційні особливості реактивності вегетативної нервової системи. Тож, соматизація виникає у тому випадку, коли копінг-стратегії не включаються, тобто агресивні імпульси спричиняють підвищений кров'яний тиск, а він у свою чергу провокує серцевий спазм.

До коронарних захворювань призводять певні типи поведінки, яку вперше описали Р. Роземан та М. Фрідман як загрози для виникнення ішемічних захворювань серця, поведінку типу А, якою ця група хворих на основі своїх особистісних характеристик реагує на різні ситуативні вимоги. Вони протиставили цим реакціям поведінку типу Б, яка займає протилежний полюс на шкалі реагувань. Пізніші дослідження показали, що ознаки типу А і Б є об'єктивно спостережуваними елементами поведінки,

Таблиця 1

Факторне навантаження у групі досліджуваних підлітків із серцево-судинними захворюваннями

Назва фактору	Назва показника	Факторне навантаження	Загальна дисперсія
Емоційні особливості підлітків	Фіксація на перешкоді	0,7765	20,5
	Фіксація на самозахисті	0,7923	
	Інтропунітивність	0,6964	
	Імпунітивність	0,6305	
	Емоційна напруженість	0,6378	
	Тривожність	0,5574	
	Ригідність	0,6807	
	Асоціальна поведінка	0,5525	
Вплив сімейного середовища на формування особистості підлітків	Неповна сім'я	-0,7124	10,7
	Аутизація	0,5653	
	Конфліктність	0,7687	
Самооцінка підлітків	Тривожність	0,5354	9,9
	Конфліктність	0,7788	
	Почуття неповноцінності	0,7190	
	Ворожість	0,6826	



але швидше являють собою загальні чинники ризику психосоматичних захворювань і не дають можливостей каузального пояснення серцевих розладів [3].

За допомогою багатофакторного аналізу емпіричних даних, отриманих у групі досліджуваних підлітків із серцево-судинними захворюваннями, нами виокремлено три фактори: емоційні особливості підлітків, вплив сімейного середовища на формування особистості підлітків та самооцінка підлітків.

Фактор 1 – «Емоційні особливості підлітків» – пояснює 20,5% дисперсії. До цього фактору увійшли шкали: фіксація на перешкоді (0,7765); фіксація на самозахисті (0,7923); інтропунітивність (0,6964); імпульсивність (0,6305); емоційна напруженість (0,6378); тривожність (0,5574); ригідність (0,6807); асоціальна поведінка (0,5525).

Найбільше факторне навантаження має шкала «фіксація на самозахисті», а найменше – «інтропунітивність». Цей фактор вказує на те, що зосередженість особистості на труднощах, перешкодах пов'язана із прагненням захистити власне «Я» від травмування, нав'язливе бажання знівелювати фруструючу ситуацію або ж відпустити її на самостійне вирішення. Фруструюча ситуація викликає підвищене хвилювання та емоційну напруженість і надмірне зосередження на негативних переживаннях та виражається у протидії вимогам оточуючих.

Хворі підлітки схильні до того, щоб наполегливо оберігати свій емоційний світ. І водночас вони уникають протистояння, боротьби, суперечок та схильні до раціоналізації. Психологічними причинами загострення серцевих проблем є ситуації спокуси, які близькі до самопожертви, або до прихованої агресії, яка при потребі захищатись вивільняється у вигляді серцевого спазму.

Фактор 2 – «Вплив сімейного середовища на формування особистості підлітків» – пояснює 10,7% дисперсії. До цього фактору увійшли шкали: «неповна сім'я», «аутизація», «конфліктність».

Найбільше факторне навантаження має шкала «конфліктність», а найменше – «неповна сім'я». Цей фактор вказує на те, що виховання підлітків у неповній сім'ї формує такі характерологічні властивості, як замкнутість, ідеалістичність мислення, мовчазність, відсутність контактності та сприяє формуванню конфліктності як властивості особистості, оскільки, виховуючись у неповній сім'ї, підлітки не можуть переймати взірці адекватної поведінки батьків – вміння конструктивно відреагувати власні емоції, долати конфлікти, налагоджувати близькі стосунки з оточуючими.

Фактор 3 – «Самооцінка підлітків» – пояснює 9,9% дисперсії. До цього фактору увійшли шкали: «тривожність» (0,5354); «конфліктність» (0,7788); «почуття неповноцінності» (0,7190); «ворожість» (0,6826).

Найбільше факторне навантаження має шкала «конфліктність», а найменше – «тривожність». Цей фактор вказує на те, що почуття неповноцінності у підлітків із серцево-судинними захворюваннями пов'язане із тривожністю та конфліктністю, оскільки особистість, не маючи впевненості у собі, втрачає віру у власні сили, неадекватно оцінює свої можливості, катастрофізує труднощі; внаслідок цього у неї розвивається вороже ставлення до оточуючих (табл. 1).

Висновки з проведеного дослідження. Серцево-судинні захворювання у підліткової віці мають у собі значний психосоматичний компонент, що проявляється як наслідок особистісної та соціальної дезадаптації підлітків і переходить в невротизовані та депресивні прояви симптомів захворювання, що детермінують особливості соціальної поведінки підлітків. Факторний аналіз підтверджує, що підлітки із серцево-судинними захворюваннями прагнуть захистити власне «Я» від перешкод, відпускаючи на самостійне вирішення фруструючі ситуації, вони не вміють конструктивно відреагувати власні емоції, вирішувати конфлікти, налагоджувати близькі стосунки з оточуючими. Підліткам із серцево-судинними захворюваннями властивий підвищений рівень тривожності та невпевненість у собі. Тож ми з'ясували, що функціонування серцево-судинної системи безпосередньо пов'язане з діяльністю психіки людини, патологічний процес, призводячи до зміни функціонування внутрішніх органів, обов'язково спричиняє зміну психічної діяльності і навпаки. Результати численних досліджень і зокрема наші свідчать, що між соматичними та психічними дисфункціями є чіткий і закономірний взаємозв'язок.

Подальші дослідження можуть бути скеровані на діагностику ставлення до хвороби підлітків із серцево-судинними захворюваннями через призму соціально-психологічних детермінантів виникнення дисфункцій.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вітенко І.С. Зміни психіки при соматичних розладах – актуальна проблема медичної психології / І.С. Вітенко // Медична освіта. – 1999. – № 1 – С. 48–50.
2. Внутрішня картина здоров'я дітей і підлітків як психологічний феномен / Г.В. Кукуруза, О.Е. Беляєва, О.О. Кирилова, С.М. Целюрик // Наук. зап. Ін-ту психології АПН України. – 2007. – Вип. 32. – С. 148–157.

3. Рольник Г.І. Роль психологічного налаштування у розвитку серцево-судинних захворювань / Г.І. Рольник // Мед. аспекти здоров'я. – 2011. – № 8. – С. 70–74.

4. Щеглова Л.В. О функциональных заболеваниях сердца у лиц молодого возраста / Л. В. Щеглова // Сов. медицина. – 1989. – № 11. – с. 58–61.

5. Коцур Н.І. Психогігієна: навч. посіб. / Н. І. Коцур, Л.С. Гармаш. – Чернівці: Книга – XXI, 2006. – С. 210–287.

6. Хомич Г.О. Невротичні зрушення у дітей як наслідок переживання тривалої соціально-психологічної депривації / Г.О. Хомич // Гуманітарний вісник. – Переяслав-Хмельницький ДПі імені Г.С. Сковороди. – Вип. 2. – С. 139–146.

7. Czubalski K. Psychologiczne i psychosomatyczne aspekty chorób serca, [w:] Psychologia lekarska / K. Czubalski, M. Jarosz (red.), PZWL: Warszawa, 1988. – С. 452–459.

УДК 159.972

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ ДОСТУПА К ТРАВМАТИЧЕСКИМ ВОСПОМИНАНИЯМ В БОДРСТВУЮЩЕМ СОСТОЯНИИ СОЗНАНИЯ КЛИЕНТА

Николаенко С.А., к. психол. н.,
доцент кафедры психологии

Сумский государственный педагогический университет
имени А.С. Макаренко

В статье показано, что доступ травматическим воспоминаниям в бодрствующем состоянии сознания клиента может быть реализован с помощью методов свободных ассоциаций, эпистемологической метафоры Д. Гроува, обнаружения исходной причины на линии времени, а также в процессе десенсибилизации и переработки движениями глаз на этапе определения предмета воздействия.

Ключевые слова: травматические воспоминания, доступ к травматическим воспоминаниям, методы доступа к травматическим воспоминаниям.

У статті показано, що доступ травматичних спогадів у бадьорому стані свідомості клієнта може бути реалізований за допомогою методів вільних асоціацій, епістемологічної метафори Д. Гроува, виявлення вихідної причини на лінії часу, а також у процесі десенсибілізації та перероблення рухами очей на етапі визначення предмета впливу.

Ключові слова: травматичні спогади, доступ до травматичних спогадів, методи доступу до травматичних спогадів.

Nikolaienko S.A. SOME METHODS OF ACCESS TO TRAUMATIC MEMORIES IN THE WAKING STATE OF CONSCIOUSNESS CLIENT

The article shows that the client access traumatic memories in the waking state can be realized by using the method of free association, epistemological metaphor D. Grove, root cause detection in the timeline, as well as in eye movement desensitization and reprocessing at the stage of determining the impact of the subject.

Key words: traumatic memories, access to traumatic memories, methods of access to traumatic memories.

Постановка проблеми. Модель SCORE, розроблена Р. Дилтсом і Т. Епштейном в 1987 році, представляє собою мінімальний набір елементів інформації, необхідних в будь-якому процесі змін або психотерапії. В відповідності з вказаною моделлю для ефективного рішення психотерапевтичної проблеми необхідно встановити відносини між наступними елементами: симптомами, причинами, результатами, ресурсами, ефектами [2, с. 106–112].

Згідно з моделлю SCORE, в процесі руху до бажаного стану клієнта виникають *симптоми* в формі обмежень, опору або перешкоди в досягненні результату. Як правило, симптоми

являються найбільш помітним аспектом психотерапевтичної проблеми.

Безумовно, щоб ефективно вирішити проблему, необхідно знайти і усунути *причини* цих або інших симптомів або набору симптомів. Якщо працювати тільки з симптомами, це принесе клієнту лише тимчасове полегшення. Однак часто причини не занадто очевидні, більш обширні, більш системні по своїй природі, ніж конкретні симптоми, які проявляються в даний момент.

В психотерапії розрізняють наступні чотири типи причин, які можуть викликати симптоми. «*Формальні причини*» пов'язані з тим, як людина сприймає, організує і фільтрує поточні події.