



УДК 159.942.-053.67:516-008.6

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ВЕГЕТО-СУДИННОЇ ДИСТОНІЇ

Дзюбенко О.А., к. психол. н.,
доцент кафедри психології і педагогіки

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

У статті подано теоретико-емпіричне дослідження синдрому вегето-судинної дистонії як проблеми психосоматичної медицини. Визначено чинники, які призводять до його розвитку. Проаналізовано результати емпіричного дослідження психоемоційного стану осіб юнацького віку із синдромом вегетативної дисфункції.

Ключові слова: психоемоційний стан, юнацький вік, стрес, вегето-судинна дистонія, соціально-психологічна адаптація.

В статье представлено теоретико-эмпирическое исследование синдрома вегето-сосудистой дистонии как проблемы психосоматической медицины. Определены факторы, приводящие к его развитию. Проанализированы результаты эмпирического исследования психоемоционального состояния лиц юношеского возраста с синдромом вегетативной дисфункции.

Ключевые слова: психоемоциональное состояние, юношеский возраст, стресс, вегето-сосудистая дистония, социально-психологическая адаптация.

Dziubenko O.A. THE PECULARITIES OF THE ADOLESCENTS' PSYCHO-EMOTIONAL STATE WITH A VEGETATIVE-VASCULAR DYSTONIA SYNDROME

The article is dedicated to the theoretical-empirical research of the vegetative-vascular dystonia syndrome as a problem of the psychosomatic medicine. The factors, which lead to its development, are indicated. The results of the empirical research of the adolescents' emotional state with a vegetative-vascular dystonia syndrome are analyzed.

Key words: emotional state, adolescent age, stress, vegetative-vascular dystonia, social-psychological adaptation.

Постановка проблеми. Сучасна медицина розглядає вегето-судинну дистонію (далі – ВСД) як симптомокомплекс різних клінічних проявів, які виникають як результат відхилень у структурі та функціонуванні периферійних відділів вегетативної нервової системи. Ознаки ВСД діагностують у багатьох людей, проте і лікарі, і психологи наголошують на психосоматичній основі цього розладу, причини якого криються у частих стресових ситуаціях, які призводять до гострих психоемоційних переживань особистості. Юнацький вік у цьому плані є одним із найбільш сензитивних, оскільки особистість у цьому віці стає на шлях дорослого життя, сповненого новими завданнями, вирішення яких вимагає розвиненої стресостійкості та особистісної готовності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вегетативна регуляція організму людини забезпечується вегетативною нервовою системою, яка регулює діяльність внутрішніх органів, залоз, кровоносних та лімфатичних судин, непосмугованих та деяких посмугованих м'язів, обмін речовин. Вегетативну нервову систему поділяють на два відділи: симпатичний і парасимпатичний. Їх впливи на організм людини найвищою мірою антагоністичні. Симпатичний відділ прискорює ритм роботи серця, розширює зіниці, гальмує секрецію шлун-

кових залоз тощо. До цього він ідентифікує діяльність організму в умовах, які потребують мобілізації фізичних сил та стимулює його протистояння зовнішнім проблемам. Парасимпатичний, навпаки, затримує ритм роботи серця, звужує зіниці, збуджує секрецію шлункових залоз тощо. Він забезпечує відновлення ресурсів, витрачених під час напруженої роботи. Парасимпатичне домінування веде індивіда від зовнішніх проблем у просте вегетативне існування [8].

За умови порушення нейрогуморальної регуляції вегетативних функцій може виникнути вегето-судинна дистонія, або вегето-судинна дисфункція (далі – ВСД). Цей розлад розповсюджений у лікувально-діагностичній практиці та означає різноманітні за походженням та проявами, проте функціональні вегетативні порушення. Розвитку вегето-судинної дистонії сприяють різні чинники, які мають свої клінічні прояви. Серед них А. Вейн виділяє такі:

1. ВСД конституційного характеру. Проявляється у ранньому дитинстві та характеризується нестійкістю вегетативних параметрів: швидка зміна забарвлення шкіри, виділення поту, коливання частоти серцевих скорочень та артеріального тиску, біль у шлунково-кишковому тракті, нудота, погане перенесення фізичного та розумового напруження, ме-

теотропність. Так проявляється схильність до посилення вищевказаних проявів під час несприятливої дії зовнішнього середовища. Нерідко ці розлади носять сімейно-наслідковий характер. З віком, за умови правильного виховання, загартування діти досягають компенсації, хоча все життя залишаються вегетативно-стигматизованими.

2. ВСД психофізіологічної природи. Виникає у здорових людей на фоні гострого або хронічного стресу. Емоційно-вегетативно-ендокринні реакції на гострий стрес є нормальною фізіологічною відповіддю організму і не можуть вважатися патологічними. Проте надмірні та неадекватні реакції, подовженість і частота їх на фоні хронічного стресу, порушення адаптаційних можливостей людини є вже патологічними. Основу їхніх клінічних проявів складає психовегетативний синдром. Масовий прояв ВСД психофізіологічної природи спостерігається під час катастроф, землетрусів та інших стресових і екстремальних ситуаціях.

3. ВСД під час гормональної перебудови. До них належить період підліткового віку. У цьому віці є дві можливі причини появи вегетативного синдрому. Перша – виникнення нових ендокринно-вегетативних взаємозв'язків, які вимагають формування інших інтегративних патернів. Друга – швидке зростання організму, часто пов'язане з акселерацією, збільшенням росту, при якому відбувається розрив між новими фізичними параметрами та можливостями судинного забезпечення. Типові прояви ВСД під час гормональної перебудови: коливання артеріального тиску, емоційна нестійкість, порушення терморегуляції.

4. ВСД, якщо є органічні соматичні захворювання. При багатьох соматичних захворюваннях (гіпертонічних, ішемічних, виразкових – *О.Д.*) нерідко формується психо-вегетативний синдром. Це порушення є суттєвим чинником патогенезу, виникає до кінцевого становлення вказаних захворювань і носить психофізіологічний характер.

5. ВСД, якщо є органічні захворювання нервової системи.

6. ВСД, якщо спостерігаються професійні захворювання.

7. ВСД, якщо є неврози, – одна з найбільш частих форм, яка викликає вегетативні порушення.

8. ВСД, якщо є психічні захворювання. Ідеться, насамперед, про афективно-емоційні особистісні порушення [2].

Психологи виділяють емоційно-афективні та когнітивні чинники ВСД. До емоційно-афективних відносять низький рівень стресостійкості та інтрапсихічні конфлікти [4]. Стрес викликає патогенний ефект, пов'язаний із різними складними ситуаціями життя або зі збільшенням кількості життєвих подій, пов'язаних із переживанням можливої загрози,

при афективному сприйнятті дійсності [5]. Конфлікти, зокрема інтрапсихічні, виникають між інтенсивністю потреб та соціальними нормами, агресією та соціальними вимогами, потребою у соціальних контактах і неможливістю їх створення. У такому разі затяжний конфлікт є основою, яка під час дії додаткового неспецифічного стресу може призвести до маніфестації хвороби у вигляді вегетативного кризу [6]. До когнітивних чинників відносять: пам'ять про минулий досвід, очікування небезпеки, несприятливу оцінку зовнішньої ситуації, відчуття безпомічності, невизначеності та втрату контролю над ситуацією [2]. Подібні емоційно-афективні та когнітивні реакції спостерігаються у нових життєвих ситуаціях, а саме у період, коли особистість ще не набула адаптаційних форм поведінки.

Найбільш яскравий і драматичний прояв синдрому вегетативної дистонії – вегетативний криз. Його визначають як поєднання гострих емоційних, вегетативних, когнітивних та поведінкових реакцій, які виникають у порівняно короткий проміжок часу у вигляді нападу. Є холінергетичний криз: почуття страху, смутку, нудота, «урчання» у животі, діарея, виділення поту, міоз, брадикардія, підвищення артеріального тиску. Також є адренергічний криз: почуття тривоги, збудження, плямиста гіперемія шкіри обличчя, тремор кінцівок, розширення зіниць, тахікардія, підвищення артеріального тиску, поліурія, іноді лейкоцитоз, гіперглікемія [3].

Отже, вегето-судинна дистонія може виникнути у будь-якої людини, проте для цього необхідні сильні фізичні або емоційні навантаження. Перебіг синдрому може бути перманентним, з хвилеподібним посиленням та послабленням – залежно від динаміки стану, з яким пов'язаний його розвиток та від зміни соціальної ситуації розвитку особистості.

Соціальна ситуація розвитку змінюється відповідно до кожного нового вікового етапу життя людини. Соціальні зміни, які виникають у юнацькому віці, пов'язані із переходом від дитинства до дорослого життя. «У цей час особистість опиняється на порозі реального дорослого життя і дивиться на теперішнє з позиції майбутнього, шукає сенс свого існування» [1, с. 233].

Основні питання, які доводиться вирішувати у юнацькому віці, пов'язані із професійним самовизначенням, працею, самореалізацією, міжособистісними стосунками. У цей час активно продовжує розвиватись процес диференціації та індивідуалізації поведінки, який завершується формуванням індивідуального стилю діяльності. Головна проблема емоційної сфери осіб юнацького віку полягає у досягненні близькості та ідентичності. Близькість – основа стосунків, які складаються із таких емоцій, як інтерес-збу-



дження, задоволення-радість. Проте часто в міжособистісних стосунках присутнє почуття ревності, яке може виражатися емоцією гніву, печалі, злості тощо. Ідентичність – умова психічного здоров'я, вона дозволяє особистості усвідомлювати себе у всьому розмаїтті своїх ставлень до навколишнього світу та визначає систему її цінностей, ідеалів, життєвих планів, соціальних ролей із відповідними формами поведінки. Якщо у людини не сформується ідентичність і вона не знайде себе, свого місця у суспільстві, то почуватиметься «втраченою». Тільки реалізована ідентичність особистості (довіра до світу, самостійність, ініціативність, компетентність – *О.Д.*) дозволяє вирішити головне завдання, яке ставить перед нею суспільство, – самовизначення, вміння розробити свій життєвий план. Молода людина, вступаючи у доросле життя, стоїть перед необхідністю прийняття рішень із багатьох проблем [1; с. 7].

Насправді всі зазначені новоутворення перерешуються між собою і породжують багато труднощів, пов'язаних із адаптацією до нових умов життєдіяльності. А процес соціально-психологічної адаптації часто супроводжується стресами і негативними емоційними переживаннями, наслідком яких може бути виникнення синдрому вегето-судинної дистонії.

Постановка завдання. Оскільки синдром вегето-судинної дистонії має психогенну природу і є наслідком негативного психоемоційного стану людини, а чинників для його появи у юнацькому віці достатньо, відповідно до нової соціальної ситуації розвитку було поставлено завдання емпірично дослідити особливості психоемоційного стану осіб юнацького віку із синдромом ВСД.

Виклад основного матеріалу дослідження. У дослідженні брало участь 92 особи, серед яких 65 дівчат та 27 хлопців, віком від 19 до 22 років. Дослідження проводилось серед студентів двох столичних Вузів (Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова – *О.Д.*).

Досліджуваним була запропонована батарея методик, що включала: 1) анкету, спрямовану на визначення симптоматичних скарг та особливостей життєдіяльності студентів із ВСД; 2) методику «Оцінка рівня реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін); 3) тест кольорових виборів М. Люшера, який дозволив дослідити емоційно-функціональний стан досліджуваних, їх коефіцієнт вегетативного балансу; 4) методику «Шкала диференційованих емоцій» (К. Ізард), яка спрямована диференціювати та виокремити переважаючі емоційні реакції осіб юнацького віку.

У результаті емпіричного дослідження було встановлено, що загальна кількість досліджуваних, які відзначили у себе симптоми ВСД,

складає 72%, у 28% вони відсутні. Серед дівчат відсоток із ВСД складає 81%, серед юнаків – 60%. Проблеми в серцево-судинній системі відчувають 53% досліджуваних, вони відзначили, що у них спостерігається відчуття «завмирання» або «зупинки» серця, особливо під час хвилювання, і безпричинно підвищене серцебиття, частий головний біль (52%), до цього у дівчат така тенденція у два рази вища, ніж у хлопців. Порушення у кишково-шлунковому тракті спостерігається у 39% досліджуваних, до цього дівчатам вони виявились більш притаманні (59%). Підвищене потовиділення характерне 35% досліджуваних. Порушення сну, яке проявляється у недосипанні та відчутті втоми вранці, у 36%. Також студенти відмітили труднощі засипання, неглибокий сон із частими пробудженнями (21%). Почуття зниженої працездатності відчувають 30%.

Отже, основними симптоматичними проявами вегето-судинної дистонії у осіб юнацького віку є: порушення у серцево-судинній системі, кишково-шлунковому тракті, головний біль, підвищене потовиділення, порушення сну, почуття зниженої працездатності та підвищеної втомлюваності.

До основних причин, які викликають симптоми ВСД, юнаки віднесли: хвилювання, роздратованість, стрес, перевтому, депресію, зміни клімату, недосипання, а 26% досліджуваних не змогли пояснити причини появи симптомів. Причини, які вказали дівчата: перевтома, хвилювання, недосипання, напружені ситуації, хвороба, стрес, проблеми у міжособистісних стосунках, депресія, апатія, агресія, страх, кліматичні зміни.

Отже, симптоми вегето-судинної дистонії виникають внаслідок впливу на молодь складних життєвих ситуацій та проявляються у напруженні, хвилюванні, страху, депресивних проявах та перевтомі організму.

У 65% дівчат симптоми ВСД знижують їх працездатність, негативно впливають на настрій, призводять до перевтоми, роздратованості, розсіяності, слабкості та неможливості зосередитися. Не впливають на працездатність та ігноруються у 35% досліджуваних. Показники серед юнаків інші: у 67% прояви симптомів не впливають на працездатність, вони не вважають ВСД проблемою та продовжують вести активний спосіб життя. Помічають короткочасний вплив ВСД на активність та працездатність 11% юнаків. Отже, дівчата більше звертають увагу на свій функціональний стан, ніж хлопці. Вони негативно ставляться до порушень і бажують їх усунути. У юнаків домінує унікаюча тактика поведінки, вони намагаються ігнорувати симптоматику, ніж їй протидіяти.

По допомогу до лікаря зверталися лише дівчата (35%), а проходили курс лікування 21%,

до цього вони страждають від ВСД постійно та скаржаться на те, що лікування, яке включало вживання медикаментів і відпочинок, їм не допомогло. Психологічної допомоги досліджувані не отримували і не знають про її переваги та можливості.

Досліджуваним із вираженими симптомами ВСД було запропоновано діагностувати свій психоемоційний стан. За допомогою методики «Оцінка рівня реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін) було встановлено, що у них домінує помірний рівень реактивної тривожності (52%), у 43% виявився високий, а у 5% – низький. Результати за шкалою особистісної тривожності мали схожу тенденцію – у більшості переважає помірний рівень особистісної тривожності (47%), проте у 31% досліджуваних домінує високий. Високий рівень особистісної тривожності корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями. Отже, було встановлено, що найбільш вираженим рівнем є помірний відповідно до двох типів тривожності. Проте реактивна та особистісна тривожність осіб юнацького віку із синдромом ВСД має виражену тенденцію до зростання.

Результати діагностики за методикою кольорових виборів М. Люшера засвідчили тенденцію у послідовності вибору досліджуваними кольорів – помаранчевий, фіолетовий, жовтий, зелений, синій, сірий, коричневий, чорний. Аналіз такої послідовності свідчить про активність щодо самореалізації досліджуваних, високу мотивацію досягнень, потребу у домінуванні, високу самооцінку, протидію обставинам, схильність до ризику, мужність, проте все це поєднується з рисами емоційної незрілості, підвищеним стремлінням до незалежної позиції, ірраціональністю, завищеним рівнем домагань, інфантильністю, прагненням звернути на себе увагу. Основний спосіб дії – активна самореалізація в умовах завищеного рівня домагань, інфантильності. Мета діяльності – актуалізація на підвищенні соціального статусу. Емоційна оцінка справжнього стану речей – потреба в емоційному включенні. Подавлена потреба – потреба розпоряджатися своєю долею.

До того ж за методикою М. Люшера був підрахований показник невротизації – коефіцієнт вегетативного балансу, що вказує на вегетативно-емоційний стан досліджуваних, енергетичний показник затрати енергії. Вегетативний коефіцієнт дає можливість визначити тенденцію за ерготропним або трофотропним тону. Ідеться про готовність до затрати енергії, якщо яскраві кольори знаходяться на перших позиціях, та про перевагу і потребу у спокої, якщо яскраві кольори пересуваються у кінець ряду. За результатами психодіагностики було

встановлено, що у 63% досліджуваних переважає ерготропний тонус. Це свідчить про те, що вони готові витратити енергію, знаходяться в активному, діючому стані. Проте 37% відчували потребу у спокої, були втомлені та мали бажання відпочити, їх тонус трофотропний. Отже, середній показник вегетативного балансу ерготропний, вегетативно-емоційний стан більшості досліджуваних позитивний та спрямований на активні дії.

За шкалою диференційованих емоцій К. Ізарда було вивчено загальний емоційний стан досліджуваних студентів. Детальний аналіз емоційного стану, представлений шкалою диференційованих емоцій, дозволяє простежити динаміку широкого спектра емоційних переживань. Результати цього аспекту дослідження були проаналізовані за середніми показниками вираження кожної з емоцій відповідно до загальної вибірки досліджуваних. Так, домінуючими емоціями є: здивування, інтерес, печаль, гнів, страх. Натомість середній показник емоції радості виявився низьким. Як відомо, здивування – емоція «очищення каналів», вона звільняє провідні нервові шляхи, готує їх до нової активності, яка відрізняється від попередньої. Оскільки юнацький вік є перехідним до дорослого життя, то відчуття здивування є реакцією на нову соціальну ситуацію розвитку. Інтерес відіграє важливу мотиваційну роль у формуванні та розвитку навичок, вмінь та інтелекту, забезпечує працездатність. Негативною стороною відчуття інтересу є наявність імпульсивності та напруження, що закономерно у ситуаціях новизни та невизначеності. Почуття фізичної або психологічної несвободи породжує переживання емоції гніву, яка мобілізує енергію, необхідну для самозахисту. Гнів стимулює людину відстоювати свої права, захищаючи себе як особистість, він не обов'язково призводить до агресії, хоча є одним із компонентів агресивної мотивації. Отже, для досліджуваних із проявами ВСД характерним є почуття незахищеності, тривожності, а невміння віднайти правильну поведінку у нових ситуаціях провокує такий механізм захисту, як агресія. Цим ми пояснюємо і домінування емоції страху, як стремління до активності, яка спрямована на уникнення загрози або її усунення. Домінування емоції печалі свідчить про смуток, почуття самотності та ізоляції, які пов'язані із втратою чогось важливого. Механізм захисту при цьому – втеча у хворобу. А відсутність радості породжує замкнутість, блокує інтуїцію та творчі здібності особистості.

Висновки з проведеного дослідження. На основі проведеного теоретико-емпіричного дослідження ми дійшли таких висновків:

1. Основу ВСД складають порушення нормального процесу вегетативної регуляції у діяльності внутрішніх органів, які генералізова-



ні по всьому організму людини. Виникненню вегетативних розладів переважно сприяє гострий або хронічний стрес, на який людина реагує сомато-вегетативними та невротичними реакціями. Якщо є вегето-судинна дистонія, то невротичний симптом наявний обов'язково, у такий спосіб обумовлюється стійкість та суб'єктивна важкість розладу. ВСД може виникнути у будь-якої людини залежно від динаміки її функціонального стану, наявності частих психоемоційних переживань, інтрапсихічних конфліктів і від зміни соціальної ситуації розвитку.

2. Зміна соціальної ситуації розвитку пов'язана з переходом на новий етап життя людини і відсутністю у неї адаптаційних патернів поведінки. Юнацький вік у цьому плані є одним із найскладніших, оскільки саме у цей час відбувається активний перехід від дитинства до дорослості. Перед особистістю постають питання із багатьох нових проблем. Їх вирішення часто супроводжується стресами, гострими емоційними переживаннями. Такий стан може спричинити психосоматичні порушення, зокрема вегето-судинну дистонію.

3. У результаті емпіричного дослідження було встановлено, що переважна більшість осіб студентського віку відмічають у себе наявність синдрому ВСД, а особливо він притаманний представникам жіночої статі. До основних симптоматичних проявів ВСД студенти віднесли: безпричинно підвищене серцебиття, почуття «зупинки» або «завмирання» серця, головний біль, розлади у кишково-шлунковому тракті, підвищене потовиділення, порушення сну, зниження працездатності, втомлюваність. Зазначені симптоми виникають унаслідок стресів, травматичних життєвих ситуацій, перенапруження, хвилювання, страху, тривоги, депресивних переживань, перевтоми. Дівчата більше звертають увагу на свій соматичний і психічний стан, ніж хлопці. Вони негативно ставляться до порушень і бажають їх усунути. У юнаків домінує унікаюча тактика поведінки, вони намагаються ігнорувати симптоматику, ніж їй протидіяти. По психологічну допомогу у протидії синдрому ВСД досліджувані не зверталися.

4. Психоемоційний стан досліджуваних із ВСД нестабільний. Найбільш вираженим рівнем тривожності є помірний по двом типам.

Проте і реактивна, і особистісна тривожність мають тенденцію до зростання. Домінуючими емоціями були визначені здивування, інтерес, печаль, гнів, страх, радість виражена мало. Досліджувані активні, прагнуть самореалізації, схильні до ризику, виражають потребу розпоряджатися своєю долею, проте все це поєднується з інфантильністю, ірраціональністю та потребою в емоційній підтримці. Їх вегетативно-емоційний стан переважно спрямований на активні дії, проте не менше виразними є бажання спокою, відпочинку, відсторонення через перевтому та емоційне виснаження. Отже, для студентів, психоемоційний стан яких пов'язаний із порушеннями у вегетативній нервовій системі, особливо важливо звернутися по психологічну допомогу. Вчасно налагоджений емоційний стан, знання та вміле застосування засобів саморегуляції, зниження рівня тривожності допоможе не тільки запобігти появі вегетативного кризу, але й сприятиме особистісному та професійному зростанню студентської молоді.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вікова та педагогічна психологія / О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук та ін. // Психологія ранньої юності. – К. : Просвіта, 2001. – С. 233–259.
2. Вейн А.М. Вегетативно-сосудистые пароксизмы. Клиника, патогенез, лечение / А.М. Вейн, О.А. Колосова. – М. : Медицина, 1971. – 156 с.
3. Вейн А.М. Вегетососудистая дистония / А.М. Вейн, А.Д. Соловьева, О.А. Колосова. – М. : Медицина, 1981. – 320 с.
4. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс. – Л. : Медицина, 1970. – С. 178–208.
5. Либи́на А. Стиль реагирования на стресс: психологическая защита или совладение со сложными обстоятельствами / А. Либи́на, А. Либи́н // Стиль человека: психологический анализ. – М. : Смысл, 1998. – С. 190–204.
6. Пірен М.І. Конфліктологія : Підручник / М.І. Пірен. – К. : МАУП, 2003. – 360 с.
7. Психология человека от рождения до смерти / Под ред. А.А. Реана. – СПб. : пройм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 656 с.
8. Шабатура М.Н. Біологія людини / М.Н. Шабатура, Н.Ю. Матяш, В.О. Мотузний. – К. : Генеза, 1997. – С. 300–318.