

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ПАЦІЄНТІВ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСТОНІЄЮ

PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF ADOLESCENT PATIENTS WITH VEGETO VASCULAR DYSTONIA

У статті описано психологічний портрет пацієнтів-підлітків із вегето-судинною дистонією за такими трьома векторами, як інтерналізація сімейного досвіду, особистісні особливості, вплив захворювання.

Формування особистості відбувається через рефлексію досвіду в стосунках із найближчим соціальним середовищем – сім'єю, у часі навчального процесу та в спілкуванні з однолітками. Якщо ж соціальний простір, у якому розвивається особистість, не зовсім стимулює екзистенційні змісти, тоді в потребі духовного зростання нею несвідомо провокуються різні глибинні переживання, до яких належать і соматичні відреагування. У цих змістах і вбачається мета особистісного зростання. Таким чином, саме конструктивний виховний процес безпосередньо пов'язаний із формуванням емоційно стабільного та усвідомлюваного Я-образу особистості, що відбувається в процесі рефлексії власних психоемоційних переживань та станів.

Найсуперечливішим етапом у становленні особистості та в динаміці дитячо-батьківських стосунків є підлітковий вік. Це кризовий спосіб взаємодії, коли відбувається нівелювання авторитетності батьків, сімейних установок та правил, що зумовлюється гіперболізованою спробою навчатись здатностей критично мислити, оцінювати та адекватно тестувати реальність. Сепарація дорослішання виявляється в таких етапах, як дистанціювання стосунків із батьківськими фігурами, здатність турбуватись про інших, соціальне благополуччя, готовність до створення своєї сім'ї.

Під нозологічним обтяженням розуміємо характеристику самопочуття, контейнуння та відреагування підлітками батьківського ставлення, а також ставлення самих підлітків до свого захворювання.

Основну увагу звернено на виявлення психоемоційних особливостей досліджуваних, отриманих шляхом інтроспекції в часі госпіталізації, а також аналіз формування психологічних корелятивів захворювання.

Ключові слова: психологічний портрет, підлітки з вегето-судинною дистонією, пси-

хосоматичний підхід, сім'я, емоційні переживання, інтроспекція.

The article describes the psychological portrait of adolescent patients with IRR on three vectors, the first – the internalization of family experiences, the second – personal characteristics, the third – the impact of the disease.

Personality is formed through the reflection of experiences in relations with the immediate social environment – he family, during the learning process and in communication with peers. If the social space in which the personality develops does not sufficiently stimulate the existential meanings, then in the need for spiritual growth it unconsciously provokes various deep experiences, which also include somatic reactions. Actually in these meanings the purpose of personal growth is seen. Therefore, the constructive educational process is directly related to the formation of emotionally stable and conscious self-image of the individual, which occurs in the process of reflection of their own psycho-emotional experiences and states.

The most controversial stage in the formation of personality and in the dynamics of child-parent relations is adolescence. This is a crisis way of interaction, when there is a leveling of the authority of parents, family attitudes and rules, behind this is an exaggerated attempt to learn the ability to think critically, evaluate and adequately test reality. Separation of adulthood is manifested in the following stages: distancing the relationship with parental figures; the ability to care about others; social welfare; willingness to start a family. Under the nosological burden we understand the characteristics of well-being, containment and response of adolescents to parental attitudes, as well as the attitudes of adolescents themselves to their disease.

The main attention is paid to the identification of psycho-emotional features of the subjects obtained by introspection at the time of hospitalization, as well as the analysis of the formation of psychological correlates of the disease.

Key words: psychological portrait, adolescents with vegetative-vascular dystonia, psychosomatic approach, family, emotional experiences, introspection.

УДК 159.96

DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.20.18>

Компанович М.С.

к.психол.н., викладач кафедри психології та психотерапії

Український католицький університет

Постановка проблеми. Нестабільність психічного та соматичного реагування в підлітковому віці часто має демонстративний та динамічний характер. Вона спричинена різноманітними факторами впливу на організм, зокрема соціальними (навантаження на сферу пізнавальних процесів підлітка, навчання та соціальної адаптації, що призводить до втрати підлітком відчуття соціальної захищеності та стабільності) і міжособистісними (ускладнені стосунки між членами сім'ї). Ці

фактори загострюють індивідуальну вразливість підлітка, що спричиняє витіснення цих проблем із внутрішніх переживань у тілесні форми вияву.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Схильність підлітків (порівняно з дорослими) до психосоматичних дисфункцій значно вища. За статистикою, значну частину захворювань у підлітковому віці становлять психічні і, як наслідок, такі захворювання, що базуються на соматичних та поведінкових розладах, на чому

наголошував М. Schur [13; 14]. Захворювання, для яких властива афективна та депресивна компонента, як правило, класифікуються як психосоматичні, або соматизовані (масковані) депресії. Психосоматичні захворювання, особливо в підлітковому віці, проявляються функціональними порушеннями не пов'язаних у роботі органів та систем [9; 10; 16].

Психосоматичну єдність досліджують такі науковці, як Г. Аммон, У. Бауманн, Е. Блейлер. Доказово у своїх працях В. Бехтерев [2] підтвердив можливість виникнення соматичних розладів під впливом психічних змін, до того ж він, як й І. Сеченов [12], був переконаний, що в наукове визначення організму входить середовище, що впливає на нього.

Вегето-судинна дистонія (далі – ВСД) є симптомокомплексом, що характеризує вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи. ВСД рідко класифікується як самостійний розлад, оскільки цей діагноз може свідчити про захворювання ендокринної системи, центральної нервової системи, про розлад кровообігу, серцеві ураження, стреси та психічні дисфункції. Розлади в роботі вегето-судинної системи часто припадають на підлітковий вік, спровокований гормональними змінами в організмі, та, як правило, поєднують у собі також психологічні проблеми, акцентовані риси особистості. Загалом, ВСД спостерігається серед 25% дітей та підлітків. Симптоми ВСД можуть проявлятися лише в стресових ситуаціях або ж бути тловим станом функціонування організму (провокується фізичним виснаженням серцево-судинної системи або постійним психотравмувальним чинником) [1; 4; 7; 8; 9; 10].

Особистісними характеристиками пацієнтів із ВСД, за дослідженнями А. Вейна, Т. Даниленко, І. Мітюрева, Н. Пезешкіана, Ю. Поліщук, М. Хайтович, О. Хомської, Т. Хомуленко та М. Шантручек, є нездатність особистістю прийняти ситуацію, в якій вона перебуває. Особистість має певні потенціали та запити, які не має ресурсу задовольнити. Несвідомою проблемою часто є неспроможність іденти-

фікації особистістю своїх бажань, тобто існує дисоціація між бажаннями та наслідками їх задоволення, оскільки бажання часто не підкоряється раціональному осмисленню і є латентними для особистості.

На думку таких дослідників, як Ю. Губачев [5], Ю. Зимін [7], ВСД є психологічним відреагуванням на ситуацію чи певні кардинальні повороти в житті особистості, що стрімко змінив її стиль життя. Зміни провокують стан хронічного емоційного напруження та стресу. До стресових обставин у житті особистості з ВСД можуть належати навіть раціонально оцінені пацієнтом ситуації як хороші та сприятливі [11].

У контексті психосоматичного підходу до виникнення ВСД є також третя точка зору, дослідниками якої є І. Гурвич [6], І. Ганеліна [3], J. Tuulka [15]. Причиною виникнення симптоматики захворювання ці науковці вважають факт усвідомлення особистістю своєї смертності (бажання жити на повну), тобто переживання особистістю травматичної ситуації (сенсифікації до відчуття небезпеки). Унаочнимо схематично формування психологічних корелятів захворювання в осіб із ВСД на рис. 1.

Запропоноване нами дослідження проводилося в період госпіталізації респондентів на базі Комунального некомерційного підприємства «Львівська 1-ша міська клінічна лікарня імені Князя Лева», Центру «Підліток і сім'я» та Львівського некомерційного підприємства «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Львова, що тривала з 2015 р. до 2018 р. Усього в ньому взяли участь 180 підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями (есенціальна гіпертонія, гіпотонія, вегето-судинна дистонія, аритмія) зі своїми сім'ями, а також 180 підлітків зі своїми сім'ями, які склали контрольну групу.

Для порівняння отриманих даних за нозологією для групи підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями проведено порівняльний однофакторний дисперсійний аналіз (тест Шеффе) при $p < 0,05$. Для цього було виокремлено п'ять груп: перша –

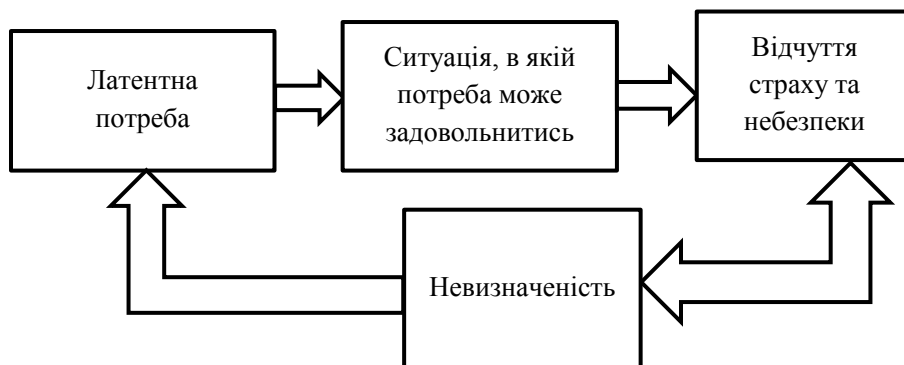


Рис. 1. Формування психологічних корелятів захворювання в осіб із ВСД

підлітки з діагнозом «ессенціальна гіпертонія», друга – із діагнозом «гіпотонія», третя – із діагнозом «вегето-судинна дистонія», четверта – із діагнозом «аритмія», п'ята – із діагнозом «кардіоневроз».

Отримані результати порівняльного аналізу вказують на те, що в підлітків із ВСД переважає (M=3,23) інтровертованість (див. табл. 1).

Для підлітків із ВСД найбільш характерним є алекситимічний тип особистості (M=73,60) (див. табл. 2).

Також у підлітків із ВСД діагностовано меланхолійний тип ставлення до хвороби (M=3,17) (див. табл. 3).

Постановка завдання. Шляхом збору сімейних наративів нами було простежено особливості взаємодії батьків підлітків із ВСД із дітьми від їх народження до теперішнього часу з метою з'ясування особливостей сімейної ситуації на час народження дитини та складання уявлення про психоемоційне тло стосунків підлітка з батьками та сиблінгами, а також окреслення обов'язків, які батьки доручають госпіталізованим підліткам.

Виклад основного матеріалу дослідження. У межах дослідження проведено анкетування, інтерв'ювання та консультативні бесіди з батьками підлітків із ВСД, за результатами яких можемо спостерігати закономірності в дитячо-батьківських стосунках підлітків із ВСД (порівняно з однолітками без проявів захворювання).

Особливості взаємодії батьків із підлітками на час народження. Спостерігається два типи переживання батьками запиту про допомогу в догляді за дитиною. *До першого* належать 63,3% батьківських відповідей, у яких висловлюється думка про усунення, делегування обов'язків у догляді за дитиною довіреним особам. *До другого* типу належать 30,0% відповідей батьків, у яких потреба в допомозі в піклуванні про дитину не була задоволена. Можемо припустити, що ці підлітки у складних для себе життєвих ситуаціях обирають стратегію усунення, про що також свідчить особистий психофізичний стан. Натепер батьки обох типів із задоволеною та незадоволеною потребою в допомозі в піклуванні про дитину також від-

Таблиця 1

Scheffe Test для шкали «інтроверт»

Хв.	Scheffe Test; Variable: Інтроверт Marked differences are significant at p < ,05000				
	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	M=0,0000	M=1,7000	M=3,2333	M=0,0000	M=0,0000
Есенс. гіп. {1}		0,108324	0,000011	1,000000	1,000000
Гіпотонія {2}	0,108324		0,194401	0,114380	0,108324
ВСД {3}	0,000011	0,194401		0,000014	0,000011
Аритмія {4}	1,000000	0,114380	0,000014		1,000000
Кардіо-невроз {5}	1,000000	0,108324	0,000011	1,000000	

Таблиця 2

Scheffe Test для шкали «алекситимічний тип»

Хв.	Scheffe Test; Variable: Алекситиміч. тип Marked differences are significant at p < ,05000				
	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	M=16,400	M=54,967	M=73,600	M=29,931	M=51,800
Есенс. гіп. {1}		0,059248	0,000407	0,932710	0,109143
Гіпотонія {2}	0,059248		0,770435	0,482214	0,999923
ВСД {3}	0,000407	0,770435		0,020783	0,628297
Аритмія {4}	0,932710	0,482214	0,020783		0,633886
Кардіо-невроз {5}	0,109143	0,999923	0,628297	0,633886	

Таблиця 3

Scheffe Test для шкали «меланхолійний тип ставлення до хвороби»

Хв.	Scheffe Test; Variable: Меланхолійний Marked differences are significant at p < ,05000				
	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	M=0,0000	M=3,5667	M=3,1667	M=0,0000	M=0,0000
Есенс. гіп. {1}		0,000397	0,002850	1,000000	1,000000
Гіпотонія {2}	0,000397		0,997572	0,000465	0,000397
ВСД {3}	0,002850	0,997572		0,003226	0,002850
Аритмія {4}	1,000000	0,000465	0,003226		1,000000
Кардіо-невроз {5}	1,000000	0,000397	0,002850	1,000000	

чувають безпорадність у взаємодії з підлітком, зокрема через проблеми у формуванні батьківської ідентичності. Також 6,7% досліджуваних батьків вважають, що їм було важко, але потреба в допомозі не виникла (див рис. 2).

Сприятливість життєвої ситуації на час народження підлітків із ВСД у 66,7% батьківських відповідей схарактеризована як мало-сприятлива, оскільки на час народження підлітків припало багато стресових подій (загроза розлученню, постійні суперечки та конкурвальні стосунки між батьками), 33,3% досліджуваних вважають, що жодних особливих подій на час народження підлітка не припало.

Батьки підлітків із ВСД дають такі характеристики розвитку своїх дітей: 10,0% батьків вважають, що підлітки розвивались дуже активно, у 33,3% – дуже пасивно, 10,0% батьків вважають, що розвиток дитини був проблемним (уразливість дитини, прагнення бути в центрі уваги), 26,7% батьків характеризують розвиток підлітка як безпроблемний, а 20,0% батьків вважають, що підліток потребував особливого піклування.

Стосунки підлітків із ВСД із сиблінгами мають такі характеристики батьків: у 30,0% батьки вважають, що підліток перебуває в конкурвальних стосунках із сиблінгами, 23,3% батьків характеризують стосунки підлітка з сиблінгами як дружні, 30,0% батьків вважають, що стосунки підлітка з іншими дітьми в сім'ї є дуже близькими, 10,0% – дуже віддаленими, а 6,7% батьків вважають, що тональність стосунку підлітка із сиблінгами є мінливою.

Сфера побутових обов'язків, які покладаються на підлітків із ВСД, у 10,0% (за характеристиками батьків) зводяться до допомоги батькам у справах, у 6,7% включають допомогу в піклуванні про сиблінгів, 30,0% батьків вважають, що підліток не навантажуються жодними обов'язками, а 53,3% – що підліток за бажанням долучається до побутових справ.

Психоемоційні особливості досліджуваних отримані шляхом інтроспекції в часі госпіталізації. Підлітки з ВСД характеризуються нижчою інтенсивністю емоційних переживань у ранковий час порівняно з іншими нозологічними групами досліджуваними із психосоматичними дисфункціями, які склали

експериментальну групу ($M=5,86$ $S.D=2,501$), домінують в переживанні підлітків є емоція *відрази* ($M=6,23$ $S.D=2,568$), самопочуття підлітків є негативним ($M=-2,30$ $S.D=6,422$), у досліджуваних не спостерігається яскравої відмінності в переважанні негативних подій ($M=4,86$ $S.D=4,746$) над позитивними ($M=4,50$ $S.D=4,150$) (за оцінкою підлітків).

У досліджуваних в обідній час спостерігається зниження інтенсивності емоційних переживань ($M=5,93$ $S.D=2,333$), домінують є емоція *гніву* ($M=5,93$ $S.D=2,333$), самопочуття

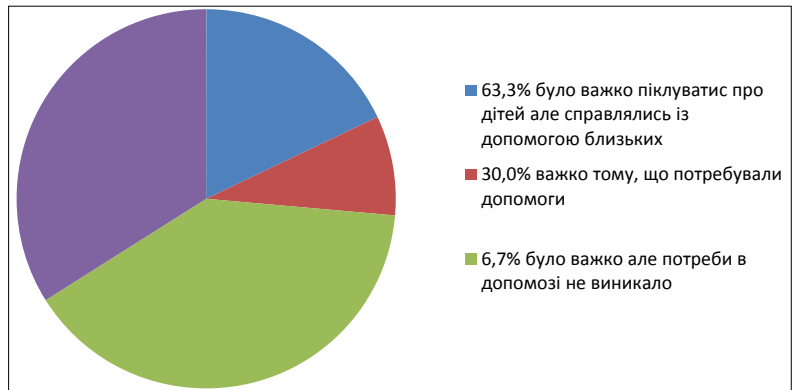


Рис. 2. Ретроспективний аналіз батьківської взаємодії з підлітками з ВСД на час народження досліджуваних



Рис. 3. Батьківські характеристики сприятливості життєвої ситуації на час народження підлітків із ВСД

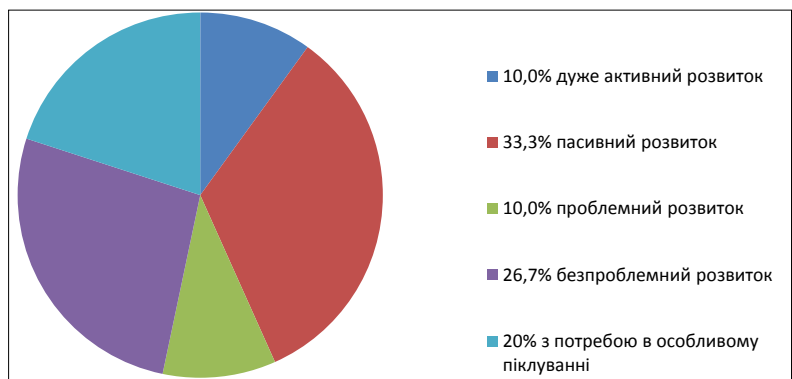


Рис. 4. Батьківські характеристики зростання підлітків із ВСД

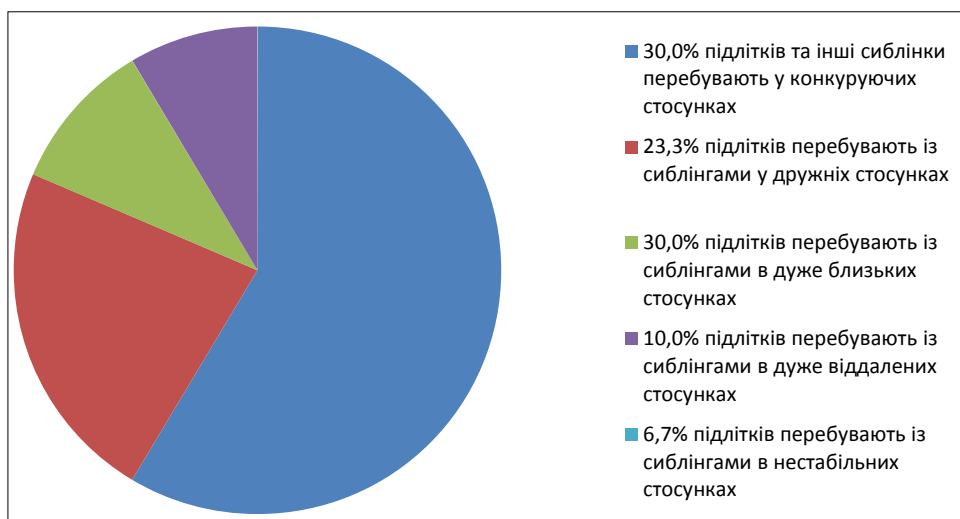


Рис. 5. Батьківські характеристики стосунків підлітків із ВСД із сиблінгами

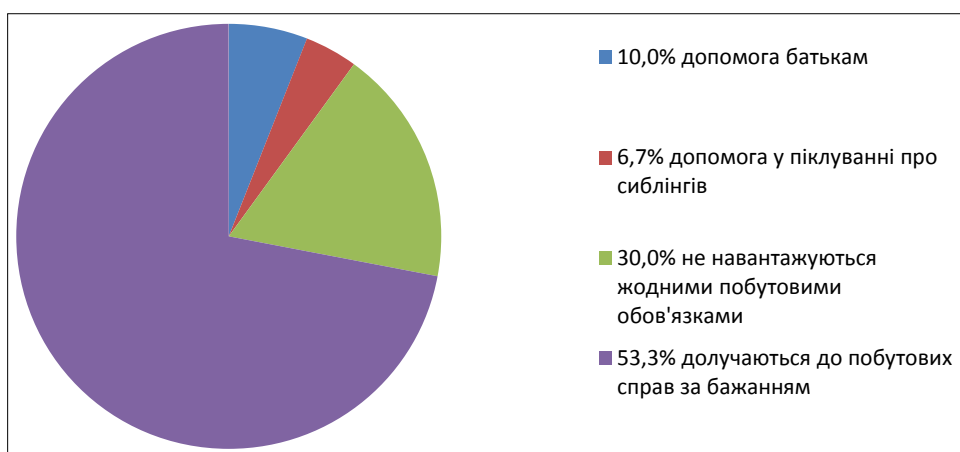


Рис. 6. Характеристика батьками побутових обов'язків, які виконують підлітки з ВСД

підлітків є негативним, ($M=-4,20$ $S.D=5,719$), події, що відбуваються, характеризовані ними в перевазі позитивних ($M=4,23$ $S.D=4,166$) над негативними ($M = 3,50$ $S.D = 4,191$).

Для досліджуваних підлітків із ВСД у *вечірній час* характерним є висока інтенсивність емоційних переживань ($M=7,50$ $S.D=2,445$), домінантною є емоція гніву ($M=6,60$ $S.D=2,094$), самопочуття підлітків залишається негативним, ($M=-3,70$ $S.D=6,209$), події, що відбуваються у цих досліджуваних, характеризовані ними як негативні ($M=5,13$ $S.D=3,390$) з перевагою над позитивними ($M=4,56$ $S.D=3,953$).

Можемо спостерігати такі особливості емоційних переживань досліджуваних підлітків із ВСД, як збільшення інтенсивності емоційних переживань у вечірній час. Домінантною для цих досліджуваних є емоція гніву, самопочуття, характеризується ними як нега-

тивна з тенденцією погіршення до вечора. Події, що відбуваються в житті підлітків із ВСД, трактуються досліджуваними здебільшого як негативні.

Висновки з проведеного дослідження. Підліткам із ВСД властивими є інтровертованість, алекситимічний тип особистості, у них переважає меланхолійний тип ставлення до хвороби. Досліджувані характеризуються високою інтенсивністю емоційних переживань із тенденцією збільшення до вечірнього часу та домінантною емоцією гніву з переважанням (за оцінкою досліджуваних) негативних життєвих подій. Батьки підлітків із ВСД у дитячо-батьківських стосунках характеризуються стратегією уникання труднощів, що можна інтерпретувати як ресоматизоване відреагування успадкованих психологічно поведінкових патернів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Батанова Н.А., Исаев Д.Н. Психопатологические особенности детей с вегетососудистой дистонией по гипотоническому и гипертоническому. *Психопатология, психология эмоций и патология сердца*. Москва, 1985. С. 5–16.
2. Бехтерев В.М. Объективная психология. Москва : «Наука», 1991. 480 с.
3. Ганелина И.Е. Некоторые аспекты проблемы патогенеза ишемической болезни сердца. *Кардиология*. 1971. Т. XI, № 9. С. 36–42.
4. Гаврилькевич В.К. Структура психологічного захисту в дорослих з ішемічною хворобою серця. *Практична психологія та соціальна робота: науково-практичний та освітньо-методичний журнал*. Київ : «СОЦИС-ПРЕС», 2013. № 9. С. 13–18.
5. Губачев Ю.М. Психосоматические соотношения при гипертонической болезни и ишемической болезни сердца : Лекция по терапии для врачей-курсантов. Ленинградский государственный институт усовершенствования врачей им. С.М. Кирова, II кафедра терапии. Ленинград, 1978. 28 с.
6. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. Санкт-Петербург : Изд-во СПб. Ун-ту, 1999. 21 39 с.
7. Зимин Ю.В. Некоторые социальные и психологические факторы в этиологии ишемической болезни сердца. *Кардиология*. 1974. Т. XIV, № 8. С. 133–143.
8. Корнацький В.М. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я. Київ : Інститут кардіології, 2009. 176 с.
9. Мехайлов Б.В. Проблемы депрессий в общесоматической практике. *Международ. Мед. Журн.* 2003. № 3. Т. 9. С. 22.
10. Мехайлов Б.В. Особенности состояния психической сферы пациентов с кардиологической патологией. *Вісник психіатрії та психофармакології*. 2005. № 1. С. 104–107.
11. Медико-психологічні аспекти хвороб системи кровообігу (аналітично-статистичний посібник) / За ред. В.М. Коваленко, В.М. Коронацького. Київ : ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», 2009. 146 с.
12. Сеченов И.М. Избранные философские и психологические произведения. Москва : Госполитиздат, 1947. 647 с.
13. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization. *Study Child X, NY, Int. Univ. Hress.*, 1995. P. 121.
14. Sander F. Structure, totality of experience, and Gestalt // *Murchison C. (Ed.) Psychologies of 1930. International university series in psychology. Worcester: Clark University Press, 1930. P. 188–204.*
15. Tylka J. Podstawy psychologicznej rehabilitacji osób z chorobą niedokrwienną serca. W: *Ostre zespoły wieńcowe* (red. G. Opolski, K. Filipiak, L. Poloński). Wrocław: Urban & Partner, 2002. 246 s.
16. Чебыкин А.Я. Управление эмоциональным состоянием учебно-познавательной деятельности. *Психологическое обеспечение АСОУ*. Одесса, 1986. 66 с.