

УДК 616.89

В. В. Корнієнко, С. Д. Алексеєнко, Д. Д. Алексеєнко

Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара

ПОДРУЖНІ КОНФЛІКТИ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Анотація. Розглянуто стан функціонування сім'ї, у першу чергу сімейні конфлікти як чинник ризику розвитку психосоматичних захворювань. Досліджено роль особистісних характеристик людей з ішемічною хворобою серця (ІХС), які обумовлюють виникнення дезадаптивних психологічних реакцій та типів реагування на сімейні конфлікти. Установлено статистично значущий зворотний кореляційний зв'язок між рівнем конфліктності особистості та наявністю ІХС.

Ключові слова: сімейні стосунки, подружні конфлікти, психосоматичні захворювання, ішемічна хвороба серця (ІХС).

Анотация. Рассмотрено функциональное состояние семьи, в первую очередь семейные конфликты как фактор риска развития психосоматических заболеваний. Исследована роль личностных характеристик лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС), которые обуславливают возникновение дезадаптивных психологических реакций и типов реагирования на семейные конфликты. Установлена статистически значимая обратная корреляционная связь между уровнем конфликтности личности и наличием ИБС.

Ключевые слова: семейные отношения, супружеские конфликты, психосоматические заболевания, ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Постановка проблеми. Економічні, соціальні, культурні трансформації сучасного суспільства, стресогенний характер життєдіяльності потребують від людини надзвичайної мобілізації когнітивних, емоційних і особистісних ресурсів, постійної готовності вирішувати нові життєві проблеми, які є чинниками формування адаптаційних механізмів та позначаються на психологічному здоров'ї як особистості, так і її сім'ї.

Психологічне здоров'я сім'ї – інтегральний показник динаміки подружніх стосунків, який визначає якісний аспект соціально-психологічних процесів, що відбуваються у шлюбі. Причини окремих сімейних проблем часто криються або в особливостях подружнього спілкування, або в індивідуально-психологічних характеристиках партнерів, основною змістовою частиною яких є міжособистісні стосунки, характер яких залежить від ступеня задоволеності шлюбом. Низький ступінь задоволеності шлюбом призводить до подружніх конфліктів та розлучень (Andreeva, 2004; Eidemiller, Yustitskis, 2008).

Конфлікти в родині можуть спричинити психотравмуючу ситуацію, у результаті чого подружжя набуває негативних особистісних властивостей, таких як негативний досвід спілкування, зневіра в можливість існування дружніх і ніжних взаємин між людьми, накопичення негативних емоцій та поява психотравм. Конфлікти в родині відображаються не тільки на психічному, але й на фізичному здоров'ї подружжя та мають значні психотравмуючі наслідки у вигляді переживань, які в разі тривалості або повторюваності негативно впливають на особистість та призводять до зростання кількості психогенних розладів і реакцій (Kurpiyanov, 2004; Eidemiller, Yustitskis, 2008), що обумовлює актуальність нашого дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Останнім часом спостерігається значне зростання кількості психосоматичних захворювань, зокрема ішемічної хвороби серця (ІХС), етіологія яких тісно пов'язана з особливостями психологічної сфери індивідуума. Клінічні прояви соматичних розладів психічного походження дуже різноманітні та можуть спостерігатися майже у всіх органах і системах організму. Достовірно встановлено, що душевні

хвилювання можуть викликати будь-який вісцеральний розлад. Це підтверджує гіпотезу про те, що психіка може бути вирішальним фактором у генезі деяких захворювань (Karvasarskiy, 2004; Kurpiyanov, 2004).

Згідно із сучасними поглядами ІХС є класичним психосоматичним захворюванням, яке на сьогоднішній день найпоширеніше в структурі загальної хворобливості, смертності та інвалідизації населення більшості економічно розвинутих країн (Andreeva, 2004; Organov, Pogosova, 2007, Pogosova et al., 2010; Smulevich et al., 2005). ІХС належить до так званих “хвороб цивілізації”, що водночас із детальним вивченням фізіологічних чинників її генезу потребує психологічних, психічних та соціальних детермінант профілактики, лікування і корекції (Andreeva, 2004; Bauman, Peppe, 2003; Sidorov et al., 2006; Khitrov, Saltykov, 2003).

Наразі в медицині та клінічній психології в контексті оптимізації якості життя найбільш привабливою є холістична модель, у рамках якої в системній єдності розглядають біологічний, психологічний, соціальний та духовний рівні функціонування людини (Karvasarskiy, 2004; Smulevich, 2001). Найяскравіше сутність холістичної моделі відображається в роботі з психосоматичними хворими, значна кількість параметрів якості життя яких потребує системного дослідження клінічних, психологічних і соціальних факторів хвороби (Kuvshynova, 2011; Pogosova et al., 2010).

В. В. Бабич наголошує на існуванні психосоматичного взаємовпливу в разі ІХС у межах двох патогенетичних складників – психічного та соматичного – і підкреслює, що патогенез психосоматичних захворювань знаходиться в складній констеляції певних факторів, які мають ієрархію, і не може пояснюватися дією одного будь-якого патогенетичного фактора (Babych, 2008). Відповідно до психосоматичної теорії Ф. Александера, екзогенні впливи поєднуються із психологічними дезадаптивними механізмами й підвищують вразливість особистості до виникнення ІХС. Із появою психосоматичного підходу в медицині однолінійну модель психосоматичного захворювання було замінено уявленнями про можливість виникнення захворювання за взаємодії як фізичних, так і психосоціальних факторів, що призвело до багатофакторної відкритої моделі хвороби. Психосоматичний підхід включає аналіз психосоціальних шкідливих факторів, які беруть участь у розвитку захворювань – конверсійних (істеричних), соматогенних (викликаних хворобами внутрішніх органів), соматизованих психічних і іпохондричних розладів, реакцій особистості на хворобу, симуляції тощо (Alexander, 2002).

Водночас із гіподинамією, споживанням алкоголю, палінням та зайвою вагою сучасні дослідники розглядають також такі важливі чинники ризику розвитку ІХС, як емоційне напруження, стресові та тривожні стани, депресія і агресія (Zakharov, 2003; Smulevich, 2001).

В. Д. Тополянський і М. В. Струковська вважають психосоматичні хвороби наслідком порушення розвитку відносин між індивідом і соціальним оточенням. В. В. Бабич вивчав вплив макро- та мікросоціальних чинників на ризик виникнення адаптаційних розладів. Згідно з класифікацією Т. Б. Дмитрієвої, під макросоціальними чинниками мають на увазі соціальні умови, безпосередньо пов'язані із суспільним устроєм, соціально-економічною і політичною структурою суспільства, а мікросоціальні фактори відображають конкретні напрями суспільного життя людини в різноманітних сферах. У результаті

аналізу мікросоціальних чинників достовірно визначено, що основними серед потенційно небезпечних щодо розвитку адаптаційних розладів є в першу чергу сімейні конфлікти, умови праці та стан функціонування сім'ї (Babych, 2008).

Погіршення стосунків у родині через недостатню відвертість, наявність деструктивних конфліктів, неможливість домовлятися між собою у вирішенні сімейних проблем – усе це дуже ускладнює пристосування до спільного життя. Невизначена, напружена обстановка загрожує ризиком для здоров'я членів таких сімей та призводить до високої вірогідності розвитку невротичних розладів і психосоматичних захворювань (Eidemiller, Yustitskis, 2008). Психічні порушення, особистісні відхилення чи інвалідність одного з членів подружжя також зумовлюють ризик психосоматичних розладів, що пов'язано з їх впливом на життя в родині. Дисгармонійні стосунки зазвичай проявляються у вигляді сварок чи емоційного напруження, у результаті чого поведінка окремих членів родини стає некерованою та ворожою, постійно панує атмосфера жорсткого ставлення один до одного тощо (Malkina-Pykh, 2005).

Факторами, що найчастіше породжують психосоматичні захворювання є в першу чергу такі емоції: шок, стрес, афективна травма, емоційне потрясіння. Так само можуть соматично проявлятися і незначні, але часті стани шоку, психічні, афективні мікротравми, що накопичуються з часом, пов'язані із сімейною, суспільною непристосованістю, конфліктною обстановкою, непорозуміннями, складними конфліктними ситуаціями на роботі та сім'ї. Емоційне тривале напруження малої інтенсивності, яке підтримується конфліктною обстановкою, може стати причиною соматичних розладів (Mikhailov, 2002). Усі названі вище характеристики притаманні соціальному типу сім'ї, який має назву «фронтальна зона». Така родина характеризується деструктивними міжособистісними стосунками, що доходять до постійних сварок, конфліктів, взаємних принижень. Між членами родини існує виражена напруженість, несприйняття одне одного, відсутня функція соціальної підтримки. Такі взаємини є чинниками психічної дезадаптації і спричиняють невротизацію особистості. Даний тип родини патогенний для психічного здоров'я всіх членів сім'ї (Dmitrieva, 2004). Узагальнюючи, слід підкреслити, що в умовах деструктивного конфлікту, ознакою якого є незадоволеність результатами конфліктної взаємодії та емоційна напруга, знижується задоволеність партнерів шлюбом, виникає відчуття напруги, роздратування і досади. Постійне повторювання деструктивних конфліктів може закріплювати ці відчуття та призводити до їх соматизації (Eidemiller et al., 2008).

Враховуючи, що конфліктність – це інтегральний показник, що характеризує частоту вступу особистості у конфлікт та визначається такими психологічними факторами, як рівень агресивності та тривожності, ми зробили припущення про існування відмінностей між показниками тривожності та агресивності в осіб, хворих на ІХС та осіб, які належать до так званої «умовної норми». Також, зважаючи на риси, притаманні особам, які є носіями «поведінки типу А» (особи з ІХС), можна зробити припущення, що в них задоволеність шлюбом нижча, а конфлікти в родині трапляються частіше та мають психотравмуючі наслідки. Саме тому метою нашого дослідження є встановлення взаємозв'язку між характером взаємодії подружніх партнерів у конфліктних ситуаціях та виникненням і розвитком ІХС.

Основні результати дослідження. У ході проведення емпіричного дослідження застосовано такі психодіагностичні засоби: методику діагностики

показників і форм агресії А. Басса та А. Даркі (адаптація А. К. Осницького); шкалу ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна; методику діагностики схильності особистості до конфліктної поведінки К. Томаса; методику «Огляд поведінки» Д. Дженкінса для дослідження поведінки респондентів та визначення їх щодо типу А; методику «Характер взаємодії подружніх партнерів у конфліктних ситуаціях» Ю. Є. Альошиної; тест-опитувальник «Задоволеність шлюбом» В. В. Століна, Т. Л. Романової, Г. П. Бутенко; Торонтську алекситимічну шкалу.

Для статистичної обробки отриманих у процесі дослідження результатів застосовано: параметричний t-критерій Стьюдента, ф-критерій Фішера та коефіцієнт бісеріальної кореляції.

Дослідження проведено серед мешканців м. Дніпропетровськ, загальна кількість яких становила 60 осіб, із них 30 осіб з ІХС («група типу А») та 30 умовно здорових осіб (умовна норма, «група типу Б»). Усі досліджувані мають сім'ю, стаж подружнього життя респондентів – до 20 років. Із метою зменшення впливу інших факторів (крім сімейного життя) на виникнення та розвиток ІХС серед усіх хворих було відібрано тільки тих, в анамнезі яких недуга з'явилася після вступу до шлюбу. Вибірки не мають значних відмінностей за показниками статі, віку та освіти.

Процедура обробки результатів дослідження мала комплексний характер і передбачала отримання інформації стосовно характеру поведінки респондентів у конфліктних ситуаціях.

Згідно з результатами тестування за методикою «Характер взаємодії подружніх партнерів у конфліктних ситуаціях» Ю. Є. Альошиної усереднені показники «групи типу Б» перевищують усереднені показники «групи типу А» за шкалою «Стосунки з рідними та друзями», «Виховання дітей», «Прояви автономії», «Порушення рольових очікувань», «Неузгодженість норм поведінки», «Прояви домінування», «Прояви ревності», «Розбіжності в ставленні до грошей». Показники за шкалою «Рівень конфліктності» «групи типу А» нижчі, ніж показники «групи типу Б» за аналогічною шкалою, та мають від'ємне значення, що свідчить про негативний спосіб взаємодії досліджуваних.

За допомогою t-критерію Стьюдента було виявлено статистично значущі відмінності між досліджуваними групами за всіма показниками тесту «Характер взаємодії подружніх партнерів у конфліктних ситуаціях». Це свідчить про те, що характер взаємодії подружжя «групи типу Б» має позитивний характер на відміну від групи досліджуваних, до якої ввійшли подружжя з психосоматичними захворюваннями, характер взаємодії у конфліктних ситуаціях яких має пасивний, негативний характер.

У результаті порівняння обох груп досліджуваних за шкалою «Рівень конфліктності» показник t-критерію Стьюдента дорівнює 7,087 ($p < 0,01$), а за шкалою «Прояви домінування» показник t-критерію Стьюдента дорівнює 5,09 ($p < 0,01$), що свідчить про статистично значущу відмінність показників.

Аналізуючи результати тестування за методикою діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Даркі, визначено, що усереднені показники «групи типу А» (досліджуваних із психосоматичними захворюваннями) перевищують усереднені показники «групи типу Б» (досліджуваних без психосоматичних захворювань) за такими шкалами: «Фізична агресія» на 8,43%, «Вербальна агресія» на 23,18%, «Непряма агресія» на 18,73%, «Загальна агресія» на 14,81%,

«Роздратування» на 26,04%, «Підозрілість» на 19,51%, «Образа» на 22,90%, «Ворожість» на 20,54%, «Почуття провини» на 23,25%.

Проведено статистичний аналіз результатів обох груп. За допомогою t-критерію Стьюдента виявлено статистично значущі відмінності за шкалами «Вербальна агресія», «Непряма агресія», «Загальна агресія», «Роздратування», «Ворожість», «Образа».

Позитивне значення t-критерію Стьюдента свідчить про те, що прояви агресії і ворожості у представників «групи типу А» сильніші, ніж у представників «групи типу Б».

Результати тестування за «Методикою діагностики схильності особистості до конфліктної поведінки» К. Томаса свідчать, що усереднені показники «групи типу А» нижчі за усереднені показники «групи типу Б» за такими шкалами: «Суперництво» на 14,46%, «Співпраця» на 16,52%, «Компроміс» на 66,00%. Усереднені показники «групи типу А» перевищують усереднені показники «групи типу Б» за такими шкалами: «Уникання» на 34,58%, «Пристосування» на 44,19%.

У результаті тестування за методикою К. Томаса «Методика діагностики схильності особистості до конфліктної поведінки» виявлено статистично значущі відмінності за показниками цієї методики. У «групі типу Б» показники вищі, ніж у досліджуваних «групі типу А» за шкалою «Компроміс». Отже, досліджувані першої групи частково задовольняють свої бажання та частково бажання інших, що більш позитивно впливає на стосунки з іншими. Після порівняння обох груп досліджуваних за шкалою «Компроміс» показник t-критерію Стьюдента дорівнює 7,736 ($p < 0,01$), що свідчить про статистично значущу відмінність показників.

Результати вимірювання особистісної та ситуативної тривожності респондентів за шкалами самооцінки Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна (особистісна та ситуативна тривожність) показали, що має місце перевищення усереднених показників «групи типу А» щодо усереднених показників «групи типу Б» за шкалою «Особистісна тривожність» на 4,72 %, за шкалою «Ситуативна тривожність» на 4,93 % відповідно.

Виявлено статистично значущі відмінності між показниками «групи типу А» та «групи типу Б» за шкалами ситуативної та особистісної тривожності. Аналіз результатів показав, що у представників «групи типу А» показники особистісної та ситуативної тривожності вищі, ніж у представників «групи типу Б».

Аналізуючи результати діагностики ступеня задоволеності шлюбом респондентів за тестом-опитувальником «Задоволеність шлюбом» (В. В. Столін, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко) визначено, що середнє арифметичне показників задоволеності шлюбом «групи типу А» становить 21,50. Це на 25,72% нижче за середнє значення задоволеності шлюбом у представників «групи типу Б», що становить 27,03 відповідно. Показник t-критерію Стьюдента дорівнює 2,866 ($p < 0,05$), що свідчить про статистично значущу відмінність. Задоволеність шлюбом у представників «групи типу Б» вища, ніж у представників «групи типу А».

Результати діагностики схильності респондентів до алекситимії за Торонтською алекситимічною шкалою показують, що усереднений показник алекситимії «групи типу А» становить 62,87. Це на 13,48% більше за усереднений показник «групи типу Б» за відповідною шкалою (55,40), що може свідчити про наявність психосоматичних хвороб. Показник t-критерію Стьюдента дорівнює

2,772 ($p < 0,01$), що свідчить про статистично значущу відмінність. У представників «групи типу А» показники алекситимії більш високі.

За результатами дослідження поведінки респондентів та визначення їх належності до «групи типу А» за методикою «Огляд поведінки» Д. Дженкінса встановлено статистично значущі відмінності між групою А та групою Б за допомогою критерію φ^* – кутового перетворення Фішера ($\varphi_{\text{емп}} = 1,97$).

Для підтвердження гіпотези нашого дослідження про існування зв'язку між рівнем конфліктності та наявністю ІХС у членів подружжя застосовано метод бісеріальної кореляції. За результатами кореляційного аналізу має місце статистично значущий зворотний кореляційний зв'язок між рівнем конфліктності особи та наявністю ІХС $r = -0,64$ ($p < 0,05$).

Висновки.

1. За результатами дослідження встановлено, що для осіб із психосоматичними захворюваннями притаманний пасивний, негативний характер взаємодії в конфліктних ситуаціях.

2. Визначено, що особи з психосоматичними захворюваннями мають значні показники прояву агресивності й ворожості, алекситимії, рівня конфліктності, особистісної та ситуативної тривожності.

3. Доведено, що рівень задоволеності шлюбом у осіб із психосоматичними захворюваннями нижчий, ніж у осіб, які не мають психосоматичних захворювань.

4. За результатами кореляційного аналізу має місце статистично значущий зворотний кореляційний зв'язок між рівнем конфліктності особи та наявністю в неї ІХС.

Бібліографічні посилання

- Ageenkova, E. K., (2002). "Psychological factors in the development of cardiovascular disease" ["Psikhologicheskiye faktory v razvitii serdechno-sosudistykh zabolevaniy"], *Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya – Psychotherapy and clinical psychology*, No. 3 (5), pp. 3-10.
- Alexander, F. (2002), *Psychotherapy Medicine. Principles and Practical Application* [*Psikhoterapiya meditsina. Printsipy i prakticheskoye primeneniye*], Eksmo-Press, Moscow.
- Andreeva, T. V. (2004), *Family Psychology* [*Semeynaya psikhologiya*], Rech, St. Petersburg.
- Babych, V. V. (2008), "The effect of macro and micro social factors on the development and course of adaptation of disorders in patients after myocardial infarction" ["Vplyv makro ta mikrosotsialnykh chynnykiv na rozvytok ta perebih adaptatsiynykh rozladiv u khvorykh, yaki perenesly infarkt miokarda"], *Psykhatriya – Psychiatry*, No. 7, pp. 52-55.
- Bauman, U., Peppe, M. (2003), *Clinical psychology* [*Klinicheskaya psikhologiya*], Piter, St. Petersburg.
- Dmitrieva, T. B. (2004), *Guidelines for Social Psychiatry* [*Rukovodstvo po sotsial'noy psikhiatrii*], Medicina, Moscow.
- Eidemiller, E. G., Yustitskis, V. V. (2008), *Family Psychology and Psychotherapy* [*Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i*], Peter, St. Petersburg.
- Karvasarskiy, B. D. (2004), *Clinical Psychology* [*Klinicheskaya psikhologiya*], Peter, St. Petersburg.
- Khitrov, N. K., Saltykov, A. B. (2003), "The theory of functional systems and common human pathology" [*Teoriya funktsional'nykh sistem i obshchaya patologiya*]

- cheloveka”], *Bulleten' eksperimental'noy biologii i meditsiny –Bulletin of Experimental Biology and Medicine*, Vol. 136 No. 7, pp. 4-10.
- Kryshtal, V. V., Drozdova, I. V., and Dzyak, G. V. (2008), *Nosogeny in Arterial Hypertension [Nozogenii pri arterial'noy gipertenzii]*, Potoki, Dnipropetrovsk.
- Kupriyanov, S. Y. (2004), *The Role of Family Factors in Formation of Variants of Neuropsychiatric Mechanisms of Pathogenesis of Bronchial Asthma and Their Correction Using the Method of Family Therapy [Rol' semeynykh faktorov v formirovanii variantov nervno-psikhicheskikh mekhanizmov patogeneza bronkhial'noy astmy i ikh korrektsiya metodom semeynoy psikhoterapii]*, Meditsyna, Saint-Petersburg.
- Kuvshynova, N. Y. (2011), *Psycho Work with Patients with Coronary Heart Disease Within the Quality-of-Life Parameters [Psikhokorreksionnaya rabota s bol'nymi ishemicheskoy bolezniyu serdtsa s uchetom parametrov kachestva zhizni]*, Author's abstract in candidacy for a degree of Ph.D. in Psychology: 19.00.04 – Medical Psychology, Samara.
- Malkina-Pykh, I. G. (2005), *Family Therapy [Semeynaya terapiya]*, Eksmo-Press, Moscow.
- Mikhailov, B. V. (2002), “Psychosomatic disorders as a general somatic problem” [Psikhosomaticheskiye rasstroystva kak obshchesomaticheskaya problema], *Doctor*, No. 6, pp.9-13.
- Organov, R. G., Pogosova G. V. (2007), “Current strategies for prevention and treatment of cardiovascular diseases” [Sovremennyye strategii profilaktiki i lecheniya serdechno-sosudistyykh zabolevaniy], *Kardiologiya –cardiology*, No. 12, pp. 4-9.
- Pogosova, G. V., Baichorov, I. Kh., Yufereva, Y. M., and Koltunov, I. E. (2010), “Quality of life in patients with cardiovascular disease: current state of the problem” [“Kachestvo zhizni bol'nykh s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami: sovremennoye sostoyaniye problemy”], *Kardiologiya –Cardiology*, No. 10, pp. 66-78.
- Sidorov, P. I., Solovyov, A. G., and Novikova, I. A. (2006), *Psychosomatic Medicine [Psikhosomaticheskaya meditsina]*, MEDpress-inform, Moscow.
- Smulevich, A. B. (2001), “Psychosomatic disorders (clinic, therapy, medical aid organization)” [“Psikhosomaticheskiye rasstroystva (klinika, terapiya, organizatsiya meditsinskoy pomoshchi)”], *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya – Psychiatry and pharmacotherapy*, Vol. 2 No. 3, pp. 3-9.
- Smulevich, A. B., Syrkin, A. L., Drobyzhev, M. Y., and Ivanov, S. V. (2005), *Psychocardiology [Psikhokardiologiya]*, MIA, Moscow.
- Starshenbaum, G. V. (2005), *Psychosomatics and Psychotherapy: Healing of Soul and Body [Psikhosomatika i psikhoterapiya: Istseleniye dushi i tela]*, Izdatel'stvo instituta psikhoterapii, Moscow.
- Tseluiko, V. M. (2004), *Psychology of Disadvantaged Families [Psikhologiya neblagopoluchnykh semey]*, Mysl', Moscow.
- Zakharov, V. N. (2003), *Coronary Heart Disease: Classification, Risk Factors, Prevention, Treatment and Rehabilitation [Ishemicheskaya bolezniyu serdtsa: klassifikatsiya, faktoryriska, profilaktika, lecheniye, reabilitatsiya]*, Nauka, Moscow.

Надійшла до редакції 25.03.2014