

DOI: 10.26565/2312-5675-2022-20-05

УДК 159.99:616.831-005

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНСУЛЬТУ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Н. О. Бондаренко

**Бондаренко
Нікіта Олександрович**

аспірант Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України лікар-невролог
Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня
№3» відділення неврології;
ORCID ID: 0009-0002-1040-6031

У статті представлено огляд досліджень психологічних факторів інсульту. Визначено, що схильність до інсульту формується такими психологічними якостями: висока емоційність, тривожність, внутрішньоособистісний конфлікт, знижена стресостійкість, труднощі соціально-психологічної адаптації. Зазначено 2 особистісні психотипи (А і В), яким приписується підвищений ризик захворювання на інсульт: 1) екстраверти, із швидким темпом реакцій та емоційною збудливістю, конкурентністю, потягом до досягнень, конфліктністю та постійним відчуттям цейтноту, імпульсивні, егоцентричні, ситуативно тривожні; 2) інтроверти, емоційно неврівноважені, із мінливим характером та схильністю до зниженого настрою, тривожні та схильні до депресії, невпевнені у собі. На основі аналізу даних наголошується на необхідності навчання ефективним методам подолання стресу та зниження тривожності, підвищення рівня комунікативної компетентності та навчання ефективним способам подолання конфліктів, володіння методам емоційної саморегуляції задля профілактики інсульту.

Ключові слова: *психосоматичні захворювання, інсульт, превенція інсульту, психологічні тригери інсульту, психопрофілактика, психокорекція.*

Як цитувати: Н.О. Бондаренко Попередження інсульту як психологічна проблема // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2022. – No20. – С. 31–38. DOI: 10.26565/2312-5675-2022-20-05

In cites: N.O. Bondarenko Stroke prevention as a psychological problem. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2022, no. 20, pp. 31–38. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2022-20-05>

У 2004 році ВООЗ назвала інсульт глобальною епідемією. За їх даними через інсульт щороку помирають 6,7 млн осіб, при цьому захворювання швидко «молодшає», адже наразі близько третини випадків припадає на осіб працездатного віку (30-40 років). Крім того, статистика захворювань на інсульт має тенденцію до зростання. У 2019 році в американському журналі «Circulation» було опубліковано прогноз зростання частоти інсульту в осіб віком від 18 років на 20,5% до 2030 року порівняно із 2012р. За даними Американської асоціації серця (АНА) у середньому кожні 40 секунд у будь-кого в США трапляється інсульт, а щочотири хвилини будь-хто від нього помирає. Для України проблема інсульту є ще більш актуальною: причиною 67% смертей є серцево-судинні захворювання, понад чверть з них смерть від інсульту. За цим показником ми займаємо перше місце у Європі і друге місце у світі. Цей діагноз ставиться у більш ніж 140 тис. громадян України (понад третину з них становлять особи працездатного віку); до 40% пацієнтів помирають впродовж чотирьох тижнів з початку захворювання і до 50% – упродовж 12 місяців; одна третина осіб, що вижили, потребують надалі сторонню допомогу, у тому числі - з причини первинної інвалідності (12,5%) [5].

Відповідно, тематика профілактики інсульту є актуальною в усьому світі. У жовтні 2019 року Всесвітня організація боротьби з інсультом (WSO) ініціювала глобальну програму, стратегічною місією якої є зниження числа випадків цього грізного захворювання вдвічі. Сайт всесвітньої кампанії з профілактики інсульту відкривається словами: «Інсульт може трапитися у будь-кого, у будь-який час і в будь-якому місці. На цей день інсульт посідає перше місце серед причин інвалідності, та друге - за спричиненням смерті, проте майже всім його нападам, що трапляються вперше, можна запобігти» [3;6].

Програма профілактики зазначеної вище Всесвітньої організації боротьби з інсультом передбачає такі напрямки як: спрощення доступу до профілактичного лікування інсульту; підготовку відповідних фахівців; оптимізацію інформаційної обізнаності, та зусилля, спрямовані на забезпечення здорового способу життя. Факторами ризику інсульту вважаються такі аспекти як артеріальне гіпертензія, гіподинамія, неправильне харчування, гіперхолестеринемія, ожиріння, тютюнопаління, зловживання алкоголем, фібриляція передсердь, неконтрольований цукровий діабет. Відповідно рекомендації з профілактики інсульту мають досить простий вигляд: бути фізично активним, віддавати перевагу здоровому харчуванню, контролювати індекс маси тіла,

артеріальний тиск, рівень холестерину та цукру в крові, слідкувати за здоров'ям серця, зменшити вживання алкоголю та відмовитись від паління [6].

Однак є ще один вагомий фактор – пригнічений психічний стан. За офіційною статистикою один з шести випадків інсульту пов'язаний саме з психічним самопочуттям. Втім, для профілактики інсульту вважаємо недостатнім банальне формулювання «уникати стресів та депресій», бо у реальному житті це навряд чи можливо.

Ми ставимо собі за мету розглянути інсульт як вірогідний наслідок певних психологічних чинників, сформулювати рекомендації щодо способу життя, які стосуються безпосередньо психічного здоров'я і дозволяють уникати психологічного фактору ризику інсульту та, відповідно, спрямовані на профілактику даного захворювання. Тому **метою даної статті** є визначення шляхів психологічної превенції інсульту.

Інсульт не є психосоматичною хворобою у класичному розумінні цього поняття. Історично до групи психосоматичних захворювань (так звана «holly seven» - «свята сімка») відносять: бронхіальну астму, виразковий коліт, есенційну гіпертензію, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки.

Останнім часом до цих захворювань включають також функціональну аритмію ішемічну хворобу серця, тиреотоксикоз, цукровий діабет 2-го типу, хвороби сечостатевої системи, ожиріння, а також соматоформні розлади. Виходячи з цього, зауважимо: психосоматичні хвороби якраз можуть провокувати мозкові судинні кризи. Можна припустити, що вагомість показнику психічного самопочуття для виникнення інсульту є набагато вагомішим, ніж це прийнято вважати у медичній літературі.

Оскільки психосоматичне захворювання може за своєю етіологією бути соматогенним, цілком природним є міркування про багаточинниковість емоційних реакцій особистості на психотравмуючі події та, зважаючи на особистісні властивості, - на схильність до того чи іншого типу розладів. Схильність до захворювання може бути генетично зумовленою, уродженою або при певних умовах набутою, що й маніфестується у формі соматичного або соматоформного захворювання. Тригером можуть слугувати життєві події. Однак, варто зазначити, що особистість може пройти через надскладну життєву ситуацію уникнувши хвороби. Вагому роль у цей момент відіграє особистісне сприйняття ситуації, спрямованість захисно-приспосувальних механізмів тощо.

За влучним зауваженням І.І. Савинкової, саме ефекторний шлях виявиться переважаючим для вихо-

ду на периферію емоційного збудження, що залежить, в кінцевому рахунку, від особливостей даної емоції, від особливостей нервової конституції людини і від всієї історії її життя [7, с. 16].

Не зважаючи на те, що есенціальна гіпертензія достатньо давно визнана психосоматичною хворобою, та вона ж є одним із основних факторів ризику інсульту (що фактично є виявом ускладнення цієї хвороби), психологічні механізми захворювання є недостатньо вивченими. Відсутність достатньої бази досліджень цієї проблематики унеможлиблює розробку методів психологічного втручання в межах профілактики та реабілітації розладу. Втім, існують поодинокі дослідження на основі яких ми можемо сформулювати орієнтовні рекомендації для фахівців.

Так, І.І. Савенкова на основі дослідження особливостей кардіологічних симптомів методом клінічної бесіди підтвердила, що пацієнти з гіпертензією поділяються на дві групи.

Перша характеризується високою екстравертованістю, пластичністю, емоційною збудливістю, активністю, швидким темпом реакцій. Базовим емоційним фоном є ситуативна тривожність. Переважає екстернальний локус контролю, у конфлікті виявляється стратегія пристосування. Наявна схильність до психастенії. Пацієнти даного типу раніше (за віком) стикаються з хворобою, розлад протікає гостро, реабілітація є більш складною. Ризик рецидиву для цієї групи несе безпосередню загрозу життю.

Друга група характеризується високою інтровертованістю, ригідністю, емоційною неврівноваженістю, активністю з низьким темпом реакцій. Базовим емоційним станом є особистісна тривожність, печаль, сум. Локус контролю інтернальний, у конфлікті переважає стратегія уникання. Такі пацієнти зустрічаються із захворюванням пізніше, воно зазвичай припадає на завершення базового життєвого циклу та сам життєвий цикл у особистостей такого типу є довшим. Захворювання часто протікає помірно, проте із частими рецидивами. Ця група має схильність до інсульту через виснаження нервової системи [7]. У психологічних дослідженнях ще з кінця минулого століття ці два особистісні типи добре відомі. Це так звані типи А і В. Тут можна згадати й відомі конституціональні концепції Е. Кречмера, В. Шелдона та, безумовно, концепцію Б.Й. Цуканова, що описує залежність між часовими періодами життя, темпераментом та судинними захворюваннями.

Запропонований Б. Й. Цукановим термін «базовий життєвий цикл» базується на основі положення, що життя людини складається з певних часових циклів, на

фазах початку та завершення яких індивід перебуває у стані нестачі вітальних ресурсів. Відповідно, існує можливість вираховувати індивідуальний життєвий цикл і у такий спосіб прогнозувати часовий інтервал загострення психосоматичних хвороб та своєчасно забезпечити профілактичні заходи [9;7].

Із вищезазначеними даними перегукується дослідження Н.В. Книш [5], у рамках якого було проведено психодіагностику жінок, які перенесли ішемічний інсульт. Оскільки у фокусі уваги автора перебували не лише самі пацієнтки, а й члени їх родини, досліджуваних було розподілено на 2 групи за сімейним статусом: із повною родиною у першій групі та неповною (мати та дитина) у другій групі. Цікаво, що за психотипом пацієнтки відповідають групам із дослідження психологічних особливостей хворих на артеріальну есенціальну гіпертензію І.І. Савенкової, згаданим вище.

За результатами дослідження загальної структури акцентованих рис характеру за методикою Г. Шмішека серед обстежуваних першої групи переважали провідні риси акцентуації характеру у вигляді демонстративності (26%), збудливості (27%), гіпертимності (18%), циклотимності (14%).

Пацієнтки з демонстративною акцентуацією, як це й властиво їм, характеризувалися самодраматизацією, авантюризмом, театральністю, емоційною лабільністю. Виявляли егоцентричність, неадекватну самооцінку та низьку критичність власних дій, конфліктність. Пацієнтки із акцентуацією за експлозивним типом відзначалися слабкістю емоційного контролю, зокрема: підвищеною імпульсивністю (15,3%), схильністю до конфліктів (23,2%), низькою мотивацією до докладавання зусиль (22,6%), зниженим ставленням до своїх обов'язків (19,5%).

У другій групі акцентовані риси розподілилися таким чином: застрягання (24%), тривожно-боязливості (28%), педантичності (23%), гіпертимності (27%), циклотимності (24%). Гіпертимні пацієнтки із характеризувалися браком відчуття дистанції у стосунках з іншими (22%), вибухами гніву та роздратуванням (24,2%). Хворі тієї ж групи із акцентуацією за тривожно-боязливим типом відзначалися зниженою контактністю (28%), зниженим настроєм (32,2%), реакцією страху на ставлення до них оточуючих (27,2%), полярною зміною настрою (26,0 %) [4]. Спільним для обох груп є така акцентуація як емотивність, яка є однаково вираженою.

Подальше дослідження за методикою Міні-мульти показало, що для першої групи характерні низький адаптивний потенціал та недостатність самосприйняття. Пацієнткам другої групи властива емоційна нестій-

кість та дисгармонічність. В обстежуваних обох груп було виявлено прихований внутрішній конфлікт та емоційне напруження.

У 68% пацієток першої групи та 70% другої групи було виявлено наявність виражених особистісних рис, які утруднюють соціально-психологічну адаптацію. Для першої групи такими рисами є знижені адаптаційні можливості у міжособистісних стосунках та екзацерація агравації, а для другої групи - наявність підвищеної тривожності, невпевненості у собі, схильності до самозвинувачення [5].

Дослідження особливостей копінг-стратегій у жінок, які перенесли ішемічний інсульт, показало тенденції спільні для обох груп. Так, у обох групах поміж різновидів копінг-поведінки мали перевагу такі поведінкові стратегії як конфронтація, дистанціювання та втеча-уникнення. В цілому подолання труднощів супроводжувалося постійною зміною когнітивних й поведінкових зусиль з метою керування зовнішніми й внутрішніми викликами, які оцінювалися як такі, що вимагали таких зусиль. При цьому важливе значення відводилося механізму терпіння [5]. Отже, долаючи поведінку жінок можна характеризувати як цілеспрямовану. Така поведінка дозволяла впоратися з важкою життєвою ситуацією, спрямувавши зусилля на перетворення ситуації або на пристосування до неї, якщо остання не піддається контролю.

Іншими словами, можна стверджувати, що їхні копінг-стратегії є достатньо ефективними та адекватними. Однак, додаткове вивчення конфронтаційного копінгу за рівнем напруження показав, що в обох групах рівень напруження було на досить високому рівні. Тобто для подолання стресу жінки використовували багато внутрішніх ресурсів: чи то спрямованих на агресивні зусилля щодо зміни ситуації чи то когнітивні зусилля, щоб відокремитися від ситуації й зменшити її значущість.

Усі пацієтки виявили напруженість механізмів психологічного захисту, що є типовим для переживання психотравмуючої ситуації. Встановлено, що для пацієток першої групи провідними є «заперечення» й «регресія», тобто інфантильні способи реагування на неприємні чинники, а психологічне та емоційне перенапруження легко викликає дистрес. Пацієнтам з другої групи властиві «витіснення», «інтелектуалізація» та «проекція» що свідчить про усвідомлення психотравмуючої ситуації, але водночас свідчить про дефіцитарність афективного ресурсу в її подоланні. Надмірний самоконтроль, застосування раціоналізації реалізують стратегію девальвації та свідчить про «блокадну поведінку» емоційного реагування [5].

Таким чином, узагальнивши дослідницькі дані, ми можемо визначити, що для особистості, схильної до інсульту, характерні такі особливості: висока емоційність, тривожність, внутрішньоособистісний конфлікт, напруженість, нестача адаптивних способів реагування на стресові події, труднощі соціально-психологічної адаптації. Зазначені особливості також підкреслюються у дослідженнях психологічних особливостей хворих на артеріальну гіпертензію інших вчених: F. Alexander, W. Norton відзначали у хворих емоційну збудливість, в'язкість та ригідність; И.К. Шхвацабая, В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян, І. Дроздова, В. Храмова, Ю. Гончар, С.Яновська – вразливість, тривожність, недовірливість, в'язкість, схильність до тривалих переживань, образливість; Н. Dunbar, F. Alexander – домінантність, авторитарність в поєднанні з підвищеною сенситивністю до різноманітних стресів. Особлива увага приділяється психологічному напруженню особистості. F. Alexander, Н. Dunbar згадують поміж типових особистісних рис хворих потайливість, упертість, незадоволеність собою та оточенням, ворожу налаштованість, яка поєднується з виразним контролем і придушенням агресивних тенденцій поведінки, що й зумовлює постійну внутрішню напруженість [8]. С.Я. Яновська на основі аналізу наукових джерел зазначає, що для осіб із артеріальною гіпертензією характерні претензійність, хронічні суперечки з керівництвом, інтрапсихічні конфлікти, викликані протиріччями між агресивністю і почуттям провини, прагненням до автономності та конформністю. Це, а також невпевненість, почуття власної неспроможності, чутливість до критики у таких осіб призводять до легкого виникнення стресу та депресивних станів [8].

Заслугує на увагу, що у загальній вибірці респондентів яскраво виражено два типи, що є двома психотипами людей, які мають схильність до інсульту. До першого психотипу належать люди, які є екстравертами, характеризуються швидким темпом реакцій та емоційною збудливістю. Їх висока внутрішня напруга викликана високою конкурентністю, потягом до досягнень, конфліктністю та постійним відчуттям цейтноту. Базовим емоційним фоном для них є тривожність. Хоча ця тривожність носить ситуативний характер, внаслідок їх особистісних особливостей багато життєвих ситуацій викликають у них тривогу, що у подальшому призводить до психастеній. Вони імпульсивні та егоцентричні, часто мають неадекватну самооцінку, втрачають рівновагу у конфлікті. Незважаючи на начебто очевидну конфліктність та конфронтацію, такі особистості у конфлікті обирають стратегію пристосування, яку також називають «вимушеною поступкою» або «приношення власних інтересів у жертву опоненту».

О. Барабаш називає цю стратегію оборотною стороною суперництва та життям у боротьбі, оскільки особа не полишає своїх прагнень перемогти у конфлікті [2]. В той же час вона постійно поступається своїми інтересами, що призводить до посилення внутрішньоособистісного конфлікту та зростання внутрішньої напруги.

Представники цього психотипу мають екстернальний локус контролю, тобто схильні перекладати відповідальність за своє життя, здоров'я, вчинки на оточуючих чи випадкові події. У випадку психотравмуючих ситуацій характеризуються незрілими захисними механізмами психіки, виключаючи із свідомості неприємні події та факти, однак викликана цими подіями напруга проявляється у вигляді дистресу, що в подальшому і спричиняє психосоматичні захворювання.

Високі амбіції, вимоги до себе поєднані із тривожністю, неадекватною самооцінкою, конфліктністю та невмінням керувати своїми емоціями призводить до схильності до серцево-судинних захворювань, які проявляються інтенсивно та гостро. В роботі такі люди, як правило, мають проблеми у стосунках з керівництвом. А у сімейних стосунках (за дослідженням Н.В. Книш [5]) їм вдається зберегти сім'ю, проте стосунки мають конфліктний характер через бажання привернути до себе якомога більше уваги з метою впливу на чоловіка. Жінки такого типу схильні до різноманітної маніпулятивної поведінки, особливо у міжособистісних стосунках з близькими людьми.

Другий психотип є інтровертованим. На відміну від першого типу, який є показним та бореться за увагу, особистості цього типу характеризуються зниженою контактністю та потребою особистісної дистанції. Вони емоційно неврівноважені, із мінливим характером та схильністю до зниженого настрою. Базовим емоційним фоном є печаль, сум та тривожність. На відміну від першого типу, вони не надто прагнуть до досягнень, не відчувають цейтноту та не так страждають від конкуренції, проте їх тривожність носить особистісний характер. Це означає, що тривожність є рисою характеру, яка проявляється у постійній схильності до переживань у різних життєвих обставинах. У широкому діапазоні ситуацій вони схильні бачити загрозу для своєї самооцінки та життєдіяльності, і на такі ситуації вони реагують вираженим станом напруженості. Такі особи є невпевненими у собі. Для них характерним є інтернальний локус контролю, але останнє, в свою чергу, призводить до інтрапунітивних реакцій. У конфлікті схильні обирати стратегію уникання. Це означає, що людина будь-яким чином намагається уникнути конфлікту та зробити вигляд, що нічого не сталося. Ця стратегія є неефектив-

ною, бо в такому випадку неможливо задовольнити власні інтереси. Та попри ілюзії, така стратегія не рятує особистість від напруги, оскільки через відсторонення від конфлікту у його учасників так само накопичується невдоволення. А, враховуючи природну емоційність та неврівноваженість людей цього типу, уникання конфлікту вимагає значних витрат внутрішнього ресурсу. Це лише посилює напругу, особистісний конфлікт та дисгармонію.

У складних психотравмуючих ситуаціях вони використовують зрілі стратегії психологічного захисту, що свідчить про усвідомлення ними навіть болісних фактів та подій, проте вони не мають ефективного способу відреагування негативних емоцій та блокують свою емоційну реакцію, що й створює значну психологічну напругу та призводить до психосоматичних захворювань. Інсульт у даному випадку є наслідком виснаження нервової системи.

За дослідженням Н.В. Книш, жінки такого типу, що пережили інсульт, виховують дітей самі без чоловіків. На основі бесід з пацієнтками-жінками дослідниця зазначає, що висока особистісна тривожність пацієнток даного типу виявляється, зокрема, у формі «гіперхвилювання» за дитину [5]. Припускаємо, що саме їхні особистісні особливості через нестачу адаптаційних можливостей, невміння керувати своєю емоційною реакцією, труднощами комунікації спричинили конфлікти у сімейному житті, що в подальшому призвело до розпаду сім'ї.

Виходячи із вищезазначених психологічних особливостей, ми вважаємо, що саме психологічна профілактика інсульту повинна була б стати частиною системи медико-психологічної профілактики захворювання. Цільовою аудиторією в даному випадку якраз і мали б стати пацієнти з зони ризику. При цьому основні завдання психологічної профілактики інсульту, на наш погляд, могли б полягати у такому:

- редукція тривожності
- формування навичок емоційної саморегуляції
- підвищення стресостійкості
- формування комунікативної компетентності
- пошук ефективних шляхів вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів
- формування ефективних стратегій поведінки у міжособистісних конфліктах. Але в першу чергу, безумовно, у забезпеченні комплайенсу з лікарем та формуванні прихильності до після госпітального профілактичного лікування.

Вищезазначені завдання можуть бути виконані шляхом психологічної просвіти, проведення соціаль-

но-психологічних тренінгів та індивідуальної психокорекції. Однак, ми не можемо лишити поза увагою той факт, що шлях реалізації таких завдань є надто складним, оскільки в ідеалі має бути включений у широку систему охорони здоров'я та забезпечуватися не просто засобами волонтерської психологічної допомоги, а інституціалізуватися як окрема форма превенційної психологічної практики. Втім, люди, схильні до інсульту, потребують допомоги та рекомендацій вже зараз.

Статистика серцево-судинних захворювань в Україні наголошує на необхідності психологічних рекомендацій, які могли би бути втілені в життя якомога швидше. А підвищення стресогенності через відомі соціально-політичні умови в країні лише збільшує актуальність проблеми. Найоптимальнішим шляхом психологічної профілактики психосоматичних хвороб є системна індивідуальна робота з психологом. Основним завданням психокорекційної та психотерапевтичної роботи психолога (окрім вищезазначених) ми вважаємо: а) для першого психотипу - пошук способів самореалізації особистості не через стратегію боротьби та конкуренції, а шляхом реалізації сильних сторін власної особистості та здібностей; б) для другого психотипу – формування самоприйняття, прийняття та відреагування «заблокованих» емоцій.

Не секрет, що у нашому соціумі й культурі психологічна допомога і досі овіяна міфами та страхами. Але, усвідомлюючи специфіку проблеми та труднощі її подолання, вважаємо за необхідне так чи інакше ініціювати психологічну профілактичну діяльність, обираючи методи, орієнтовані на максимально широку аудиторію. Тому вважаємо за доцільне акцентувати увагу на техніках психологічної просвіти. Саме за їх допомогою ми можемо донести психологічну інформацію до максимально більшої кількості людей, уникнувши спрацьовування механізмів психологічного захисту. Хоча й у даному підході є суттєвий недолік: оскільки відповідальність за дотримання рекомендацій лягає на конкретну особистість, повною мірою контролювати повноту та ефективність такої роботи не уявляється можливим.

Формуючи загальні рекомендації щодо способу життя як шляху психологічної профілактики інсульту, звернемося до існуючих досліджень.

І.А. Ясточкіна провівши анкетування серед студентів щодо методів подолання стресу, які вони знають та використовують, дійшла висновку, що у суспільстві недостатньо інформації щодо способів подолання стресу. Більшість з них стосуються пасивного реагування на стрес такі як: відволіктись, подумати про переваги стресової події, поспілкуватися з друзями тощо. Лише

незначний відсоток опитуваних намагаються боротися зі стресом вдаючись до медитації, спеціальних дихальних технік, керованої уяви, аутотренінгу, молитви тощо. Щодо методів зниження тривоги та подолання стресу дослідниця зазначає, що саморегуляція тривожних станів у широкому розумінні здійснюється шляхом попередження їх появи через актуалізацію превентивних установок, як особистісних, так і поведінкових, у тому числі й засобами самонавіювання, а також привчання себе до здорового способу життя [10].

Із зазначеними методами погоджується О.М. Галієва, розширивши тему та розподіливши способи зниження тривоги за групами. До когнітивних способів зниження тривоги належить візуалізація, самонавіювання, самонаказ, саногенне мислення; на нейрофізіологічний – методика прогресивної м'язової релаксації, нормалізація дихання; на поведінковий – аутогенне тренування, соціально-психологічний тренінг [3].

Окремо варто наголосити на саногенному мисленні як способі психічної саморегуляції, подолання тривоги та стресу. Автором даної концепції вважають Ю. Орлова, який наголошує, що саме саногенне мислення є ефективним способом профілактики психосоматичних хвороб. Вчений висунув і обґрунтував припущення, що будь-яка ситуативна несвідома емоція, насправді є мовою розумових операцій, мовою певної програми, а людина усвідомлює тільки її результат.

Саногенне мислення визначають як мислення, спрямоване на інтроспекцію (самоспостереження) та самоконтроль, трансформацію, рефлексію власних емоцій та ставлень з негативних у нейтральні чи навіть позитивні. Система цього мислення дозволяє поступово навчити пацієнта перетворювати несвідоме в свідоме, незвичне у нормативне, вибудовувати систему пріоритетів, серед яких власне здоров'я виступає як цінність. Саногенне мислення характеризується довільністю, здатністю до цілепокладання, що відповідає екзистенційним цінностям, конкретної мети); здатністю до рефлексії та інтроспекції; навичками індукування у себе медитативного або молитвенного стану; формує високий рівень загального кругозору та внутрішньої культури особистості [4].

Н.М. Атаманчук статистично підтвердила суттєвий вплив рукоділля на зниження емоційної напруги, провівши дослідження на групі студентської молоді [1]. Я.Д. Гусак-Шкловська наголошує на позитивному впливі музики на емоційний стан людини, зниження тривоги та емоційної напруги [4].

На основі аналізу наукових джерел, власних знань та бачення проблеми ми можемо запропонувати такі

рекомендації для широкого загалу щодо способу життя, які слугуватимуть профілактикою інсульту:

1. Бути уважні до себе та своїх почуттів.
2. Пізнавати себе та удосконалювати свою особистість. Знати свої сильні сторони та розвивати слабкі.
3. Розширювати спектр своїх способів подолання стресу завдяки методикам нервово-психічної релаксації, медитації, візуалізації, аутотренінгу тощо. Чудовим способом зняття стресу є фізична активність.
4. Знаходити собі хоббі, займатися рукоділлям.
5. Не допускати стану фізичного та емоційного виснаження, вчасно відпочивати.
6. Спілкуватися з людьми, які в силах підтримувати ресурсність свою й іншого.
7. У разі постійного переважання стану стресу або пригніченості користуватися послугами психолога.

Висновок. У науковій, медичній, психологічній літературі та популярних джерелах описані способи профілактики інсульту, однак у них недостатньо розкрито власне психологічний компонент. Але саме психологічний аспект має неабияке значення, хоча й часто-густо й приховане, оскільки психогенні чинники можуть виступати провокуючими тригерами «судинної катастрофи».

Існують поодинокі дослідження психологічних факторів інсульту, однак дана проблематика потребує подальшого вивчення. На основі доступних нам наукових джерел можна стверджувати, що схильність до інсульту формується такими психологічними якостями: висока емоційність, тривожність, внутрішньоособистісний конфлікт, напруженість, нестача адаптивних способів реагування на стресові події, труднощі соціально-психологічної адаптації. Крім того, відомо 2 психотипи людей (А і В), яким приписують підвищений ризик інсульту. Перший (А): екстраверти, із швидким темпом реакцій та емоційною збудливістю, підвищеним почуттям кон-

курентності, потягом до досягнень, конфліктністю та постійним відчуттям цейтноту. Ці особи імпульсивні, егоцентричні, ситуативно тривожні. Другий психотип (В): інтроверти, емоційно неврівноважені, із мінливим характером та схильністю до зниженого настрою, тривожні та схильні до депресії, невпевнені у собі. На основі даних характеристик можна припустити, що якби зазначені типи пацієнтів навчилися ефективним методам подолання стресу та зниження тривожності, підвищили б рівень комунікативної компетентності та навчилися б ефективним способам подолання конфліктів, володіли б методами емоційної саморегуляції, то це б могло знижувати внутрішню напруженість, що в свою чергу проявлялося б і на соматичному рівні. Отже можна й потрібно наголошувати, що психологічний супровід пацієнтів після транзиторно-ішемічної атаки або легких форм інсульту, особливо працездатного віку, має бути включений у загальну систему медико-психологічної профілактики захворювання, в ідеалі чи у перспективі регулюватися на державному рівні та носити обов'язковий характер. Проте, усвідомлюючи складність реалізації цієї ідеї, ми пропонуємо психологам уже найближчим часом звернути більшу увагу на методи психологічної просвіти як вагомий фактор профілактики психосоматичних хвороб. При цьому маємо намір найближчим часом поділитися результатами нашого емпіричного дослідження, метою якого є з'ясування взаємопов'язаної системи чинників, що насправді провокують інсульт у сучасному українському соціумі. Сподіваємося, обґрунтовані на емпіричному матеріалі психологічні рекомендації, імплементація у реальну практику комплексу запобіжних психосоціальних факторів зможе посприяти зниженню цього важкого захворювання, яке посідає друге місце у світі за рівнем смертності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Атаманчук Н. М. Хендмейд – спосіб підвищення стресостійкості у студентів ЗВО // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2020. – Том XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Випуск 21. – С. 6-23.
2. Барабаш О. Стратегії поведінки в конфліктній ситуації. Підприємництво, господарство і право. Вип. 3, 2017. С. 208-212.
3. Галієва О.М. Методи саморегуляції ситуативної тривожності майбутніх практичних психологів у процесі професійної підготовки. Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2019. – № 2. – С. 65-78.
4. Гусак-Шкловська Я.Д. Функціональна музика як спосіб підвищення працездатності і покращення самопочуття. Харчова наука і технологія. №1(22) 2013 С. 52-55.
5. Книш Н.В. Особистісні властивості жінок у відновному періоді ішемічного інсульту як мішені подальшої едіко-психологічної та сімейної реабілітації. Український вісник психоневрології. Т.19, вип. 3 (68). 2011. С.125-132.
6. Купко Н. Інсульт: шляхи подолання проблеми світового масштабу. Спецвипуск «Інсульт». Додаток до № 1 (52), 2020. URL: <https://health-ua.com/article/46144-nsult-shlyahi-podolannya-problemi-svtovogo-masshtabu> (дата звернення: 20.08.2022)
7. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих. К.: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. 320с.
8. Яновська С. Я. Артеріальна гіпертензія та ішемічний інсульт у фокусі медичної психології Збірник наукових статей ПЗВО «Київський міжнародний університет» й Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. Серія: «Психологічні науки: проблеми і здобутки». Випуск (1-2) 13-14. К. КиМУ, 2019. 548 С. 502-520.
9. Цуканов Б.Й Час у психіці людини: Монографія. – Одеса: Астропринт, 2000. – 220с.
10. Ясточкіна І.А. Методи психічної саморегуляції як засіб корекції тривожних станів у студентів. Науковий часопис НПУ ім.М.П.Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: збірник наукових праць. – Випуск 18. – К.: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2014. – 197 с. С. 131-137

REFERENCES

- Atamanchuk N. M. Hendmejd – sposib pidvishhennja stresostijkosti u studentiv ZVO //Aktual'ni problemi psihologii: Zbirnik naukovih prac' Institutu psihologii imeni G.S. Kostjuka NAPN Ukraini. – 2020. – Tom. Hl: Psihologija osobistosti. Psihologichna dopomoga osobistosti. – Vipusk 21. – S. 6-23 [in ukr.].
- Barabash O. Strategii povedinki v konfliktnij situacii. Pidpriemnictvo, gospodarstvo i pravo. Vip. 3, 2017. S. 208-212 [in ukr.].
- Galieva O.M. Metodi samoreguljacii situativnoi trivozhnostimajbutnih praktichnih psihologiv u procesi profesijnoi pidgotovki. Teoretichni i prikladni problemi psihologii. – 2019. – № 2. – S. 65-78 [in ukr.].
- Gusak-Shklovs'ka Ja.D. Funkcional'na muzika jak sposib pidvishhennja pracezdatnosti i pokrashhennja samopochuttja. Harchova nauka i tehnologija. №1(22) 2013 S. 52-55 [in ukr.].
- Knish N.V. Osobistisni vlastivosti zhinok u vidnovnomu periodi ishemichnogo insultujak misheni podal'shoi ediko-psihologichnoi ta simejnoi reabilitacii. Ukraïns'kij visnik psihonevrologii. T.19, vip. 3 (68). 2011. S.125-132 [in ukr.].
- Kupko N. Insul't: shljahi podolannja problemi svitovogo masshtabu. Specvipusk «Insul't». Dodatok do № 1 (52), 2020. URL: <https://health-ua.com/article/46144-nsult-shlyahi-podolannya-problemi-svtovogo-masshtabu> (data zvernennja: 20.08.2022) [in ukr.].
- Savenkova I.I. Hronopsihologichne prognozuvannja perebigu zahvorjuvan' u psihosomatichnih hvorih. K.: Kïiv. un-t im. B.Grinchenka, 2014. 320 s.[in ukr.].
- Janovs'ka S. Ja. Arterial'na gipertenzija ta ishemichnij insul't u fokusi medichnoi psihologii Zbirnik naukovih statej PZVO «Kïivs'kij mizhnarodnij universitet» j Institutu social'noi ta politichnoi psihologii NAPN Ukraini. Serija: «Psihologichni nauki: problemi i zdobutki». Vipusk (1-2) 13-14. K. KiMU, 2019. 548 s. S.502-520 [in ukr.].
- Cukanov B.J Chas u psihici ljudini: Monografija. – Odesa: Astroprint, 2000. – 220 s. [in ukr.].
- Jastochkina I.A. Metodi psihichnoi samoreguljacii jak zasib korekcii trivozhnih staniv u studentiv. Naukovij chasopis NPU im.M.P.Dragomanova. Serija 11. Social'na robota. Social'na pedagogika: zbirnik naukovih prac'. – Vipusk 18. – K.: Vid-vo NPU imeni M.P. Dragomanova, 2014. – 197 s. S. 131-137 [in ukr.].

STROKE PREVENTION AS A PSYCHOLOGICAL PROBLEM

Bondarenko Nikita OI.

neurologist of the Communal Non-Profit Enterprise, Department of Neurology, "Kiev City Clinical Hospital n3", Kiev, Ukraine, post-graduate student of the G.S. Kostiuik Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine
ORCID ID: 0009-0002-1040-6031

The article presents an overview of research into psychological factors of stroke. It was determined that the susceptibility to stroke is formed by the following psychological qualities: high emotionality, anxiety, intrapersonal conflict, tension, reduced stress resistance, difficulties in social and psychological adaptation. Two personality psychotypes (A and B) were noted, to which increased risk for stroke is attributed: 1) extroverts, with a fast pace of reactions and emotional excitability, competitiveness, desire for achievements, conflict and a constant feeling of time pressure, impulsive, egocentric, situationally anxious; 2) introverts, emotionally unbalanced, with a changeable character and a tendency to low mood, anxious and prone to depression, insecure. Based on data analysis, it is emphasized the need to learn effective methods of overcoming stress and reducing anxiety, increasing the level of communicative competence and learning effective methods of overcoming conflicts, mastering methods of emotional self-regulation for stroke prevention. Psychological recommendations are proposed for implementation in the lifestyle of the general public for the prevention of psychosomatic diseases.

Key words: *psychosomatic diseases, stroke, stroke prevention, psychological triggers of stroke, psychoprophylaxis, psychocorrection.*