

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

ЛЕБІДЬ НЕЛЯ КОСТЯНТИНІВНА

УДК 159.9:612.172

**СТРУКТУРА СТРЕСОВОГО ЕПІЗОДУ
У ХВОРИХ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ
ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ**

19.00.04 – медична психологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Київ – 2010

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Київському національному університеті імені Тараса Шевченка

Науковий керівник : кандидат психологічних наук, доцент
Васьківська Світлана Василівна,
Київський національний університет імені Тараса Шевченка, доцент кафедри психодіагностики та клінічної психології

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Чабан Олег Созонтович,
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, завідувач відділу соціальної та екстремальної психіатрії

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник
Ткач Богдан Миколайович,
Інститут психології імені Григорія Силевича Костюка АПН України

Захист дисертації відбудеться 02 липня 2010 року о 14:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д26.001.26 в Київському національному університеті імені Тараса Шевченка за адресою: 01601, м. Київ, вул. Володимирська, 60.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ім. М. Максимовича Київського національного університету імені Тараса Шевченка за адресою: 01601, м. Київ, вул. Володимирська, 58.

Автореферат розіслано « ____ » червня 2010 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

Б.А. Щербатюк

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність дослідження. Серед країн Європи Україна знаходиться на першому місці за часткою хвороб систем кровообігу в загальній смертності (62,2%). Профілактика цих захворювань згідно Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки (Постанова Кабінету Міністрів України від 03.05.2006 № 761) визнана пріоритетним напрямом. Серед серцево-судинних захворювань окреме місце займають функціональні порушення ритму серця, тобто такі порушення, що розвиваються без патології серцево-судинної системи або інших органів. Не шкідливі на початкових етапах, вони, під дією психічних навантажень, можуть привести до розвитку важких органічних змін серця.

Проблема впливу психологічних чинників на розвиток серцево-судинних захворювань неодноразово піднімалася в психосоматичній медицині (Б. Любан-Плоцца та ін., 2000; В.Д. Менделевич, С.Л. Соловйова, 2000; Ю.Ю. Єлісеєв, 2003; А.Б.Смулевич, А.Л.Сиркін та ін., 2005; Б.Д. Карвасарський, 2006; О.С. Чабан, 2004). В психіатрії дана проблематика розглядалася в контексті комплексного підходу до лікування соматоформних розладів у підлітків та молодих осіб з функціональними порушеннями ритму серця (Т.І. Ромашкова, 2000; А.В. Самохвалов, 2006; Я.Б. Бікшаєва, 2006). Психологи здебільшого концентрували свою увагу на вивченні особистісних рис хворих з серцево-судинними захворюваннями (Е.В. Крайніков, 1999; Н.І. Волошко, 2006; Р.П. Шевченко, 2008; О.Л. Кулік, 2009). Проте до цього часу в психології немає наукових досліджень присвячених механізмам переживання стресової ситуації, що провокують розвиток функціональних порушень ритму серця.

Сучасні погляди на людину як на біопсихосоціальну істоту (Дж. Енджел, 1979; Л. Чомпі, 1997; О.С. Чабан, А.Б. Холмогорова, 2009) та діатез-стресові моделі виникнення захворювання (М.В. Гончаров, 2000; А.Б. Холмогорова, 2002) змушують більш уважно проаналізувати механізми, що лежать в основі виникнення захворювання. Р. Лазарус доводить, що реакція людини на стресову подію реалізується в рамках стресового епізоду, який складається з певних компонентів, а саме: об'єктивної стресової ситуації, оцінки ситуації, обумовленої когнітивними схемами мислення, емоцій, механізмів психологічного захисту та копінгів. Зважаючи на те, що порушення цих компонентів та їх динаміки блокує діяльність людини, можна припустити, що виникнення функціональних порушень ритму серця криється в невмінні хворими адекватно реагувати на перебіг стресового епізоду.

Відсутність психологічних досліджень структури стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця, об'єктивна необхідність у розробці теоретичних і практичних рекомендацій подолання стресових ситуацій вказаною категорією хворих, важливість даних рекомендацій для профілактики захворювання обумовили вибір теми даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано у рамках науково-дослідної теми факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка «Розробка рекомендацій щодо психолого-методичного забезпечення інформаційних технологій оцінки та моніторингу якості освіти у ВНЗ України» (№ державної реєстрації: 0108U002461).

Мета дослідження – визначити особливості афективно-когнітивних складових стресового епізоду, характерних для хворих з функціональними порушеннями ритму серця. Виявити механізми проживання стресової ситуації при психогеніях.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз розвитку функціональних порушень ритму серця як соматоформного розладу та з'ясувати психологічні детермінанти його виникнення.
2. Визначити механізми, що зумовлюють неадекватне реагування на стресову подію у хворих з функціональними порушеннями ритму серця. Дослідити структуру стресового епізоду, яка є одним з чинників розвитку цих розладів.
3. Дослідити взаємозв'язки складових стресового епізоду на різних рівнях функціонування психіки, розробити та емпірично підтвердити теоретико-графічну модель стресового епізоду.
4. Виявити особливості складових стресового епізоду для різних типів функціональних порушень ритму серця.
5. Розробити стратегію психотерапевтичної допомоги хворим з функціональними порушеннями ритму серця.

Об'єкт дослідження – афективно-когнітивна сфера особистості.

Предмет дослідження – взаємозв'язок афективно-когнітивних складових стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця.

Теоретико-методологічною основою дослідження є концепція стресу як трансактного процесу (Р.Лазарус, С. Фолкман; Т.Кокс; М. Перре, У. Бауман; С. Хобфолл, В.А. Абабков), психоеволюційна теорія емоцій Р. Плутчика, теорія диференціальних емоцій К. Ізарда, когнітивна психотерапія А.Бека та раціонально-емотивна терапія А. Елліса, теоретична модель механізмів захисту Р. Плутчика, Г. Келлермана та Х. Конта та COR-Теорія С. Хобфола.

Методи дослідження: теоретичні методи (аналіз, узагальнення, систематизація); методи опитування (бесіда, анкетування, інтерв'ю); методи психодіагностики (методики - Техніка використання переліку критичних життєвих подій в термінах А,В, і С, «Діагностика типологій психологічного захисту» за Р. Плутчиком в адаптації Л.І. Васермана, О.Ф. Єришевої, Є.Б. Клубової та ін.; «Стратегії подолання в стресових ситуаціях» за С. Хобфоллом; «Диференціальна шкала емоцій» за К. Ізардом; «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації» Холмса-Рея; методи математичної статистики (первинний статистичний аналіз, кореляційний аналіз, метод кростабуляції, критерій χ^2 -квадрат Пірсона, t-критерій Стьюдента).

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося на базі кардіологічного відділення та денного стаціонару Міської клінічної лікарні № 2 м. Кривого Рогу протягом лютого 2006 – грудня 2008 років. Група відносно здорових людей була сформована зі студентів економічного факультету КНУ імені Тараса Шевченка та працівників БУ-6 ЗАТ «Криворіжіндустрбуд». В дослідженні брали участь 129 осіб.

Наукова новизна дослідження:

1. Вперше вивчено структуру стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця. Емпірично доведено, що специфіка реагування на стресові ситуації цією категорією хворих в порівнянні з відносно здоровими людьми полягає в домінуванні негативних емоцій певного типу (подиву, горя, страху) над позитивними (прийняття, радість), використанні пасивних форм копінгів (уникнення, обережні дії, пошук соціальної підтримки), що засновані на дисфункціональних схемах мислення (контролюючі схеми, схеми типу «належно» та «слід», схеми «очікування негативних подій у майбутньому» та «незмінно негативна інтерпретація подій»).

2. Вперше запропонована теоретико-графічна модель стресового епізоду, згідно якої проживання стресу розглядається на різних рівнях функціонування психіки. Доведено, що доросла людина проживає стрес переважно на вищих рівнях психіки, тобто в ланцюжку «емоції-когнітивні схеми мислення - копінги», а не завдяки автоматизму, заснованому на зв'язку емоцій з механізмами психологічного захисту. Саме ускладнення ланцюжка реагування на стресову подію призводить до соматизації симптоматики.

3. Доповнено і уточнено механізми, що обумовлюють проживання стресових подій та виникнення психогеній. Отримані нові дані про зв'язок цих механізмів з розвитком функціональних порушень ритму серця (виявлено взаємозв'язок функціональних порушень ритму серця: з базовими емоціями – страху, відрази, радості, гніву; з механізмами психологічного захисту – витіснення, заміщення, інтелектуалізації; з копінгами – соціальний контакт, імпульсивні дії, уникнення, непрямі діями, асоціальна поведінка, агресивна поведінкою, впевнені незалежні дії).

4. Доведено, що емоційне реагування, пов'язане з переважанням негативних емоцій горя, подиву, страху, гніву, підкріплене дисфункціональними схемами мислення, є основою неадекватного проживання стресової ситуації, що в свою чергу сприяє дезадаптації та соматизації.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що: виявлено та описано особливості складових стресового епізоду; визначено механізми розвитку функціональних порушень ритму серця; досліджені ідеї дисфункціональних диспозицій та їх впливу на адаптацію людини і виникнення психогеній; розроблено загальну стратегію психотерапевтичної допомоги хворим з функціональними порушеннями ритму серця.

Отримані результати дослідження суттєво прояснюють лікувально-діагностичний процес, допомагають лікарям-кардіологам зрозуміти характер психологічних труднощів пацієнтів з функціональними порушеннями ритму

серця. Можуть бути включені в підготовку медичних психологів, програми підвищення кваліфікації лікарів-кардіологів.

Результати дисертаційного дослідження впроваджені у роботу Комунального закладу «Міська клінічна лікарня № 2» м. Кривого Рогу (Акт про впровадження результатів дисертаційної роботи Вих. № 128 від 29.01.2010 р.), а також у навчальний процес кафедри психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка при викладанні курсів «Клінічна психологія» та «Психотерапія».

Надійність та вірогідність отриманих результатів забезпечено ґрунтовним теоретичним аналізом проблеми, комплексним використанням апробованих методів і психодіагностичних методик, адекватних меті, об'єкту, предмету та завданням дослідження, змістовним якісним та кількісним аналізом з використанням адекватних статистичних методів.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Матеріали дослідження доповідались і обговорювались на міжнародній конференції «Шевченківська весна», Київський національний університет імені Тараса Шевченка (2008); III Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми психології діяльності в особливих умовах», Національний авіаційний університет (2008); Всеукраїнському науково-практичному симпозиумі «Особистість у просторі культури», Севастопольський міський гуманітарний університет, Севастопольський національний технічний університет (2009).

Публікації. Основні теоретичні положення та результати дослідження відображено у 6 одноосібних публікаціях, з них 3 – у фахових наукових виданнях, затверджених ВАК України.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Зміст роботи викладений на 173 сторінках друкованого тексту, основного тексту – 159 сторінок; містить 13 таблиць, 26 рисунків. Список використаних джерел налічує 211 праць, 32 з яких – іноземною мовою.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

У **Вступі** обґрунтовано актуальність дослідження, визначено об'єкт, предмет, мету і завдання дослідження, висвітлено наукову новизну, теоретичне та практичне значення роботи, методи дослідження, наведено дані про апробацію результатів та впровадження їх у практику.

У першому розділі – **«Феномен стресового епізоду як чинник функціональних порушень ритму серця»** - розглянуто сутність поняття функціональних порушень ритму серця та їх зв'язок з психологією; виділені психологічні передумови виникнення функціональних порушень ритму серця; розроблено теоретико-графічну модель стресового епізоду; розглянуто структуру стресового епізоду як чинника виникнення психогенного розладу.

Термін функціональні порушення ритму серця (ФПРС) поширений в кардіологічній практиці (М.С. Кушаковський, В.Ф. Москаленко, А.П. Мешков).

Згідно МКХ-10 дані розлади класифікуються як соматоформні вегетативні дисфункції (F.45). Деякі дослідники оперують також поняттям психогенні функціональні синдроми (М. Блейер, В.Д. Тополянський, А.М. Вейн, В.Д. Менделєвіч, С.Л. Соловійова, А.Б. Смулевіч та ін., О.С. Чабан). Та незважаючи на різні підходи в класифікації, більшість авторів наголошують на важливості психологічних чинників у розвитку ФПРС, доводять відсутність фізичної основи для симптоматики та необхідність корекції емоційного стану хворого. В дисертації ФПРС розглядаються з позиції МКХ-10 як соматоформні розлади.

Аналіз проведених досліджень в межах психології, медицини та психіатрії свідчить, що до психологічних передумов виникнення ФПРС відносяться: стрес (Ю.Ю. Єлісеєв, Корнацький та ін.), порушення психічної адаптації (Д.З. Афанасьєв, У.П. Тесьль), невідреаговані або кумульовані емоції (Н. Пезешкіан, В. Бройтігам та П. Крістіан, Ф. Александер, Н.М. Віторська), депресія (Б.В. Михайлов, Г.В. Погосова), невроз (А.П. Мешков), певні особистісні риси та розлади (Л.В. Шпак, А.Г. Кононова, А.Д. Кустов та ін.).

Структура стресового епізоду розглядалася в рамках поглядів на психоемоційний стрес як трансактний процес (Р.Лазарус, С. Фолкман, Т.Кокс, М. Перре, У. Бауман, С. Хобфолл, В.А. Абабков), тобто такий, що протікає в постійній взаємодії людини з навколишнім світом. При такому підході особливого значення набувають механізми, за рахунок яких відбувається проживання стресової події, а саме їх адаптивний чи дезадаптивний характер.

Враховуючи, що не сам стрес як явище є в більшості травмуючим для людини, а саме реакція на нього, проживання стресу трактувалося в рамках концепції стресового епізоду Р. Лазаруса. Згідно Р. Лазаруса структура стресового епізоду представлена наступними елементами: 1) усвідомлення стресора та його оцінка (первинна – сприйняття ситуації, вторинна – самосприйняття); 2) порушення гомеостазу та пов'язані зі стресом емоції і когнітивні процеси; 3) копінги; 4) результат копінга та нова оцінка ситуації.

Узагальнюючи погляди різних авторів (А. Бек, А. Елліс, Р. Плутчик, К. Ізард, В.О. Леонтьєв, С.В. Васьківська, З. Фрейд, Є.С. Романова, Л.Р. Гребенніков, Ф.Б. Березін та ін.) на складові стресового епізоду нами були виокремлені ще кілька компонентів, зокрема: когнітивні схеми мислення (КСМ) (саме вони опосередковують оцінку ситуації) та механізми психологічного захисту (МПЗ), що є первинними механізмами регулювання емоцій. З наведеної схеми видно як ускладнюється реагування на стрес в онтогенезі людини та як співвідносяться складові стресового епізоду (рис. 1).

На основі проведеного теоретичного аналізу було побудовану дворівневу структуру стресового епізоду у хворих (рис. 2).

Розглядаючи хворобу як регресію на більш ранній рівень розвитку психічного реагування, ми припускали, що у хворих на психогенії, в тому числі і з ФПРС, структура стресового епізоду буде мати вигляд, притаманний незрілій особистості.

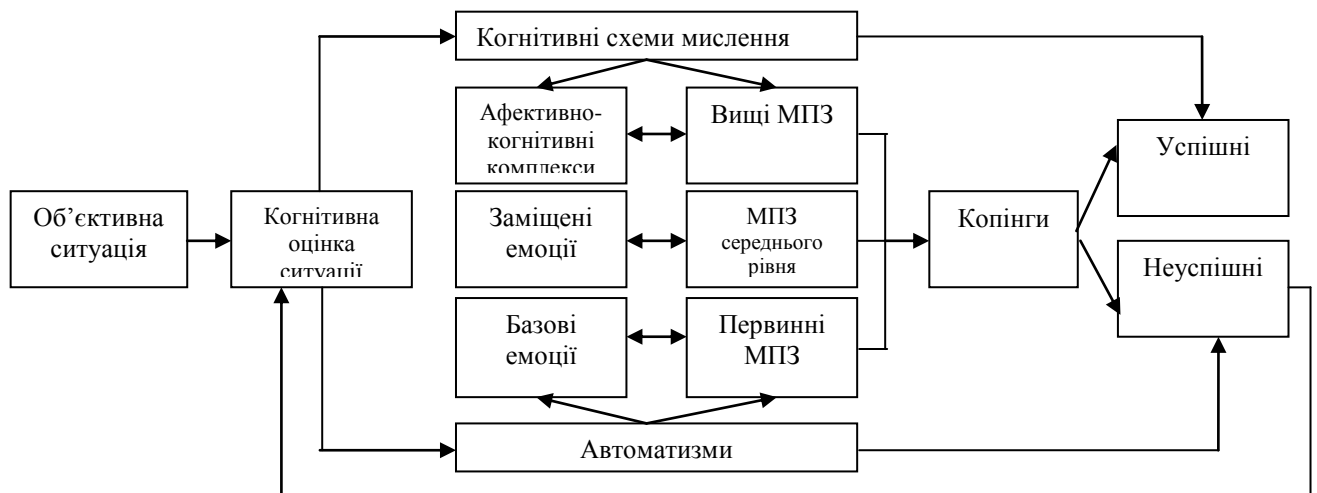


Рис. 1. Схема структури стресового епізоду дорослої людини

Вегетативна автономна реакція тіла, яке внаслідок слабкої десоматизації залишається активним суб'єктом відповіді на стрес, вносить порушення в субординацію складових стресового епізоду. Внутрішнє протистояння автоматизму і когнітивної обробки ситуації дозволяє базовим емоціям перехопити лідерство та домінувати над когнітивно-афективним комплексом.

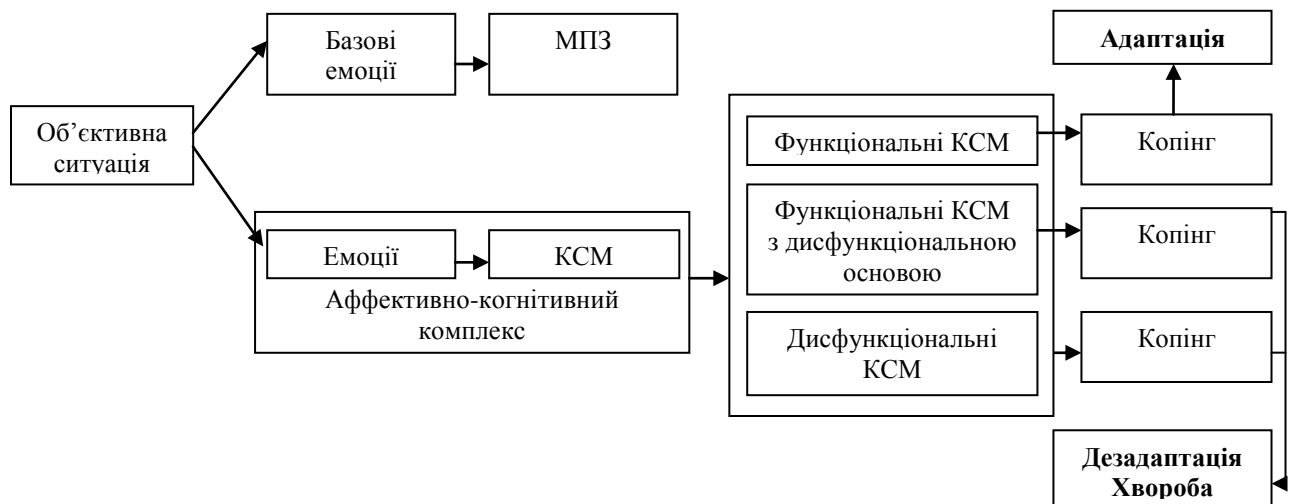


Рис. 2. Дворівнева модель структури стресового епізоду у хворих

Дворівнева структура проживання стресового епізоду представлена двома ланцюжками: базова емоція – МПЗ – напрям в розвитку природно зумовленого типу переживань та паритетний йому напрям – когнітивна схема мислення – копінг, в основі якого теж лежить емоційне реагування, не стільки базовими емоціями, скільки заміщеними. Завдяки заміщенню емоцій та їх подальшої трансформації (К. Ізард, Р. Плутчик, Р. Келлерман, В. Леонтьєв, С.В. Васьківська), переживання ситуації переноситься на більш високий рівень і в силу своєї складності, частіше веде до соматизації.

У другому розділі – «**Організація та методи дослідження структури стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця**» - визначаються індикатори дослідження; пропонується схема

емпіричного дослідження; обґрунтовується вибір психодіагностичного інструментарію.

Для організації дослідження і визначення його індикаторів складові стресового епізоду були систематизовані в колі адапційних психоеволюційних прототипів. Адаптаційне коло, побудоване на основі психоеволюційної теорії Р. Плутчика, дослідженні МПЗ Є.С. Романової, Л.Р. Гребеннікова, теорії моторних полів Д. Боаделли, систематизації адаптивних патернів С.В. Васьківської, наочно демонструє співвідношення базових емоцій, МПЗ і копінгів, та процесуальну складову проживання стресової ситуації (рис. 3).

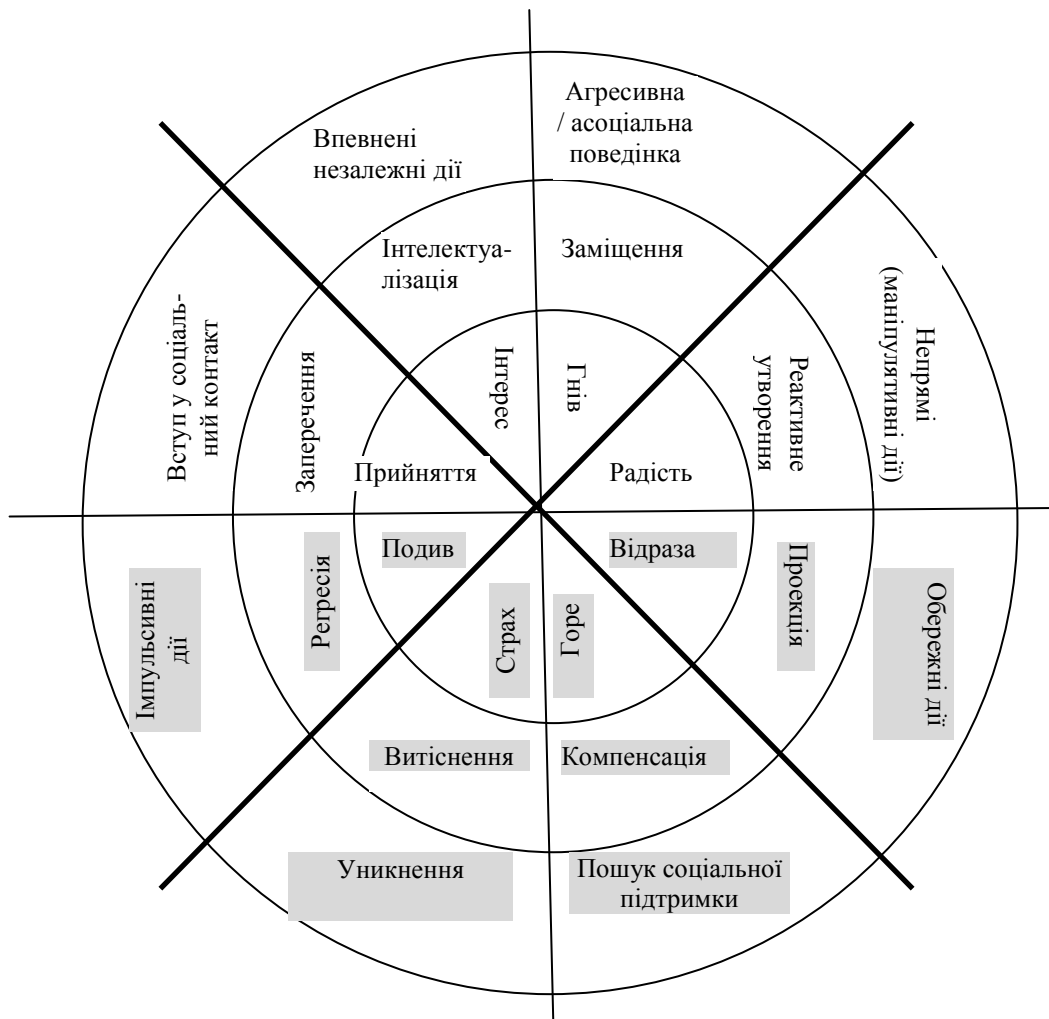


Рис. 3. Розподіл складових стресового епізоду в адаптаційному колі

Кожен із сегментів адаптаційного кола відповідає певному адаптаційному прототипу поведінки. Адаптаційний прототип, в основі якого лежить біорегулятивний процес інкорпорації та емоція прийняття є першим в розгортанні адаптаційного кола. Наступним йде прототип уникнення з емоцією страху і так далі до ускладнення реакцій. Відповідно останній адаптаційний прототип є найбільш розвиненим. Вісім адаптаційних патернів обумовлюють вісім змістовних патернів реагування на стресову подію, які в динаміці дозволяють адаптивно прожити будь-який стрес.

Перші два прототипи є найбільш ранніми, саме тому вони кардинально впливають на всі щабелі трансформації, задаючи напрям як емоційного, так і поведінкового реагування. В рамках понять асиміляції – акомодативної (Ж. Піаже), можна говорити, що одна частина (зазначена на рис. 3. сірим кольором) пов'язана з асиміляцією досвіду людиною, а інша – з акомодативною. Таким чином складові стресового епізоду теж набувають асимілятивного та акомодативного характеру. Це стосується всіх його елементів – емоцій, МПЗ, копінгів.

Порушення перебігу реагування та збій складових стресового епізоду призводить до порушення адаптації людини. Ці порушення викликають напруження та потребують значних ресурсів для подолання стресової ситуації. Специфіка конфігурації афективно-когнітивних складових стресового епізоду, їх взаємозв'язок та інтенсивність обумовлюють той чи інший тип захворювання. За нашими припущеннями найбільш вразливими патернами у хворих з ФПРС, будуть патерни, засновані на емоціях горя та страху.

Дослідження структури стресового епізоду складалося з двох блоків. Завданням першого блоку було виявлення зв'язків між складовими стресового епізоду в межах адаптаційних прототипів, план – багатомірне кореляційне дослідження (В.Н. Дружинін). Завданням другого блоку було визначення особливостей складових стресового епізоду у хворих з різними видами ФПРС та порівняння їх з відносно здоровими особами, відповідно був використаний план дослідження порівняння статистичних груп (В.Н. Дружинін).

Дослідження проводилося в три етапи. На першому етапі здійснювався відбір респондентів. На другому етапі проводилося інтерв'ю, респонденти відповіли на питання стандартизованих методик. На третьому етапі результати піддалися якісній та кількісній обробці, була проведена математико-статистична обробка даних згідно завдань дослідження, розроблена загальна стратегія психотерапевтичної допомоги хворим з ФПРС.

При доборі методик дослідження насамперед бралися до уваги концептуальна обумовленість методу, критерії високої валідності та надійності, що забезпечувалися підбором методик, спрямованих на одержання якісних та кількісних характеристик.

Третій розділ – **«Дослідження структури стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця»** - містить характеристику досліджуваної вибірки, докладний опис отриманих даних та їх інтерпретацію, стратегію психотерапевтичної допомоги хворим з функціональними порушеннями ритму серця.

У дослідженні особливостей афективно-когнітивного реагування в рамках стресового епізоду у хворих на ФПРС брали участь 129 осіб. З них 97 респондентів (основна група) були об'єднані загальною ознакою – наявність ФПРС. 32 респонденти склали контрольну групу – відносно здорових людей. У групу відносно здорових людей відбиралися досліджувані, які не мали жодних хронічних захворювань, не мали скарг на стан здоров'я та вважали себе здоровими. Контрольна група була рандомізована з основними за статтю та віком. За представленістю діагнозів основна вибіркова сукупність була поділена

на 3 групи: функціональна тахікардія (синусова та пароксизмальна) – 33 особи (34%) (для другого блоку дослідження – аналізу статистичних груп – дана група була представлена 32 респондентами), функціональна екстрасистолія – 32 особи (33%), ВСД за кардіотипом з порушеннями ритму серця – 32 особи (33%). Розподіл вибірки за діагнозом був важливим перш за все в сенсі вивчення особливостей афективно-когнітивних складових стресового епізоду у хворих з різними видами ФПРС. Кожна з груп є репрезентативною, бо має більше 30 респондентів. Досліджувані всіх чотирьох груп порівняння пройшли повну діагностичну процедуру.

Аналіз тематики стресових ситуацій, згаданих хворими з ФПРС в процесі інтерв'ю, дозволив виявити, що найбільш значущими та емоційно насиченими були ситуації в зоні міжособистісних стосунків. 56% хворих вказали на розвиток захворювання після ситуацій, пов'язаних з «втратою об'єкту» (Г.Фрайберг). Негативна направленість стресових ситуацій значно переважає над позитивною (72% проти 17%). Згадані стресові ситуації для хворих з ФПРС були значимі, емоційно насичені, їх розв'язання часто не піддавалося контролю.

Хворим з ФПРС притаманні дисфункціональні схеми мислення (ДСМ) наступних типів: а) «очікування негативних подій у майбутньому» (19%); б) «незмінно негативна інтерпретація подій» (11%). Дані схеми ускладнюють асиміляцію та аккомодацию травматичного досвіду. Достатньо вираженими є ДСМ: а) «я повинен все контролювати» (15%); б) судження типу «належно» і «слід» (14%); в) повиннісні судження (9%). Драматизація ситуації, очікування поганого, викликає у хворих з ФПРС тривогу, при цьому занадто виражені догматичні схеми типу «належно», «слід» задають їй внутрішній напрям, вона витісняється і придушється людиною. Зазначені ДСМ дозволяють припустити, що хворим з ФПРС притаманний конфлікт між бажанням бути соціально «правильним» і прийнятим з одного боку, і недовірою до світу та інших людей з іншого боку.

У хворих з ФПРС найбільший прояв мають емоції подиву (74%), горя (53%), страху (21%) (рис. 4). Подив, горе, страх знаходяться в нижній частині адаптаційного кола, яка характеризує процес асиміляції. Згідно адаптаційних прототипів ці емоції передують функціонально більш зрілій біологічній поведінці. Реагуючи подивом, хворі з ФПРС в більшості випадків проявляють «пасивне» реагування за природним типом. Значний прояв емоції горя пов'язаний з переважанням серед згаданих хворими з ФПРС ситуацій, що відносяться до «втрати об'єкту». Проявлена в певному відсотку емоція страху свідчить про не вміння адекватно проживати стресові ситуації, адже страх є внутрішнім бар'єром на шляху подолання людиною стресу.

Згідно перебігу емоцій, хворі з ФПРС не готові до активної боротьби, що веде до розв'язання стресової ситуації. Про це свідчать недостатньо проявлені емоції відрази (11%) та гніву (13%), а також до її усвідомлення і прийняття – слабкий прояв радості (11%) та прийняття (15%). Враховуючи, що емоції досліджувалися ретроспективно, за згадками, не проявлені емоції радості, гніву

та відрази опосередковано можуть свідчити про витіснення даних емоцій. Їх незначний прояв свідчить про недостатньо розвинені вміння будувати стосунки, взаємодіяти. При цьому невміння будувати стосунки, «приймати» людей провокує внутрішній конфлікт і «змушує» реагувати протилежними емоціями – подивом, горем.

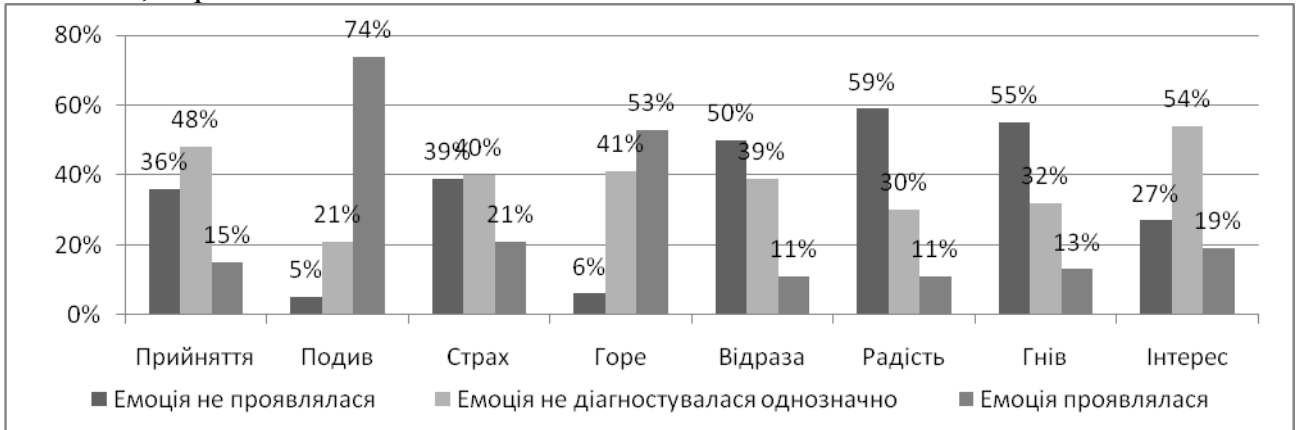


Рис. 4. Прояв базових емоцій у хворих з ФПРС

Низький прояв гніву і «блокуючі» висловлювання під час інтерв'ю, на кшталт «я дуже мирна людина», «я ніколи не сварюся», «я не люблю кричати, підвищувати голос», свідчать, що хворі з ФПРС не усвідомлюють «внутрішню агресивність», тобто бояться її виплеснути і тамують гнів всередині, аби не наразитися на конфлікт з оточуючими.

Серед МПЗ у хворих з ФПРС переважають: а) заперечення (68%); б) реактивне утворення (55%) (рис. 5). Значний прояв зазначених МПЗ при незначних базових емоціях прийняття (15%) та радості (11%), з якими вони пов'язані в адаптаційному колі, може свідчити про сформовані механізми блокування цих емоцій.

Низький прояв МПЗ витіснення (41%), що пов'язаний з емоцією страху, свідчить про невміння респондентами регулювати зазначену емоцію. Незначний прояв витіснення у хворих з ФПРС скоріше за все є основою конфлікту між соціально прийнятними нормами та бажаннями індивіда.

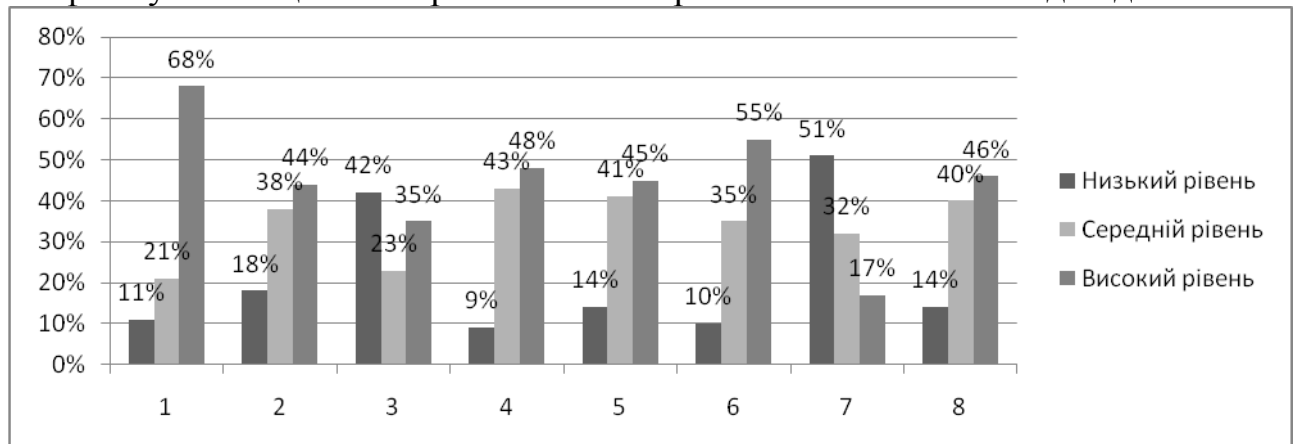


Рис. 5. Прояв МПЗ у хворих з ФПРС

Примітка: 1 – Заперечення, 2 – Регресія, 3 – Витіснення, 4 – Компенсація, 5 - Проекція, 6 - Реактивне утворення, 7 – Заміщення, 8 – Інтелектуалізація.

Найменший прояв має заміщення (17%), при цьому низькі його показники є найбільш вираженими (49%). Незначний прояв гніву (13%) і незначний прояв заміщення (17%) може свідчити про конверсію агресивних тенденцій в тіло, тобто про руйнівний напрям емоції.

Виявлено, що хворим з ФПРС притаманні наступні копінг-стратегії: а) пошук соціальної підтримки (71%), б) уникнення (64%), в) обережні дії (62%) (рис. 6). Пошук соціальної підтримки є адаптивною копінг-стратегією, через спрямовання на пошук інформації та на зниження емоційного напруження. Проте, пошук соціальної підтримки, є пасивною стратегією по своїй суті, бо не переходить в активні дії – вступ у соціальний контакт виражений незначно (23%). Стратегія обережні дії (62%) є протилежною до стратегії вступ у соціальний контакт (23%), згідно розташування в адаптаційному колі, і допомагає регулювати емоцію відрази. Небажання демонструвати негативне ставлення до людей, а також небажання вступати у соціальний контакт проковує обережні дії.

Результати дослідження копінгів у хворих з ФПРС свідчать, що незначно проявлені копінги, спрямовані на розв'язання ситуації та на регулювання емоційного стану. Так, низький рівень прояву мають копінги: асоціальна поведінка (53%) та впевнені незалежні дії (51%). Впевнені незалежні дії є копінгом протилежним в адаптаційному колі до копінгу пошук соціальної підтримки. Відповідно емоція інтересу протилежна горю. В переживанні горя у людини знижується пізнавальна активність. Саме це блокує пошук інформації та планування подолання ситуації.

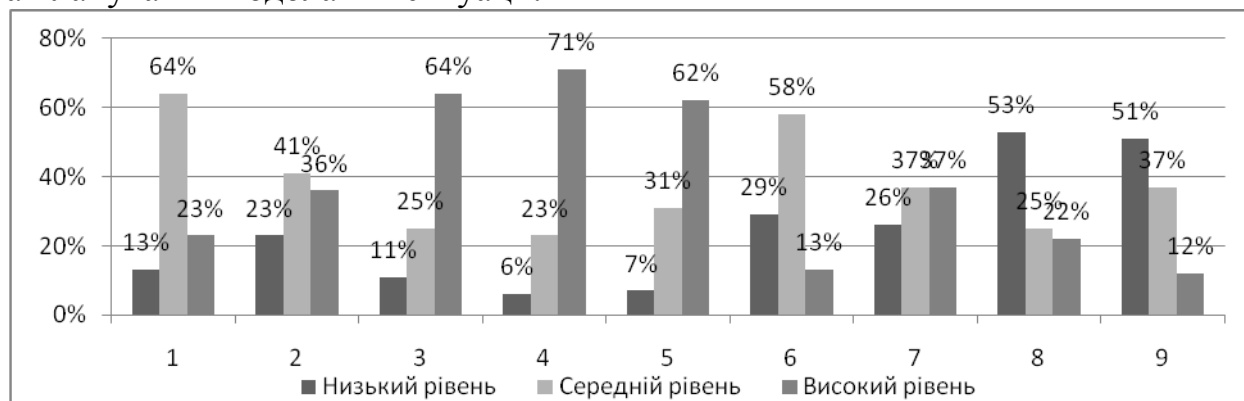


Рис. 6. Прояв копінгів у хворих з ФПРС

Примітка: 1 – Вступ у соціальний контакт; 2 – Імпульсивні дії; 3 – Уникнення; 4 – Пошук соціальної підтримки; 5 – Обережні дії; 6 – Маніпулятивні дії; 7 – Агресивні дії; 8 – Асоціальна поведінка; 9 – Впевнені незалежні дії.

Кореляційний аналіз показав, що модель структури стресового епізоду потребує корекції. Було виявлено лише один зв'язок між базовими емоціями та МПЗ (інтерес та інтелектуалізація $r=,409$; $p<0,01$). Доросла людина переважно реагує заміщеними емоціями, як складними комплексами. Можна припустити, що хворі з ФПРС інтерпретували згадану базову емоцію як деякий «звичний набір відчуттів», набутий для себе в процес життєдіяльності. Зважаючи, що МПЗ є природними, автоматичними компонентами, відсутність зв'язку між

ними та базовими емоціями за ретроспективним сприйняттям може свідчити про не відповідність МПЗ заміщеним («соціалізованим») емоціям. Тобто, МПЗ є механізмами реагування за природним біологічним типом, які з набуттям досвіду людиною стають не адаптивним. Свідченням цього є значна кількість зв'язків, виявлених між базовими емоціями та копінгами (горе та пошук соціальної підтримки $r=,254$; $p<0,05$; проєкція та обережні дії $r=,368$; $p<0,01$; заміщення та агресивна поведінка $r=,314$; $p<0,01$; прийняттям та вступ у соціальний контакт $r=-,256$; $p<0,05$).

Тому, другий напрям реагування в структурі стресового епізоду дорослої людини (емоції - когнітивні схеми мислення - копінги) є переважаючим, соціалізованим і усвідомлюваним. Він дозволяє людині корегувати поведінку, сприяє підвищенню адаптації та конструктивному розв'язанню стресової ситуації.

Кростабуляція дозволила виявити складові стресового епізоду, що пов'язані з розвитком ФПРС. До них відносяться: емоції страху, відрази, радості, гніву; МПЗ витіснення, заміщення, інтелектуалізації; копінги соціальний контакт, імпульсивні дії, уникнення, непрямі, асоціальна поведінка, агресивна поведінкою, впевнені незалежні дії.

Емоції, що пов'язані з ФПРС мають відносно низький рівень прояву. Тобто, витіснені або не проявлені в достатній мірі страх, відраза, радість, гнів сприяють виникненню хвилювання, депресії, внутрішніх конфліктів, які, в свою чергу, викликають «напруження» організму на соматичному рівні і при хронічному характері провокують функціональні, а в подальшому і органічні зміни в серці.

Інтелектуалізація, як найбільш розвинений і пізній МПЗ, що пов'язаний з адаптивною емоцією інтересу, сприяє переведенню «внутрішньої енергії», накопиченої за рахунок страху, гніву у осмислення та усвідомлення. Таким чином, інтелектуальне розуміння емоцій веде до зниження напруги і в свою чергу до зменшення ризику виникнення ФПРС.

Значна кількість виявлених зв'язків копінгу і ФПРС неодноразово підтверджує наявність специфіки структури стресового епізоду за напрямом «емоція – КСМ – копінг». Тобто, усвідомлення власної поведінки, власних відчуттів, активна адаптивна протидія стресу у дорослої людини сприяє зниженню напруги і в меншій мірі провокує реагування на соматичному рівні.

Порівняння основних і контрольної груп за t-критерієм Стьюдента виявило, що основою неадекватного проживання стресового епізоду у хворих з ФПРС в порівнянні з групою відносно здорових осіб є емоційне реагування. Існує різниця між групами хворих з ФПРС та відносно здоровими в реагуванні всіма базовими емоціями, окрім гніву.

Проведене порівняння між групами досліджуваних з різними типами ФПРС за t-критерієм Стьюдента виявило різницю в прояві емоції горя у хворих з тахікардією та хворих з екстрасистолією ($p<0,05$). В прояві всіх інших базових емоцій між групами хворих з ФПРС різниці не існує. Існує різниця у прояві МПЗ заміщення між хворими з тахікардією та хворими з екстрасистолією

($p<0,01$), хворими з тахікардією та хворими з ВСД за кардіотипом з порушеннями ритму серця ($p<0,01$). Тахікардія в більшій мірі є реакцією організму за біологічними типом. Прискорення ритму серця є звичною реакцією при хвилюванні, яке може супроводжувати багато емоцій. Виявлена різниця в прояві копінгів між групою хворих з екстрасистолією та групами хворих з тахікардією, ВСД за кардіотипом з порушеннями ритму серця ($p<0,01$). Для хворих з екстрасистолією копінги набувають найбільш важливого значення при подоланні стресової ситуації.

Порівняння високих показників прояву емоцій, МПЗ та копінгів у хворих з ФПРС та відносно здоровими людьми виявило, що: а) хворим з ФПРС в більшій мірі притаманне реагування негативними емоціями – подивом, горем, страхом – на стресові події. У відносно здорових людей навпаки більший прояв мають позитивні емоції – радість, інтерес, прийняття (рис. 7.); б) хворим з ФПРС в більшій мірі притаманні незрілі МПЗ нижньої частини адаптаційного кола. І навпаки, у відносно здорових людей більше проявляються МПЗ верхньої частини кола, винятком є компенсація (рис. 7); в) в обох вибірках переважають копінги нижньої частини адаптаційного кола, які є більш ранніми та пасивними. Проте їх прояв більш значний у хворих з ФПРС (рис. 7); г) у хворих з ФПРС більший прояв мають складові стресового епізоду нижньої частини адаптаційного кола, що свідчить про переважання процесів асиміляції над процесами акомодатії і може бути опосередкованим свідченням особистісної незрілості хворих з ФПРС.

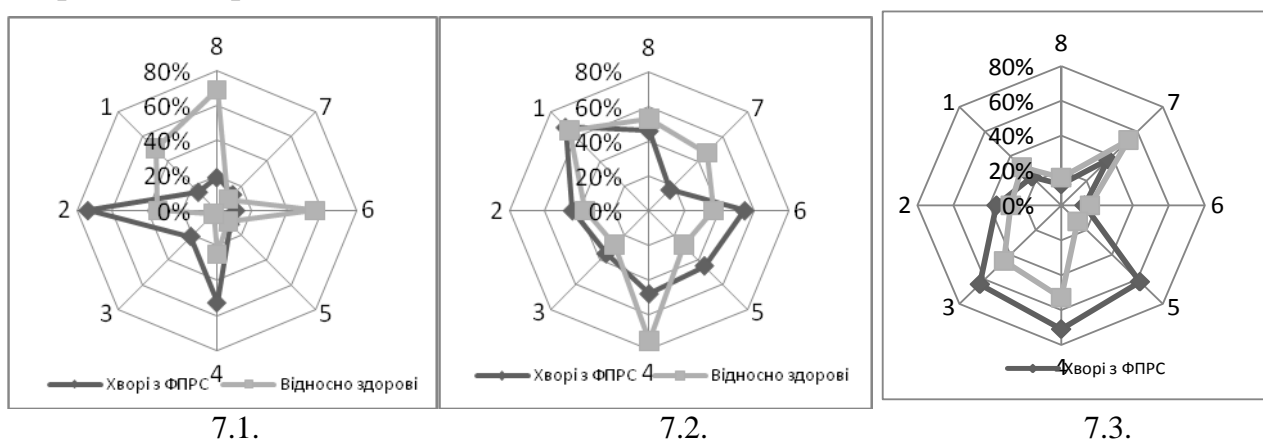


Рис. 7. Порівняння прояву базових емоцій (7.1.), МПЗ (7.2.), копінгів (7.3.) у хворих з ФПРС та відносно здорових

Примітка: **7.1.** – 1. Прийняття, 2 – Подив, 3 – Страх, 4 – Горе, 5 – Відраза, 6 – Радість, 7 – Гнів, 8 – Інтерес; **7.2.** – 1 – Заперечення, 2 – Регресія, 3 – Витіснення, 4 – Компенсація, 5 – Проекція, 6 – Реактивне утворення, 7 – Заміщення, 8 – Інтелектуалізація; **7.3.** – 1 – Вступ у соціальний контакт; 2 – Імпульсивні дії; 3 – Уникнення; 4 – Пошук соціальної підтримки; 5 – Обережні дії; 6 – Маніпулятивні дії; 7 – Агресивні дії; 8 – Асоціальна поведінка; 9 – Впевнені незалежні дії.

Найбільш «навантаженим» сегментом адаптаційного кола у хворих з ФПРС є сегмент емоції горя. В ньому три компонента стресового епізоду: базова емоція (горе 53%), МПЗ (компенсація 48%), копінг (агресивні дії 37%) високого рівня. Це характеризує його як центральний у адаптаційному колі для

хворих з ФПРС. Тобто найбільш виражена структура стресового епізоду у хворих з ФПРС має вигляд: горе – компенсація – пошук соціальної підтримки.

Дослідження структури стресового епізоду дозволило розробити загальну стратегію психотерапевтичної допомоги хворим з ФПРС. Вона полягає у роботі зі складовими стресового епізоду. Основними задачами є корекція дисфункціональних схем особистості, які є основою подальшого реагування на стрес; усвідомлення витіснених емоцій та формування адаптивних копінгів.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення та наведено нове розв'язання наукової проблеми впливу психоемоційного стресу на розвиток соматоформного захворювання людини. Доведено принципово нове бачення взаємозв'язку афективно-когнітивних складових стресового епізоду в межах адаптаційних прототипів. Виділені закономірності формування механізмів проживання стресу на нижчих та вищих рівнях психіки.

За результатами дослідження сформульовані наступні висновки:

1. Існує значуща різниця у структурі стресового епізоду у хворих з ФПРС і відносно здорових людей. Специфічні відмінності полягають в домінуванні негативних емоцій певного типу (подиву, горя, страху) над позитивними (прийняття, радість), використанні пасивних форм копінгів (уникнення, обережні дії, пошук соціальної підтримки), що засновані на дисфункціональних схемах мислення (контролюючі схеми, схеми типу «належно» та «слід», схеми «очікування негативних подій у майбутньому» та «незмінно негативна інтерпретація подій»).
2. Специфіка емоційного реагування на стресовий епізод у хворих з ФПРС проявляється: у значному прояві емоцій подиву, горя, страху; у слабкому усвідомленні та блокуванні адаптивних базових емоцій – прийняття, радості, відрази; в придушенні та зворотньому перенаправленні гніву на себе. Це свідчить про неготовність до активної боротьби з метою розв'язання стресової ситуації та недостатньо розвинені вміння будувати стосунки, взаємодіяти з іншими людьми.
3. До дисфункціональних схем мислення, що переважають у хворих з ФПРС належать: «очікування негативних подій», «незмінно негативні інтерпретації подій», «контролюючі судження», «судження типу «належно» та «слід». Виявлені ДСМ свідчать, що хворим з ФПРС притаманний конфлікт між бажанням бути соціально «правильними» і прийнятими з одного боку, і недовірою до світу та інших людей з іншого боку.
4. Серед механізмів психологічного захисту у хворих з ФПРС домінують примітивні, ранні МПЗ. Найбільш вираженими є заперечення і реактивне утворення, які блокують прояв адаптивних емоцій задоволення (прийняття) та радості. Витіснення та заміщення, які повинні регулювати страх та гнів, навпаки проявляються слабо. Незначний рівень прояву механізму заміщення свідчить про внутрішню агресивність хворих з ФПРС.

5. Серед копінгів у хворих з ФПРС переважають пасивні типи копінгу: пошук соціальної підтримки, уникнення та обережні дії. Зазначені копінги формуються на «ранніх» етапах життя, тому замість того, щоб активно долати стресові ситуації, хворі з ФПРС в більшості випадків їх уникають. Це провокує накопичення емоційної напруги, бо ситуація залишається невирішеною і вимагає від людини додаткових зусиль для її проживання.
6. Не виявлено суттєвої різниці між хворими з різними типами ФПРС. Проте існує різниця у прояві МПЗ заміщення між хворими з тахікардією та іншими типами ФПРС, а також виявлена різниця в прояві копінгів між групою хворих з екстрасистолією та групами з іншими типами (тахікардія, ВСД за каріотипом з порушеннями ритму серця). У групі хворих з екстрасистолією копінги набувають найбільш важливого значення при подоланні стресової ситуації.
7. Найбільш значущими і «навантаженими» сегментами стресового епізоду у хворих з ФПРС є сегменти, пов'язані з такими архетипічними прототипами як: орієнтування – подив – регресія – імпульсивні дії; та втрата об'єкту – горе – компенсація – пошук соціальної підтримки. Дані тенденції свідчать відповідно про страх самостійності та ініціативи, а також про переживання комплексу залежності. Переважання процесів асиміляції над процесами акомодации свідчить про недостатню особистісну зрілість хворих з ФПРС.
8. Виявлено наступні взаємозв'язки ФПРС з афективно-когнітивними складовими стресового епізоду: з базовими емоціями – страху, відрази, радості, гніву; з МПЗ – витіснення, заміщення, інтелектуалізації; з копінгами – соціальний контакт, імпульсивні дії, уникнення, непрямі, асоціальна поведінка, агресивна поведінкою, впевнені незалежні дії з ФПРС. Це свідчить про вплив вказаних складових стресового епізоду на виникнення ФПРС.
9. Аналіз складових стресового епізоду у хворих з ФПРС свідчить, що дорослій людині в більшій мірі притаманний шлях реагування на стресову подію соціалізованим, більш усвідомленим ланцюжком «емоція-КСМ-копінг» і в меншій мірі автоматичним ланцюжком «емоція-МПЗ». Саме ускладнення ланцюжка реагування на стресову ситуацію призводить до соматизації симптоматики.

Неадекватне емоційне реагування у хворих з ФПРС, підкріплене ДСМ розгортає дезадаптивну програму реагування на стрес. При цьому, механізмами, які можуть сприяти «відновленню» адаптивної функції є когнітивні схеми мислення та копінги, а не МПЗ, що і стало основою для формування стратегії психотерапевтичної роботи з хворими з ФПРС.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

1. Лебідь Н.К. Характеристика складових стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця / Н.К. Лебідь // Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія : Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.

- Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2009. – Том X, Вип. 12. – С. 282-294.
2. Лебідь Н. Психологічний портрет хворих з функціональними порушеннями ритму серця / Н. Лебідь // Психологія і суспільство. – 2009. – №3. – С.173-177
 3. Лебідь Н.К. Особливості емоційного реагування на стресові події хворих з функціональними порушеннями ритму серця / Н.К. Лебідь // Психологічні перспективи. – К. – Спеціальний випуск 2009. – С. 30-39
 4. Лебідь Н. Психологічні передумови виникнення функціональних порушень ритму серця / Н. Лебідь // Актуальні проблеми психології діяльності в особливих умовах: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20 лютого 2008 р. / за заг. ред. О.В. Петренка, О.М. Ічанської. – К.: НАУ, 2008. – С. 56-57
 5. Лебідь Н.К. Функціональні порушення ритму серця та психологічні причини їх виникнення / Н.К. Лебідь // Шевченківська весна: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених, присвяченої 90-річчю з дня заснування Українського Студентського Наукового Товариства Київського Університету Святого Володимира. – Вип. VI: У 4-х част. – Ч.2 / За заг. ред. проф. О.К. Закусила. – К.: Обрій, 2008. – С. 181-182
 6. Лебідь Н.К. Аналіз структури стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця / Н.К. Лебідь // Особистість у просторі культури: матеріали Всеукраїнського науково-практичного симпозиуму 24 вересня 2009 року. – Севастополь: Рібест, 2009. – С. 75-55

АНОТАЦІЯ

Лебідь Н.К. Структура стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця. – Рукопис

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Київський національний університет імені Тараса Шевченка. – Київ, 2010

Виділена модель стресового епізоду включає в себе наступні афективно-когнітивні складові: когнітивні схеми особистості, емоції, механізми психологічного захисту, копінг. Вказані елементи розташовані в адаптаційному колі згідно біорегулятивних процесів та адаптаційних патернів від найменш розвинених до найбільш.

Результати дослідження структури стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця виявил переважання процесів асиміляції над процесами акомодатії, що є підтвердженням недостатньої особистісної зрілості вказаної категорії хворих.

Хворі з функціональними порушеннями ритму серця інтерпретують стресові ситуації як значущі та емоційно насичені. Результати дослідження дозволяють стверджувати, що не сам психоемоційний стрес є фактором розвитку

функціональних порушень ритму серця, а реагування на стресову подію, що відображене в структурі стресового епізоду.

Ключові слова: стресовий епізод, функціональні порушення ритму серця, когнітивні схеми мислення, базові емоції, механізми психологічного захисту, копінги.

АННОТАЦИЯ

Лебедь Н.К. Структура стрессового эпизода у больных с функциональными нарушениями ритма сердца. – Рукопись

Диссертация на соискание научной степени кандидата психологических наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. – Киевский национальный университет имени Тараса Шевченка. – Киев, 2010.

В диссертации предложена теоретико-графическая модель стрессового эпизода, которая включает в себя объективную стрессовую ситуацию, оценку ситуации (осуществляется на основании когнитивных схем мышления), механизмы психологической защиты и копинги. Модель стрессового эпизода имеет двухуровневую структуру, связанную с реагированием на двух уровнях психики.

Эмпирически доказано, что взрослые люди переживают стресс в большей степени в цепочке «базовые эмоции – когнитивные схемы мышления – копинги», а не в цепочке «базовые эмоции – механизмы психологической защиты». Включение когнитивных компонентов в большей степени приводит к соматизации. Обозначено принципиально новое видение составляющих стрессового эпизода в рамках адаптационного круга, связанного с адаптационными прототипами Р. Плутчика.

Доказана специфика эмоционального реагирования больных с функциональными нарушениями ритма сердца, которая связана с преобладанием негативных эмоций над позитивными. Наиболее выраженными эмоциями у больных с функциональными нарушениями ритма сердца являются: удивление, страх, горе. К наиболее выраженным дисфункциональным схемам мышления у больных с функциональными нарушениями ритма сердца относятся: «ожидание негативных событий в будущем», «негативная оценка ситуации», схемы контроля, схемы типа «нужно» и «необходимо». Базовые эмоции, подкрепленные дисфункциональными схемами личности, вызывают у больных с функциональными нарушениями ритма сердца внутренний конфликт, связанный с различиями в ожидаемых и имеющихся результатах разрешения стрессовой ситуации.

Среди тематики стрессовых ситуаций у больных с функциональными нарушениями ритма сердца наиболее выражены ситуации, связанные с «потерей объекта» (по Р. Фрайбергу).

Среди механизмов психологической защиты у больных функциональными нарушениями ритма сердца наиболее выражены примитивные механизмы, а именно: отрицание и реактивное образование. При этом механизмы

психологической защиты, которые регулируют выраженные эмоции проявляются слабо. В большей степени проявлены пассивные копинги, а именно: поиск социальной поддержки, которая не переходит в социальное взаимодействие, избегание, осторожные действия.

Доказана связь функциональных нарушений ритма сердца со следующими компонентами стрессового эпизода: с эмоциями – страха, отвращения, радости, гнева; механизмами психологической защиты – вытеснение, замещение, интеллектуализация; копингами – социальный контакт, импульсивные действия, избегание, поиск социальной поддержки, асоциальное поведение, агрессивное поведение, уверенные независимые действия.

Выявлена существенная разница в структуре стрессового эпизода у больных с функциональными нарушениями ритма сердца и относительно здоровых людей. Специфические различия состоят в эмоциональном реагировании на стрессовую ситуацию, использовании пассивных форм копингов, которые основаны на дисфункциональных схемах мышления.

Разработана стратегия психотерапевтической работы с больными с функциональными нарушениями ритма сердца, которая связана с коррекцией дисфункциональных схем мышления, «осмыслением» вытесненных эмоций и формированием адаптивных копингов.

Ключевые слова: стрессовый эпизод, функциональные нарушения ритма сердца, когнитивные схемы мышления, базовые эмоции, механизмы психологической защиты, копинги.

ANNOTATION

Lebid N.K. – Composition of stress episod in patients with functional disorders of heart rhythm. - Typescript

Dissertation for getting the PhD level in psychology at the speciality 19.00.04 – the medical psychology. – Kyiv National Taras Shevchenko University, Kyiv, 2010.

The selected integrated model of structure of stressing episode includes the following cognitive - highly emotional constituents: cognitive charts of personality, emotions, mechanisms of psychological defence, coping. Mentioned elements are set in adaptative circle according to bioregulative processes and adaptative patterns from the less to the most developed.

Research results of the structure of stressing episode among the patients with functional violation of cardiac rhythm show assimilation processes prevalence over the accommodation ones and confirm personality maturity insufficiency of above mentioned patients' category.

Patients with functional violations of cardiac rhythm interpret stressing situations on the basis of components of stressing episode as meaningful and emotionally saturated. Research results allow to assert that a psychoemotional stress isn't the factor of functional violations of cardiac rhythm. This factor is the reacting on a stressing situation, which is reflected in the structure of stressing episode.

Keywords: stress episode, functional violations of cardiac rhythm, cognitive thinking scheme, basic emotions, psychological defense mechanisms, coping.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ФПСР	Функціональні порушення ритму серця
КСМ	Когнітивні схеми мислення
ДСМ	Дисфункціональні схеми мислення
МПЗ	Механізми психологічного захисту
ВСД	Веgeto-судинна дистонія