

ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ НА СТРЕСОВІ ПОДІЇ ХВОРИХ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ

За даними ВООЗ, хвороби системи кровообігу займають перше місце в структурі загальної смертності населення України. За цим показником (часткою хвороб системи кровообігу в загальній смертності – 62,2%) Україна посідає перше місце серед країн Європи, де цей показник становить 50,5% [1]. Особливе значення для профілактики захворювань системи кровообігу мають дослідження психогенних розладів, зокрема і функціональних порушень ритму серця. Нешкідливі на початкових етапах, вони під дією психічних навантажень можуть призводити до розвитку важких хвороб серця.

У вітчизняній і світовій медицині аритмії прийнято поділяти на функціональні і органічні. Функціональні аритмії виникають у людей із здоровим серцем, під впливом зовнішніх чинників, зокрема психоемоційних і фізичних навантажень, алкоголю, психотропних речовин тощо. Органічні аритмії виникають у разі ушкодження міокарда або клапанного апарату та ускладнюють основне захворювання.

Більшість дослідників вважають, що функціональні порушення ритму серця виникають на фоні емоційних навантажень, стресу. На цьому наголошують У. В. Лебедева, В. Г. Кавтарадзе, В. Н. Захаров, Х. Веленс, А. П. Мешков, В. Д. Тополянський, Н. Пезішкіан, Ю. Ю. Єлисеєв, В. М. Загуровський та ін. Хвороба свідчить про порушення в адаптації особистості, тож можна говорити про невміння хворих адекватно проживати стресові події, реагувати на них. Зауважимо при цьому, що короткочасне сильне переживання менш значуще, ніж хронічна емоційна напруженість. Остання часто призводить до значного посилення тривожності, що супроводжується вегетативно-судинними змінами і порушенням ритму серця. Розглядаючи психоемоційний стрес як трансактний процес, тобто як

процес зіткнення індивіда з навколишнім світом, що протікає в постійній взаємодії з ним, важливо зосереджувати увагу не на типі стресора, а на характері реагування на нього.

На розвиток хвороби можуть впливати події, що проживаються як негативно, так і позитивно, і мають різну інтенсивність характеристик стресових подій. Ступінь інтенсивності й тривалості для різних категорій стресорів різний, відповідно їх вплив на особистість може бути різним. При цьому реакція на стресову подію буде приблизно однаковою. У свою чергу відмінність виражатиметься в інтенсивності та якості реакції на стресову ситуацію. Саме ця суб'єктивна реакція і провокує розвиток хвороби. Одну з вирішальних ролей при цьому відіграє емоційне реагування людини.

Перш за все це пов'язано з тим, що стрес проявляється через емоції. Вони відображають зміст, який мають об'єкти чи ситуації, що впливають на людину. Біологічно емоції в процесі еволюції закріпилися як засіб підтримування життєвого процесу на оптимальному рівні. У разі порушення цього рівня виникає емоційне реагування, яке свідчить про недостатність або, навпаки, надлишок певних чинників. Спочатку емоції виникають як сильне тілесне напруження, що пов'язано з активацією нервової системи, яка у свою чергу впливає на діяльність усіх систем організму. Занадто сильні емоції, що неадекватно відредаговані, змінюють функціональність систем організму, а це в разі тривалого процесу може призвести до хвороби. Схожість емоційних проявів у всіх людей і тварин свідчить про вроджений характер основних емоцій, їхні експресії на обличчі та про наявність генотипічно обумовленої здатності до їх розуміння.

Переживання людини мають складну ієрархічну структуру. Проте в основу будь-яких переживань покладено базові емоції. Розподіл емоцій на первинні (базові) і вторинні характерний для прибічників дискретної моделі емоційної сфери людини. Серед дослідників не існує однозначного погляду на кількість базових емоцій. Виділяють від двох до десяти базових емоцій. Так, П. Екман, вивчаючи експресію обличчя, виокремив шість базових

емоцій: гнів, страх, відраза, подив, печаль, радість [див. 2]. К. Ізард виділив десять базових емоцій: інтерес, радість, подив, сором, провина, страх, горе, гнів, відраза, презирство [3]. Р. Плутчик вирізняє вісім базових емоцій: прийняття, страх, радість, гнів, горе, подив, інтерес, відраза [4]. В. О. Леонтьєв також виділяє вісім базових емоцій: горе, страх, гнів, радість, задоволення, інтерес, надія, зневага [5].

Дослідження емоційного реагування хворих з функціональними порушеннями ритму серця базувалося на психоеволюційній теорії Р. Плутчика та теорії диференційних емоцій К. Ізарда. Згідно із психоеволюційною теорією емоцій Р. Плутчика існує вісім базисних адаптивних реакцій, заснованих на еволюційній адаптації живої істоти в природі. Вони є прототипами восьми базових емоцій, а в комбінаціях – абсолютно всіх наявних у людини емоцій. До основних прототипів емоційної поведінки та відповідних видів базових емоцій належать: інкорпорація – поглинання їжі та води – прийняття; відторгнення – реакція відторгнення, екскреція, блювання – відраза; руйнування – спроба усунути перешкоди на шляху до задоволення – гнів; захист – спроба уникнути руйнування, передусім на біль – страх; репродуктивна поведінка – реакції, що супроводжують сексуальну поведінку – радість; депривація – втрата об'єкта, що дає задоволення – горе; орієнтування – реакція на контакт із новим, незнайомим об'єктом – подив; дослідження – невпорядковане вивчення навколишнього середовища – інтерес. Поведінковим полярним парам відповідають пари базових емоцій: 1) руйнування (гнів) – захист (страх); 2) інкорпорація (прийняття) – відторгнення (відраза); 3) репродуктивна поведінка (радість) – депривація (горе); 4) дослідження (інтерес) – орієнтування (подив). Одна й та сама емоція може мати різний ступінь інтенсивності. Страх може бути слабким, і тоді він називається переляком, може бути сильним, і тоді він називається жахом, але водночас це та сама емоція страху. Збільшення інтенсивності емоції призводить до її підсилення, і, відповідно, при зменшенні інтенсивності – можна отримати емоцію,

протилежну за знаком. Вторинні емоції, на думку Р. Плутчика, утворюються в результаті комбінації первинних емоцій [4].

В основу теорії диференційних емоцій К. Ізарда покладено п'ять ключових тезисів: 1) десять фундаментальних емоцій (позитивні – інтерес, радість, подив, сором, провина і негативні – горе, гнів, відраза, презирство, страх) утворюють основну мотиваційну систему людського існування; 2) кожна фундаментальна емоція має унікальні мотиваційні та феноменологічні властивості; 3) фундаментальні емоції, такі як радість, горе і сором, переживаються по-різному і по-різному впливають на когнітивну сферу та поведінку людини; 4) емоції взаємодіють між собою – одна емоція може активувати, підсилювати чи послаблювати іншу; 5) емоційні процеси взаємодіють із драйвами (сигналами про потреби тіла), з гомеостатичними, перцептивними, когнітивними та моторними процесами і впливають на них.

К. Ізард виділив деякі ознаки базових емоцій: 1) базові емоції завжди мають певні нервові субстрати; 2) базові емоції проявляють себе через виражену та специфічну конфігурацію м'язових рухів обличчя (міміка); 3) базові емоції супроводжуються певними специфічними переживаннями, що усвідомлюються людиною; 4) базові емоції виникають у результаті еволюційно-біологічних процесів; 5) базові емоції допомагають адаптації людини.

Теорія диференційних емоцій визнає за емоціями функції детермінант поведінки в найширшому діапазоні її виявів. Емоції розглядаються не тільки як основна мотиваційна система організму, а і як фундаментальні особистісні процеси, які надають сенсу і значення людському існуванню. За визначенням К. Ізарда, емоція – складний процес, що має нейрофізіологічний, нервово-м'язовий та феноменологічний (чуттєво-переживальний) аспекти. На феноменологічному рівні емоція постає як переживання, що має безпосередню значущість для людини. Особистість – це результат складної взаємодії шести систем: гомеостатичної, спонукальної (системи драйвів), емоційної, перцептивної, когнітивної та моторної. Кожна система певною

мірою автономна і незалежна, одночасно кожна із систем у певний спосіб співвідноситься з іншими. Шість систем особистості утворюють чотири основні види мотивації: спонукання, емоції, афективно-когнітивну взаємодію та афективно-когнітивні структури. Спонукання (драйви) є результатом змін у тканинах, які зазвичай відбуваються циклічно. Емоції розглядають як феномени переживання та мотивації, що мають адаптивні функції. Афективно-когнітивна взаємодія – мотиваційний стан, що виникає через взаємодію між афектом або комплексом афектів та когнітивними процесами. Афективно-когнітивні структури є результатом повторюваної взаємодії афекту або комплексу афектів з деяким набором або конфігурацією знань [3].

Утворення афективно-когнітивної взаємодії та афективно-когнітивних структур пов'язане із соціалізацією базових емоцій. Виникаючи за різних обставин життя та потрапляючи під вплив виховання, базові емоції з часом набувають різноманітних емоційних відтінків, які стають стереотипними та загальноживаними. Емоція обростає низкою когніцій і утворює когнітивно-афективні комплекси, які називаються емоціями, а в чистому вигляді вже не є такими. Когнітивно-афективні комплекси, які склалися на основі базового емоційного реагування, диференціюють емоційне життя та створюють заміщені емоції.

С. В. Васьківська, спираючись на теорію емоцій В. О. Леонтьєва, виділяє три кола заміщення емоцій. Перше коло заміщень дає змогу привласнити та олюднити природні патерни емоцій, що обслуговують потреби особистості. Друге коло заміщених емоцій виникає в результаті інтеріоризації норм і стандартів поведінки та переживання відповідності об'єкта або дії особистим нормам і принципам індивіда. Емоції другого кола заміщення складаються з двох базових емоцій, наприклад: самоповага = задоволення (принципами) + радість (від відповідності себе самого цим принципам); презирство = задоволення + гнів (спрямований на подолання ситуації невідповідності цим принципам) та ін. Третє коло заміщених емоцій виникає в результаті відповідності або невідповідності чийсь нормам і

стандартам, які людина поважає. Емоції третього кола заміщення вміщують три базові емоції [6]. Зважаючи на це, у хворих з функціональними порушеннями ритму серця досліджувалися саме базові емоції.

Когнітивна оцінка передуює виникненню емоцій у дорослої людини, вона є ніби “включеною” в емоційне реагування. Когнітивно-афективні комплекси, з одного боку, допомагають справлятися із життєвими випробуваннями, а з другого, – можуть обернутися для людини суперечливими тенденціями, які блокують діяльність, ведуть до душевних страждань і психосоматичних хвороб. Так виникають дисфункціональні схеми мислення, які зумовлюють неадекватність емоційного і поведінкового реагування. За такими схемами базова емоція страху нерідко модифікується в надмірну сором'язливість або бездіяльність, образу чи провину, войовничу принциповість чи параліч волі. виправдати такі риси у своєму характері людині набагато простіше, аніж нівелювати власне страх. Таким чином базові емоції, покликані забезпечувати організм енергією для взаємодії зі світом, трансформуються в переживання, що мають радше ауторуйнівне, ніж творчо-діяльнісне спрямування.

На важливій ролі емоцій у розвитку функціональних порушень ритму серця наголошують багато науковців (Н. Пезешкіан, А. Б. Смулевич, М. Воронов, В. Бройтигам і П. Крістіан, У. Бауманн і М. Перре, Н. М. Віторська, Б. Любан-Плоцца, А. П. Мешков та ін.).

Н. Пезешкіан, І. Г. Малкіна-Пих говорять про те, що існує зв'язок між серцем і страхом. За допомогою вегетативної нервової системи серце прямо пов'язане з почуттями. Гормонально (через посилене виділення адреналіну) хвилювання й конфлікти можуть призводити до підвищення артеріального тиску, частоти серцевих скорочень і відповідно до різноманітних відчуттів у ділянці серця. Страх може викликати серцебиття й біль у серці, і, навпаки, біль і зміни серцевого ритму можуть викликати страх. Обидва процеси підсилюють один одного й неконтрольно переходять у серцевий напад. Хворий сприймає тільки фізіологічні кореляти страху, тобто соматичні

симптоми й страх, що концентрується на них, а не основні емоції, конфлікти й бажання, які лежать в основі [7; 8]. Крім того, більшість дослідників наголошують на тому, що розлади серцевого ритму неминуче супроводжує страх смерті.

Ф. Александер вказує на існування зв'язку тривоги й гніву із серцевою діяльністю. Ці емоції, коли вони постійно підкріплюються, особливо у тривожних станах у випадку психоневрозів, проявляються у вигляді аритмій серця. “Коли йдеться про специфічність емоційних чинників, варто зазначити, що хронічна безпредметна тривога й агресивні імпульси, які придушуються, є важливими емоційними чинниками, що супроводжують функціональні порушення ритму серця. Агресивність стимулює тривогу, яка, утворюючи типове невротичне коло, у свою чергу підсилює агресивність” [9, С. 89].

Ю. Ю. Єлисеєв, В. Д. Тополянський, М. В. Струковська відзначають наявність прямого взаємозв'язку настрою і серцевого ритму [10; 11].

Дослідження базових емоцій проводилося в межах вивчення структури стресового епізоду у хворих із функціональними порушеннями ритму серця. У дослідженні брали участь 97 чоловік. Емпіричне дослідження проводилося на базі кардіологічного відділення і денного стаціонару Міської клінічної лікарні №2 м. Кривого Рогу протягом квітня 2006 – листопада 2008 років. У дослідженні брали участь хворі, яким було поставлено діагнози синусова тахікардія, пароксизмальна тахікардія, екстрасистолія, ВСД за кардіотипом з порушеннями ритму серця. Відсутність уражень серця та інших органів, що могли б вплинути на розвиток аритмій та функціональний характер порушень ритму серця, було підтверджено лікарями.

Для вивчення стресових ситуацій, значущих для респондентів, використовувався метод інтерв'ю. На кожну з озвучених ситуацій хворим із функціональними порушеннями ритму серця пропонувалося заповнити методику “Диференційна шкала емоцій” К. Ізарда, яка виявляє базові емоції, що переважають у певній ситуації. Методика “Диференційна шкала емоцій”

покликана діагностувати самопочуття людини. В оригіналі методики діагностуються 10 базових емоцій, виділених К. Ізардом. Кожну емоцію розкривають три її характеристики. Так, наприклад, інтерес: уважний, концентрований, зібраний; гнів: розлючений, гнівний, шалений тощо. За основу дослідження базових емоцій було взято перелік Р. Плутчика, який виділив вісім базових емоцій. Сім емоцій, згідно з Р. Плутчиком, збігаються з базовими емоціями концепції К. Ізарда (немає емоції прийняття). Змінюючи методику “Диференційна шкала емоцій” відповідно до задач дослідження, з неї були виключені три емоції з їхніми характеристиками, які не відповідають переліку базових емоцій Р. Плутчика: сором, провина, презирство, та додана емоція прийняття з характеристиками: вдоволений (рос. – удовлетворенный), задоволений (рос. – довольный), той, що відчуває насолоду (рос. – наслаждающийся).

Результати дослідження базових емоцій у хворих з функціональними порушеннями ритму серця представлені на діаграмі.

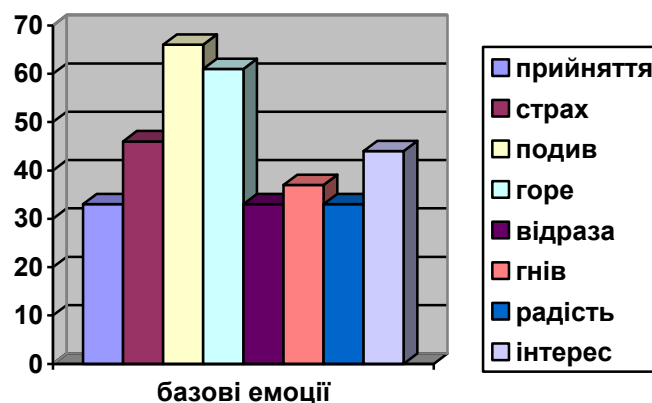


Рис. Прояв базових емоцій у хворих з функціональними порушеннями ритму серця

Як видно з діаграми, найбільш виражені емоції – подиву (66%) та горя (61%), третьою найбільш вираженою емоцією є емоція страху (46%). Дані емоції, згідно з адаптаційних прототипів Р. Плутчика, характеризують процес асиміляції. Це дозволяє говорити про недостатню особистісну зрілість хворих з функціональними порушеннями ритму серця, особливо враховуючи те, що більшість респондентів віком до 30 років. Згідно з адаптаційних

прототипів емоції подиву та горя передують більш зрілій біологічній поведінці. Функціональні порушення ритму серця, в свою чергу, є психогенним розладом, що може сприяти в подальшому органічним змінам серця. Тобто при досягненні особистісної зрілості людина або навчиться адекватно проживати стресові ситуації та позбавиться порушень ритму серця, або в неї виникнуть ускладнення в роботі серця, пов'язані з органічними змінами в органі.

Страх може викликати зміну серцебиття й біль у серці й, навпаки, біль і зміни серцевого ритму можуть викликати страх. Сильно виражена емоція страху також свідчить про несформованість особистості і невміння адекватно проживати стресові ситуації. Страх є внутрішнім бар'єром людини на шляху подолання стресу.

Згідно з емоційним реагуванням, респонденти не готові до активної боротьби задля вирішення стресової ситуації, про що свідчать недостатньо виражені емоції відрази (33%) та гніву (37%), а також до її усвідомлення і прийняття – слабкий прояв радості (33%) та прийняття (33%).

Переважає більшість озвучених ситуацій стосувалася міжособистісних стосунків, а саме ситуацій, пов'язаних із “втратою об'єкту”, респонденти заявили велику значимість подій. Це дозволяє говорити про важливість міжособистісних стосунків для досліджуваних. Слабке вираження емоцій “єднання” з людьми (прийняття та радість при цьому свідчить про недостатньо розвинені вміння будувати стосунки, взаємодіяти. Це є однією з передумов виникнення стресових ситуацій, що провокують функціональні порушення ритму серця. Невміння будувати стосунки, “приймати” людей провокує внутрішній конфлікт у людини і “заставляє” реагувати протилежними емоціями – подивом, горем. Подивом як пасивною реакцією на неприйняття іншими людьми, горем – на втрату стосунків.

Цікавим є недостатнє вираження емоції гніву (37%). Блокування гніву, його кумуляція впливає на порушення в роботі серця не менше, ніж занадто сильний його прояв. Підтвердженням блокування гніву можуть бути також

висловлювання респондентів у процесі інтерв'ю на кшталт: “я дуже миролюбива людина”, “я ніколи не сварюся”, “я не люблю кричати, підвищувати голос”. У даному разі існує певна внутрішня агресивність, тобто емоція гніву направляється людиною на себе.

Висновки. Специфіка емоційного реагування на стресовий епізод у хворих з функціональними порушеннями ритму серця проявляється у: значному вираженні емоцій горя, подиву, страху; слабкому усвідомленні та блокуванні адаптивних базових емоцій – прийняття (задоволення), радості (афіляція та турбота), відрази (встановлення меж ідентичності); придушенні гніву, який акумулюється у відповідь на зовнішні обставини та перенаправлення його руйнівної сили в середину аж до утворення симптомів дисфункції.

Література

1. Вплив психоемоційного стресу на розвиток хвороб системи кровообігу: теоретичний аналіз проблеми / Корнацький В. М., Маркова М. В., Харченко Є. М. [та ін.] // Архів психіатрії. – 2007. – №1-2. – с. 6-15
2. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Ильин Е. П. – СПб: Питер, 2001. – 752с.
3. Изард К. Э. Психология эмоций / Изард К. Э. - СПб., 1999. – 400 с.
4. Plutchik R. The Emotions: Facts, Theories and a New Model. – New York: Random House, 1962. – 362 с.
5. Леонтьев В. О. Из кн.: Классификация эмоций [Электронный ресурс] / Леонтьев В. О. – Одесса, 2002. – Режим доступа до книги <http://marks.on.ufanet.ru/PSY/EMOTIONS.HTM>
6. Васьківська С. В. Порядки заміщення емоційних переживань та їх використання в консультативній практиці / Васьківська С. В. // Наукові студії із соціальної та політичної психології: Збірник статей / АПН України, Ін-т соціальної та політичної психології. – К., 2008. – Вип. 20 (23). – С. 20-35

7. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Межкультурные и междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни / Пезешкиан Н. – М.: «Медицина», 1996. – 464 с.
8. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник / Малкина-Пых И. Г. – М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. – 928 с.
9. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Александер Ф. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
10. Психосоматические заболевания. Полный справочник / Под редакцией Ю. Ю. Елисеева. – М.: Эксмо, 2003. – 608 с.
11. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства / Тополянский В. Д., Струковская М. В. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.