

# ХАРАКТЕРИСТИКА СКЛАДОВИХ СТРЕСОВОГО ЕПІЗОДУ У ХВОРИХ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ

*Лебідь Н. К.*

*У статті наведено характеристики складових стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця відповідно до їх розташування в адаптаційному колі.*

**Ключові слова:** *стресовий епізод, функціональні порушення ритму серця, адаптаційні патерни, психосоматика.*

Сучасні умови життя людини провокують велику кількість стресових ситуацій, які впливають на її психічне та фізичне здоров'я. Важливу роль відіграють не тільки травматичні події, а й мікростресори, які при великій частоті та інтенсивності починають носити хронічний характер, та можуть привести до соматичних змін і захворювань.

За даними ВООЗ, хвороби системи кровообігу посідають перше місце в структурі загальної смертності населення України. Крім того, за цим показником Україна знаходиться на першому місці серед країн Європи з часткою хвороб систем кровообігу в загальній смертності – 62,2%, тоді як в Європі цей показник складає 50,5% [1]. Саме тому, важливого значення набувають дослідження функціональних порушень ритму серця, які не пов'язані з органічними ураженнями серця і є психогенними за своєю природою. Нешкідливі на початкових етапах функціональні порушення ритму під дією психічних навантажень можуть призвести до розвитку важких хвороб серця. Значні психічні навантаження при переживанні стресу пов'язані, передусім, з інтерпретацією людиною стресової події. Проживання стресової ситуації відображається у структурі стресового епізоду.



Психоемоційний стрес, за Р. Лазарусом, розглядається як трансактний процес, тобто як процес зіткнення індивіда з навколишнім світом, що протікає в постійній взаємодії з ним [14]. Згідно з Р. Лазарусом структура стресового епізоду представлена наступними елементами: 1) усвідомлення стресора та його оцінка (первинна – сприйняття ситуації, вторинна – самосприйняття); 2) порушення гомеостазу, пов'язані зі стресом емоції та когнітивні процеси; 3) копінгава реакція; 4) результат копіngu та нова оцінка ситуації [2, 14]. Ця схема була розширена за рахунок виділення в окремі складові когнітивних схем особистості, механізмів психологічного захисту та типів особистості як інтегративної складової. Змістове наповнення стресового епізоду набуло наступного вигляду: об'єктивна стресова ситуація – когнітивна оцінка стресора (на основі когнітивних схем особистості) – емоції – механізми психологічного захисту – копінг – реакція на копінг, аналіз ситуації, повернення на вихідну позицію при неуспіху. Крім того, на переважаючі когнітивні схеми особистості, емоції, механізми психологічного захисту та копіngи впливає тип особистості, притаманний людині. У свою чергу когнітивні схеми є основою формування типу особистості.

Структура стресового епізоду ідентична для всіх стресових подій. Проте її якісне «змістове наповнення» є особливим для кожної людини, що проживає стресову ситуацію. Зважаючи на те, що хвороба свідчить про порушення в адаптації особистості, можна припустити невміння хворими адекватно реагувати і проживати стресові події. Функціональні порушення ритму серця є достатньо «показовими» в цьому аспекті, бо не мають під собою органічних змін, а носять психогенний характер.

Психоемоційний стрес проявляється насамперед через емоції, які у свою чергу проявляються напруженням в тілі. Схожість емоційних проявів у людей та тварин свідчить про вроджений характер основних емоцій, їх експресії на обличчі та про наявність генотипічно обумовленої здатності до їх розуміння. Переживання людини мають складну структуру, утворюючи різні рівні. Проте в основі будь-яких переживань лежать базові емоції. Поділ емоцій на первинні (базові) та вторинні характерний для прибічників дискретної моделі емоційної сфери людини. Однією з центральних теорій такого напрямку є психоеволюційна теорія емоцій Р. Плутчика [15]. Саме вона виступила концептуальною основою дослідження базових емоцій у хворих з функціональними порушеннями ритму серця.



Згідно з психоеволюційною теорією емоцій Р. Плутчика існує вісім базових адаптивних реакцій, заснованих на еволюційній адаптації живої істоти в природі. Вони є прототипами восьми базових емоцій, а в комбінаціях – всіх існуючих емоцій. До основних прототипів емоційної поведінки та відповідних їм видів базових емоцій належать: *інкорпорація* – поглинання їжі та води – *прийняття*; *відторгнення* – реакція відторгнення, екскреція, блювання – *відраза*; *руйнування* – спроба усунення перешкоди на шляху 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 бути різної інтенсивності. Зі збільшенням інтенсивності підсилюється емоція, при зменшенні інтенсивності – можна отримати емоцію, протилежну за знаком. Вторинні емоції, на думку Р. Плутчика, утворюються в результаті комбінації первинних емоцій [15].

У процесі життя людини під впливом виховання базові емоції «соціалізуються» і обростають низкою когніцій. У результаті цього утворюються афективно-когнітивні комплекси, які називаються емоціями, а в чистому вигляді вже ними не є. Таким чином, когнітивна оцінка ситуації у дорослої людини передуює виникненню емоцій. Когнітивні схеми є структурами, що передбачають когнітивно-афективні процеси й поведінку й, одночасно, структурують інформацію, що надходить до людини [12]. Особливого значення при проживанні стресової події набувають дисфункціональні схеми мислення людини, які можуть обумовлювати неадекватність емоційного та поведінкового регулювання. Проблематика дисфункціональних схем мислення добре розроблена в когнітивній психотерапії А. Бека та раціонально-емотивній терапії А. Елліса.

А. Бек запропонував дворівневу схему когнітивних процесів, в якій він виділяє фактично динамічні (рухливі, мінливі) і структурні (більше стійкі й постійні) компоненти когнітивного процесу. Динамічні компоненти – це потік думок або внутрішня поведінка



людини. Структурні компоненти – це стійкі когнітивні утворення, що представляють собою вірування, переконання й установки. Саме останні і детермінують емоційний стан та поведінку людини. На думку А. Бека, багато думок мають недостатньо усвідомлюваний характер і не піддаються безпосередньому виявленню й контролю, він називає їх автоматичними думками. Такими ж неусвідомлюваними можуть бути переконання й вірування, що сформувалися у досвіді людини. Неадаптивність автоматичних думок, властиві їм перекручування або перебільшення в оцінках зовнішньої ситуації пояснюються дисфункціональністю переконань і установок різного рівня й глибини, що лежать в їх основі. А. Бек виділяє проміжні (поверхневі) й базисні (центральні) установки або переконання. Обробка інформації заснована на базисних переконаннях, впроваджених у схеми. Порушення нормального функціонування індивіда пов'язане з «когнітивною вразливістю». Кожна людина характеризується унікальною вразливістю й чутливістю відповідно до наявної у неї схеми [3, 12]. У здорової людини когнітивні схеми, що лежать в основі сприйняття реальності, відрізняються гнучкістю й здатністю змінюватися відповідно до нового досвіду. При різних психічних розладах когнітивні схеми, що сформувалися в травматичному дитячому досвіді, відрізняються великою ригідністю. Така ригідність і стійкість схем забезпечується завдяки цілому ряду перекручувань сприйняття реальності, які А. Бек назвав алогізмами. До алогізмів належать: довільний умовивід, селективне абстрагування, поляризоване мислення, персоніфікація, максимізація/мінімізація або перебільшення/применшення важливості подій та ін. [4].

А. Елліс стверджує, що психологічні проблеми виникають від: неправильного сприйняття або помилкових знань людей про те, що саме вони сприймають; від недостатнього чи занадто емоційного реагування на нормальні та незвичайні стимули; від звичних дисфункціональних поведінкових патернів, завдяки яким відбувається неадекватне реагування. Дисфункціональна реакція на стресову подію може відбуватися через помилкове, автоматичне, звичне реагування або через недостатність досвіду адекватного реагування. Також може існувати розбіжність між знанням, що потрібно, і вмінням це реалізувати. Крім того, переконання, які використовує людина у стресовій ситуації, можуть бути дисфункціональними за своєю суттю [5].

Фундаментальна теза раціонально-емотивної терапії (РЕТ) А. Елліса полягає в тому, що людське мислення є основною при-



чиною емоцій, а здорові та нездорові емоційні реакції знаходяться під значним впливом змін в уявленнях людей. А. Елліс розглядає тенденцію мислити ірраціонально як деякою мірою вроджену особливість людини. Цій якості він протиставляє метапізнання (рефлексію). Для поетапного розгляду особистості людини і її розладів А. Елліс розробив схему (або модель) «А-В-С». Її можна охарактеризувати наступним чином. Етап А – активуюча подія чи об'єкт, відносно яких людина стає стурбованою. На етапі В у людини виникають певні когніції, вірування, установки, переконання про подію, дію чи об'єкт, які мали місце на етапі А. У людини може виникнути два типи переконань: раціональні та ірраціональні. На етапі С людина відчуває наслідки своїх переконань, які також можуть бути раціональними та ірраціональними. Раціональні наслідки є результатом раціональних переконань людини. Ірраціональні наслідки обумовлені ірраціональними переконаннями людини. Переконання у моделі А-В-С є центральними за місцем, а також за функціональним навантаженням [5].

Когнітивний підхід не розвиває культ «раціоналізму» і не відносить до адаптованих тільки тих людей, які розмірковують раціонально, логічно й розділяють загальноприйняті погляди. Дисфункціональні думки та фантазії з ідеосинкретичним, тобто особистісним, елементом, що не збігаються з думкою навколишніх, зустрічаються в більшості людей. Термін «неадаптивні», «дисфункціональні» застосовується тільки до тих ідеаторних процесів, які несумісні зі здатністю справлятися з життям, порушують внутрішню гармонію й продукують неадекватну, надмірно інтенсивну й хворобливу емоційну реакцію [6].

Стресові події зазвичай викликають дуже сильні емоції й, для того щоб зберегти гомеостаз людини й вижити під натиском травми, починають діяти захисні механізми. Терміни «психологічний захист», «захисні механізми», «механізми психологічного захисту» були введені в психологічний тезаурус З. Фрейдом. З. Фрейд докладно описав функціональне значення психологічних захистів та їх мету. На його думку, вона полягає в ослабленні інтрапсихічного конфлікту (напруги, занепокоєння), обумовленого протиріччям між інстинктивними імпульсами несвідомого й інтеріорізованими вимогами зовнішнього середовища, що виникають у результаті соціальної взаємодії [7].

Існує багато поглядів на визначення механізмів психологічного захисту, їх класифікацію, кількість. Психологічні захисти як



неусвідомлювані механізми, що виникають, перш за все, з метою регулювання певної емоції, вивчаються в теоретичній моделі механізмів захисту, розробленій Р. Плутчиком у співавторстві з Г. Келлерманом та Х. Контом. Авторами виділено п'ять основних тез теоретичної моделі механізмів психологічного захисту: 1. Специфічні захисти утворюються при подоланні специфічних емоцій; 2. Існує вісім основних механізмів захисту, які розвиваються для подолання основних восьми базисних емоцій; 3. Вісім основних захисних механізмів мають властивості як схожості, так і полярності; 4. Певні типи особистісних діагнозів мають у своїй основі характерні захисні стилі; 5. Людина може використовувати будь-яку комбінацію механізмів захисту. Кожній базовій емоції, виділеній Р. Плутчиком, відповідає певний психологічний захист: 1. Страх – Придушення; 2. Гнів – Заміщення; 3. Радість – Реактивне утворення; 4. Горе – Компенсація; 5. Прийняття – Заперечення; 6. Відраза – Проекція; 7. Інтерес – Інтелектуалізація; 8. Подив – Регресія [8]. На думку Є.С. Романової та Л.Р. Гребеннікова, які вивчали захисні механізми на основі теорії Р. Плутчика, емоції провокують певні механізми психологічного захисту, які, у свою чергу, при постійному «використанні» (за умови реагування на ситуації типовими схемами) перестають бути специфічними, стають дезадаптивними та призводять до певних розладів особистості [8].

Таким чином, механізми психологічного захисту важливі на початкових етапах реагування на стрес, для зменшення емоційної напруги. При нормальному плині процесу подолання стресової ситуації інтенсивність дії механізмів психологічного захисту має поступово знижуватися, а переживання, пов'язані зі стресом, підсилюватися, але вже не викликати настільки сильного порушення, тому що в процес включаються копінгові реакції. Копінг виступає свідомим сформованим у процесі життєдіяльності людини механізмом подолання стресу. Копінг – це те, що робить людина, щоб впоратися зі стресом: він поєднує когнітивні, емоційні й поведінкові стратегії, які використовуються людиною, щоб впоратися із запитами повсякденного життя [14].

За основу дослідження копінгу у хворих з функціональними порушеннями ритму серця була взята COR-Теорія С. Хобфола, яка належить до ресурсних концепцій психологічного стресу [13]. Ресурсні концепції психологічного стресу пов'язують адаптаційні можливості та збереження потенціалу здоров'я з наявністю персональних ресурсів людини, які допомагають протидіяти стресовим



ситуаціям та долати їх. Згідно з COR-Теорією С. Хобфолла психологічний стрес та ризик хвороб адаптації виникає в разі порушення балансу між втратою і надбанням персональних ресурсів. Під ресурсами розуміються внутрішні та зовнішні змінні, які обумовлюють психологічну стійкість у стресових ситуаціях, а саме емоційні, мотиваційно-вольові, когнітивні та поведінкові можливості, які людина актуалізує з метою адаптації до екстремальних або стресових життєвих подій. С. Хобфол називає ресурсами те, що є цінним для людини та допомагає адаптуватися до стресових ситуацій. Автор пропонує розглядати в копінг-поведінці шість осей: за направленістю – просоціальна / антисоціальна спрямованість; за силою – пряма / непряма поведінка; за видом – пасивна / активна поведінка. Кожній осі, стратегії відповідає як одна модель дії так і декілька [13].

Тип особистості є складним системним поняттям, тому потребує окремого аналізу, який буде наведений в інших публікаціях.

Складові стресового епізоду пов'язані між собою. Основою такого зв'язку є біорегулятивні процеси та адаптаційні патерни людини. Для типологізації та більшої наглядності складових стресового епізоду представимо їх у вигляді адаптаційного кола (Рис. 1). Ідеї класифікації складових стресового епізоду згідно з біорегулятивними процесами можна знайти у дослідженнях Р. Плутчика, Є.С. Романової та Л.Р. Гребеннікова, співвіднести з моторними полями Д. Боаделла, пренатальними матрицями С. Грофа.

Як зазначалося вище, за теорією емоцій Р. Плутчика, базові емоції виникли під впливом біорегулятивних процесів та поведінки, а захисти розуміються як похідні емоцій, оскільки кожен з основних захистів онтогенетично розвивався для стримування однієї з базових емоцій. Таким чином, певній біорегулятивній поведінці відповідає певна базова емоція, якій відповідає певний захист. Наступним в цьому ланцюжку іде копінг. Кожна копінг-стратегія також відповідає певній емоції. Види копінг-стратегій, за С. Хобфоллом, були рознесені у відповідності до емоцій та захистів з позиції, що копінг є більш розвиненим механізмом реагування, який усвідомлюється людиною. Проте направленість стратегії щодо емоції залишається подібною до механізму психологічного захисту. Дисфункціональні схеми особистості не включені в адаптаційне коло через необхідність їх співвіднесення, перш за все, з типами особистості.



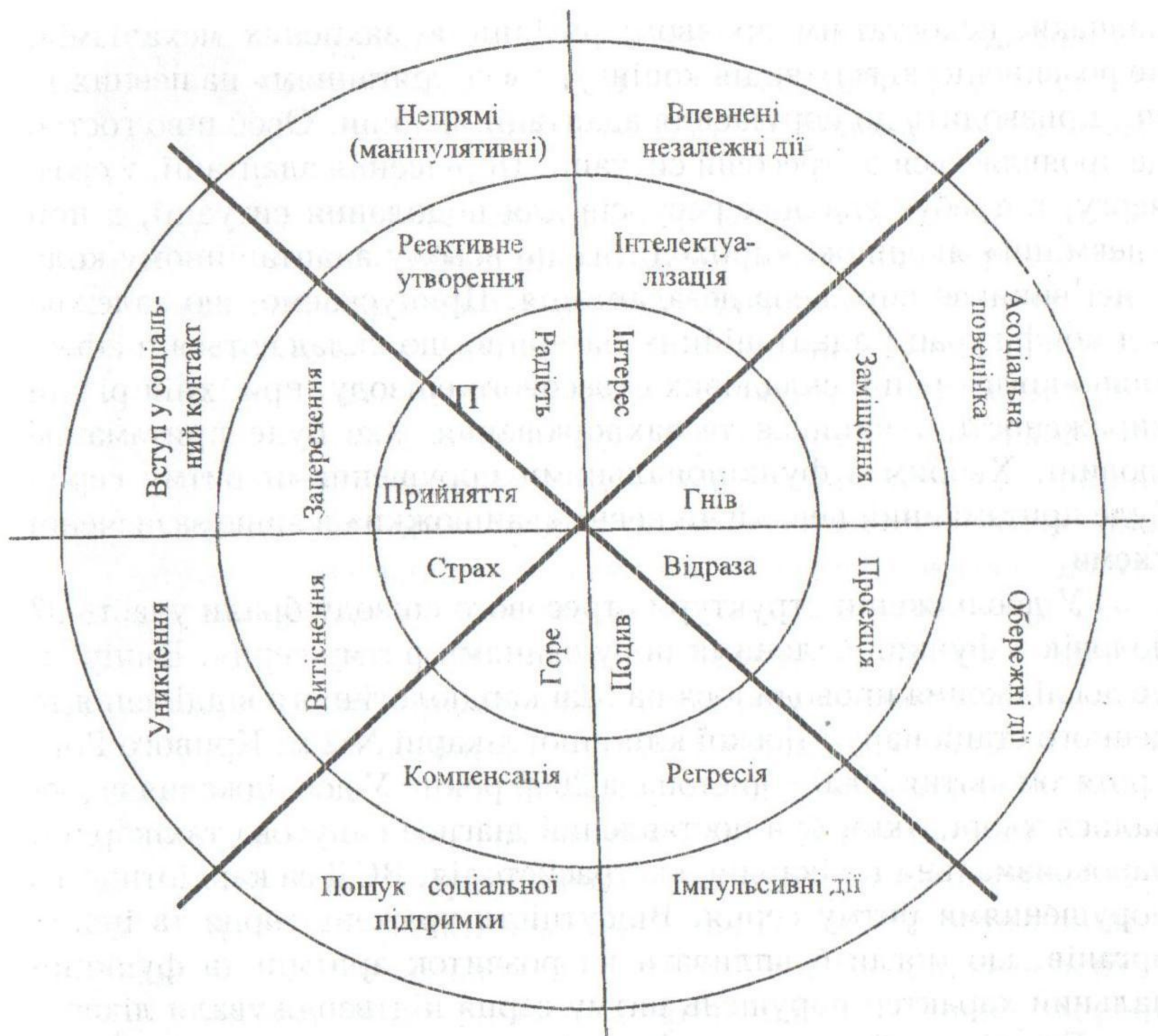


Рис. 1. Адаптаційне коло складових стресового епізоду

Еволюційно найбільш раннім біорегулятивним процесом є інкорпорація (поглинання їжі та води), який відповідає емоції прийняття. Таким чином емоція прийняття є «початком» адаптаційного кола. Далі проти руху часової стрілки представлені адаптаційні патерни від найменш до найбільш розвинених. Розглядаючи адаптаційне коло в рамках понять асиміляції – акомодатії, виділених Ж. Піаже [9], можна говорити, що нижня його частина пов'язана з асиміляцією досвіду людиною, а верхня – з акомодатією. Доросла людина, добре адаптована, вміє користуватися всіма поведінковими патернами залежно від вимог ситуації. У разі порушення вираження певних складових адаптаційного патерну, наприклад занадто сильним реагуванням певною емоцією або, навпаки, блокуванням емоції; занадто вираженим розвитком механізму психологічного захисту, що блокує вираження емоції, чи,



навпаки, недостатнім проявом; ригідністю захисних механізмів; не розвиненістю всіх видів копінгу, а «застряганням» на певних та ін., призводить до порушення адаптації людини. Особливо гостро це проявляється в стресовій ситуації. Порушення адаптації, у свою чергу, потребує значних ресурсів для подолання ситуації, а при «невмінні» людиною «проходити» по всьому адаптаційному колу в неї виникає виражена дезадаптація. Припускаємо, що залежно від конфігурації адаптаційних патернів, що складаються з афективно-когнітивних складових стресового епізоду, при їхній різній вираженості, і виникає те захворювання, яке буде притаманне людині. Хворим з функціональними порушеннями ритму серця буде притаманний певний чи певні «ланцюжки» з вище зазначеної схеми.

У дослідженні структури стресового епізоду брали участь 97 чоловік з функціональними порушеннями ритму серця. Емпіричне дослідження проводилося на базі кардіологічного відділення та денного стаціонару Міської клінічної лікарні №2 м. Кривого Рогу протягом квітня 2006 – листопада 2008 років. У дослідження включалися хворі, яким був поставлений діагноз синусова тахікардія, пароксизмальна тахікардія, екстрасистоля, ВСД за кардіотипом з порушеннями ритму серця. Відсутність уражень серця та інших органів, що могли б впливати на розвиток аритмій та функціональний характер порушень ритму серця підтверджували лікарі.

Базові емоції у хворих з функціональними порушеннями ритму серця досліджувалися за допомогою методики «Диференціальна шкала емоцій» К. Ізарда, адаптованої до завдань дослідження. Для вивчення стресових ситуацій, що були значущими для респондентів, використовувався метод інтерв'ю. На кожну з озвучених ситуацій хворим з функціональними порушеннями ритму серця пропонувалося заповнити методику «Диференціальна шкала емоцій» К. Ізарда, яка визначала переважаючі базові емоції в певній ситуації. Дисфункціональні схеми мислення діагностувалися за допомогою техніки переліку критичних життєвих подій у термінах А, В, і С [10]. При обробці отриманих результатів використовувалися класифікації груп дисфункціональних уявлень А. Бека, категорій ірраціональних переконань А. Елліса, а також список основних ірраціональних переконань, що можуть призводити до емоційних порушень, запропонований А. Еллісом. Механізми психологічного захисту у хворих з функціональними порушеннями ритму серця досліджувалися за допомогою методики «Діагности-



ка типологій психологічного захисту» Р. Плутчика в адаптації Л.І. Васермана, О.Ф. Єришевої, Є.Б. Клубової та ін. Копінг-стратегії за допомогою опитувальника «Стратегії подолання в стресових ситуаціях» С. Хобфола.

Виявлені наступні тенденції вираженості складових стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця.

Найбільш вираженими дисфункціональними схемами мислення є: очікування негативних подій, незмінно негативні інтерпретації подій. Ці схеми пов'язані з ускладненням в асиміляції та акомодатії травматичного досвіду. Крім того, виявлено контролюючі судження та судження типу «належно» та «слід», повиннісіні судження. Аналіз літератури з психологічних передумов виникнення функціональних порушень ритму серця показав, що хворі схильні контролювати свої почуття, уникають конфронтації, схильні до раціоналізації [11]. Вираженими базовими емоціями у хворих з функціональними порушеннями ритму серця є емоції подиву, горя та страху. Найменше виражені емоції «єднання з людьми» – прийняття та радість. Слабкий прояв емоцій «єднання» з людьми свідчить про недостатньо розвинені вміння будувати стосунки, взаємодіяти. Хворим з функціональними порушеннями ритму серця притаманний внутрішній конфлікт між бажанням бути прийнятими оточуючими та недовірою до світу. Серед механізмів психологічного захисту вираженими є заперечення і реактивне утворення. Ці два механізми відповідно блокують прояв емоцій прийняття та радості. Слабко виражене витіснення. Витіснення пов'язане з емоцією страху, що проявляється у респондентів достатньо сильно. Це свідчить про знижене вміння хворими з функціональними порушеннями ритму серця регулювати емоцію страху. Незначно виражене заміщення, що регулює емоцію гніву. Це є непрямим підтвердженням припущення про внутрішню агресивність хворих із функціональними порушеннями ритму серця. Слабка вираженість гніву і слабка вираженість заміщення свідчить про внутрішню направленість емоції. Серед копінг-стратегій виражені пошук соціальної підтримки, уникнення та обережні дії. Зазначені копінг-стратегії є пасивними і достатньо «ранніми» серед поведінкових патернів людини.

Найбільш «навантаженим» сегментом є сегмент емоції горя. В ньому три компонента стресового епізоду: базова емоція, механізм психологічного захисту, копінг-стратегія високого рівня. Це характеризує його як центральний у адаптаційному колі для



хворих з функціональними порушеннями ритму серця. Тобто найбільш виражена структура стресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця має вигляд: горе – компенсація – пошук соціальної підтримки. Також виявлено переважання процесів асиміляції над процесами акомодатії на основі більш значної вираженості складових стресового епізоду в нижній частині кола. Це може свідчити про недостатню особистісну зрілість хворих з функціональними порушеннями ритму серця.

### Література

1. Корнацький В.М., Маркова М.В., Харченко Є.М., Степанова Н.М., Бабич В.В., Бахтіярова С.А., Лещенко О.М., Лисенко І.О., Клименко В.В. Вплив психоемоційного стресу на розвиток хвороб системи кровообігу: теоретичний аналіз проблеми // Архів психіатрії. – 2007. – №1–2. – С. 6-15.
2. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб.: Речь, 2004. – 166 с.
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная расстройств личности. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
4. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
5. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход / Пер. с англ. – СПб.: Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 272 с.
6. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. – №2. – С. 69-90.
7. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. – М.: Педагогика-пресс, 1993. – 546 с.
8. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. – Мытищи: Талант, 1996. – 144 с.
9. Пиаже Ж. О механизмах ассимиляции и аккомодации // Психологическая наука и образование. – 1998. – № 1. – С. 22-26.
10. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
11. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Межкультурные и междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.



12. Beck, J. Personality Disorders. – Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, October, 2002.

13. Hobfoll, S. E. Stress, culture, and community. The psychology and philosophy of stress. – New York, 1998.

14. Lazarus, R.S., & Folkman, S. Stress, appraisal and coping. – New York: Springer, 1984.

15. Plutchik, R. The Emotions: Facts, Theories and a New Model. – New York: Random House, 1962.

*Стрессовый эпизод включает в себя следующие когнитивно-аффективные составляющие: когнитивные схемы личности, эмоции, механизмы психологической защиты, coping, тип личности как интегрированный компонент. Указанные элементы располагаются в адаптационном круге согласно биорегулятивных процессов и адаптационных паттернов от наименее к наиболее развитым. Результаты исследования структуры стрессового эпизода у больных с функциональными нарушениями ритма сердца показывают преобладание процессов ассимиляции над процессами аккомодации и являются подтверждением недостаточной личностной зрелости указанной категории больных.*

**Ключевые слова:** стрессовый эпизод, функциональные нарушения ритма сердца, адаптационные паттерны, психосоматика.

*Stressing episode includes the following cognitive – highly emotional constituents: cognitive charts of personality, emotions, mechanisms of psychological defence, coping, type of personality as an integrated component. 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.*

**Keywords:** stressing episode, functional violations of cardiac rhythm, adaptative patterns, psychosomatic.