

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ХВОРИХ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ

Неля ЛЕБІДЬ

Copyright © 2009

Сутнісний зміст. У статті розглядаються психологічні передумови розвитку функціональних порушень ритму серця, особлива увага зосереджена на вивченні особистісних рис хворих. Виділяються когнітивні схеми мислення (зокрема, дисфункціональні), які є основою формування окремого типу особистості. При оцінці стресової ситуації дисфункціональні схеми мислення спричиняють викривлення сприйняття людиною події та власних ресурсів. Це закономірно призводить до порушень в адаптації, а відтак і до виникнення захворювань, передусім функціональних порушень ритму серця.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Розлади ритму серця – це зміна нормальної частоти чи (і) ритму серцевих скорочень, а також порушення перебігу імпульсів, що виявляється як розлад чіткої наступності порушення передсердя і шлуночків, або синхронності їх роздільних скорочень [1].

У вітчизняній і світовій медицині прийнятий розподіл аритмій на функціональні й органічні. Перші виникають у людей зі здоровим серцем, головню під впливом зовнішніх щодо серця факторів, зокрема психоемоційних та фізичних навантажень, алкоголю, психотропних речовин тощо; другі – при ушкодженні міокарда, або клапанного апарату, тому ускладнюють основне захворювання. До останньої групи відносяться аритмії, пов'язані з ендогенною й екзогенною інтоксикацією, токсичним впливом лікарських засобів (серцеві глікозиди, адреналін, анестетики та ін.) [2].

Функціональні розлади ритму пов'язані з порушенням вегетативної регуляції серця. Саме тому вони класифікуються як соматоформні вегетативні дисфункції і в етіопатологічному відношенні належать до категорії психосоматичних розладів [3].

Примітно, що різні порушення серцевого ритму постійно реєструються у майже здорових людей. Такі аритмії при разовому обстеженні

виявляються в невеликому відсотку випадків (не більше 2%). Проте, при тривалому моніторингу, ті чи інші розлади серцевого ритму наявні практично в кожного третього з обстежуваних здорових людей ($30 \pm 2-3\%$). В останніх аритмії виникають на короткий період, переважно під час фізичних, психоемоційних навантажень, коли людина відчуває прискорене чи, навпаки, уповільнене биття серця. Такі аритмії не потребують медичного втручання. Натомість про функціональні порушення ритму серця говорять тоді, коли людина “фіксується” на переживанні за своє серце, при виникненні страху розвитку серйозної хвороби серця без наявних причин, при вимозі проводити постійні медичні обстеження. Порушення зазначеного ритму при цьому мають місце достатньо довгий час чи повторюються періодично [4].

Нешкідливі на початкових етапах функціональні порушення ритму серця все ж під дією психічних навантажень можуть привести до розвитку його важких хвороб. Тим більше, що за даними ВООЗ хвороби системи кровообігу займають перше місце у структурі загальної смертності населення України. Крім того, за цим показником Україна знаходиться на першому місці серед країн Європи із відсотком хвороб систем кровообігу в загальній смертності – 62,2%, тоді як у Європі цей показник становить 50,5% [5]. Отож важливого значення набувають дослідження особливостей особистості хворих з функціональними порушеннями ритму серця задля корекції їхньої поведінки та емоційного стану. Це також потрібно лікарям під час лікування та профілактики функціональних аритмій серця, які не пов'язані із його органічними ураженнями і є психогенними за своєю природою.

Ключові слова: функціональні порушення ритму серця, когнітивні схеми особистості, дисфункціональні схеми мислення, психосоматика.

Виклад основного матеріалу дослідження.

До психологічних причин виникнення функціональних порушень ритму серця різні автори відносять емоційні переживання у ситуаціях дистресового характеру, аномалії в перебігу психічної адаптації, невідредаговані емоції, депресію, невроз та певні особистісні риси хворих, які провокують захворювання. Більшість науковців вважає, що такі функціональні порушення виникають на фоні емоційних навантажень, дистресу. Зважаючи на те, що хвороба вказує на дезадаптованість особистості, можна припустити наявність невміння хворих адекватно реагувати і проживати дистресові події. При цьому важливо, що короточасне сильне переживання менш значуще, ніж хронічне емоційне напруження, котре часто призводить до значного посилення тривожності, яка й супроводжується вегетативно-судинними змінами та порушеннями ритму серця. Вочевидь велику роль відіграє спадковість й успадкована структура особистості. Людина, зростаючи в родині, природно переймає певні схеми мислення, поведінкові паттерни, емоційні реакції від батька та матері. Таким чином у неї формуються передумови для вибору певного органу як “мішені” у дистресовій ситуації. В нашому випадку таким органом є серце.

Не применшуючи важливості дистресу, неврозів, депресії як пускових механізмів розвитку функціональних порушень ритму серця, зупинимось детальніше на особистісних рисах, притаманних хворим із цими аритміями. Скажімо, Ф. Александер указує на виражену агресивність і тривожність у таких хворих [6]. І.Г. Малкіна-Пих говорить про те, що вони частіше схильні контролювати свої почуття, придушувати їх, розглядати їх прояв як слабкість. Пацієнти схильні до того, щоб завзято захищати свій емоційний світ. У той же час вони уникають протистояння, боротьби, схильні до раціоналізації. Провокуючими приступ для них є ситуації спокуси, які близькі до “емоційної самовіддачі”, або до прихованої агресії [7]. Г.В. Старшенбаум також зауважує, що названі хворі зазвичай уникають конфронтації і схильні до раціоналізації [8].

М. Фрідман та Р. Розенман описали тип особистості, який багато в чому сприяє виникненню стресових захворювань серця – “особистість типу А”. Цей тип характеризується такими формовиявами: 1) поспіх – постійна тривога за те, що час лине дарма, що кожна секунда дорога; 2) постійне напруження – тенденція до неослабленого стану “бойової готовності”, тобто зосе-

редженість на тому, що відбувається довкола, навіть тоді, коли це непотрібно; 3) мультифазія – тенденція до виконання кількох справ одночасно. Особистість типу “А” схильна до конкуренції, зорієнтована на досягнення чогось нового. Люди, яким властивий другий тип поведінкового образу, *тип “Б”*, не так напружені і сприймають навколишню дійсність більш спокійно. Дослідження показують, що в осіб із типом особистості “А” під час стресу сильно підвищується тиск і частішає серцевиття, тоді як у типу “Б” подібного не спостерігається. Звісно, що підвищення кров’яного тиску і частіше серцевиття збільшують ризик виникнення серцево-судинних захворювань [4].

Г.В. Старшенбаум вважає, що прискорене серцевиття зумовлене несвідомою зневагою та страхом плати за неї. Ці почуття зазвичай спрямовані на батьківську фігуру однакової з хворим статі. Дитячий страх бути покинутим набуває форми *страху смерті* [8]. Б. Любан-Плоцца та співавтори вказують на те, що хворі з пароксизмальною суправентрикулярною тахікардією (прискореним ритмом серця) характеризуються сильною афективною загальмованістю, що робить їх більш адаптивними, але при цьому все-таки відчувається пригнічена ворожість, що спричинює епізодичні прориви агресивних спалахів [9].

Екстрасистоли (передчасне, позачергове скорочення серця або його відділів) виникають як миттєва мимовільна реакція на події, які актуалізують витиснені конфлікти. Напади нерідко провокуються ситуацією, у якій хворі близькі до емоційної самовідданості, або яка може зруйнувати їх захист проти готовності до самовідданої поведінки. Напад тимчасово розряджує внутрішнє напруження, котре хворі звикли приховувати [8].

Аритмії із прискоренням серцевої діяльності й перебоями у роботі серця (миготлива аритмія, пароксизмальна тахікардія, екстрасистоля), на думку Н.М. Віторської, виникають у людей, яким не вистачає наступності у справах і спілкуванні, себто якщо вони поверхневі у поглядах й піддаються частій зміні настрою, метушливі, намагаються випередити події [10].

Тип особистості людини, як відомо, формується під впливом її переконань, учинків, мотиваційних установок, ціннісних орієнтацій тощо. Зі свого боку, сформований тип впливає на дію всіх вищезгаданих компонентів. Ось чому цікавим й актуальним є вивчення переконань хворих з функціональними порушеннями ритму серця. Це пов’язано з тим, що у процесі

стресової взаємодії саме переконання, виражені в когнітивних схемах особистості, стають основою ситуативних реагувань. Долучені до афективно-когнітивних комплексів вони можуть сприяти значному підсиленню емоції чи, навпаки, їх придушенню, викривленню, що, своєю чергою, спричинює порушення в адаптації і, як наслідок, сприяє виникненню захворювань, у тому числі й функціональних порушень ритму серця.

Вказані закономірності пояснює теорія Ю. Орлова, що обстоює два типи мислення – *саногенне* (оздоровлююче) і *патогенне*. Залежно від схем, які наявні в основі кожного із цих видів мислення, виникають певні емоції. До патогенного належать переживання образи, вини, заздрощів, ревнощів, гніву, ненависті, злості, роздратування та ін. Тоді як саногенне мислення сприяє розвитку здорової гармонійної особистості, а патогенне призводить до виникнення хвороб [11].

А. Бек визначив когнітивні схеми як структури, що охоплюють когнітивно-афективні процеси та поведінку й одночасно структурують інформацію, що надходить до людини [12]. Ж. Піаже створив концепцію генетичного розвитку когнітивних схем, згідно з якою будь-яка поведінка людини прив'язана до вже існуючих схем. У зв'язку із цим Ж. Піаже ввів поняття *асиміляції* (здіяння нового об'єкта і існуючі схеми дії) та *акомодации* (перебудова самих схем, їх пристосування до нового об'єкта) [13].

Відповідно до когнітивно-експериментальної теорії З. Епштейна люди автоматично конструюють імпліцитну “теорію реальності”, що інтегрує два основних блоки – теорію власного “Я” і теорію навколишнього світу, а також репрезентації відносин між “Я” і світом. Відтак особистість має дві адаптивні системи – емпіричну й раціональну. Конструкти, які людина вибудовує за допомогою раціональної системи, називаються раціональними переконаннями, а ті, що формуються в емпіричній, називаються імпліцитними переконаннями або схемами. Останні перебувають в основі теорії реальності, яку конструює людина, становлять її фундамент. Вони формуються у результаті процесу генералізації особистістю емоційно значущого досвіду при взаємодії з навколишнім світом і виявляються у її поведінці автоматично, передуючи за часом довільним раціональним процесам. Зважаючи на основні потреби особистості, З. Епштейн виділив чотири базисних переконання або схеми, що утво-

рюють особистісну теорію реальності й дають відповідь, про що мовиться: а) про доброзичливість навколишнього світу; б) про його справедливість; в) про те, чи можна довіряти навколишнім; г) про власну значущість, вагомість [14].

На основі когнітивно-експериментальної теорії З. Епштейна Р. Янофф-Булманом розроблена теоретична модель базисних переконань у форматі концепції психічної травми. На його думку, структура базисних схем охоплює наступні переконання особистості: 1. Про доброзичливість – ворожість навколишнього світу: переконання стосовно навколишнього світу, що виголошуються у термінах “позитивно – негативно”. 2. Про справедливість світу: переконання про те, що певні події відбуваються з людьми за принципом справедливості, тобто кожний отримує те, що заслуговує; запевнення, що люди можуть попереджати тяжкі обставини власними діями; внутрішнє прийняття принципу розподілу хороших та поганих подій, що описується у термінах “випадковість – закономірність”. 3. Про цінність та значимість власного “Я”: переконання особи про себе як про людину гідну поваги та любові, порядну, а також упевненість у тому, що вона здатна контролювати події, котрі з нею трапляються; артикулюються у термінах “везіння – невезіння” [14].

Окреслена концепція добре пояснює принципи оцінки стресора у форматі теорії Р. Лазаруса, котрий пише, що така оцінка має два полюси: первинний – сприйняття ситуації, вторинний – самосприйняття [15]. На етапі сприйняття ситуації діють схеми за вибором “доброзичливість – ворожість” стосовно навколишнього світу та за ступенем його справедливості, а на етапі самосприйняття – “цінність та значущість” у проекції на власне “Я”. Враховуючи, що когнітивні схеми в рамках проживання дистресової події, відіграють найбільш важливу роль саме під час її оцінки, то особливого значення набувають дисфункціональні схеми мислення людини, які можуть зумовлювати неадекватність емоційного та поведінкового регулювання. Проблематика цих схем найкраще розроблена в когнітивній психотерапії А. Бека та раціонально-емоційній терапії А. Елліса.

Дисфункціональні думки та фантазії з ідеосинкретичним, тобто особистісним, елементом, що не збігаються з думкою навколишніх, зустрічаються в більшості людей. Терміни “неадаптивні”, “дисфункціональні” застосовуються тільки до тих ідеаторних процесів, які

несумісні зі здатністю конкретної особи справлятися з життям, порушуючи її внутрішню гармонію й продукують неадекватну, надмірно інтенсивну й хворобливу емоційну реакцію [16].

Дослідження дисфункціональних схем мислення проводилося нами у рамках вивчення структури дистресового епізоду у хворих з функціональними порушеннями ритму серця. В ньому брало участь 97 осіб. Емпіричне вивчення проводилося на базі кардіологічного відділення та денного стаціонару Міської клінічної лікарні №2 м. Кривого Рогу протягом квітня 2006 – листопада 2008 років. Ним були охоплені хворі, які мали 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 серцевих аномалій підтверджували лікарі. Дисфункціональні схеми мислення діагностувалися за допомогою техніки переліку критичних життєвих подій у термінах А, В і С [17]. При обробці отриманих результатів використовувалися класифікації груп дисфункціональних уявлень А. Бека [12], категорій ірраціональних переконань А. Елліса, а також список основних ірраціональних переконань, що можуть призводити до емоційних порушень, запропонований також А. Еллісом [18].

Аналіз отриманих результатів емпіричних досліджень дав змогу виявити наступні, найбільш виражені групи дисфункціональних думок у хворих з відповідними порушеннями ритму серця:

1. Очікування негативних подій у майбутньому (за класифікацією А. Бека) (19%). Для цієї групи притаманні такі висловлювання: *“Відчуваю, що мені гірше, і якщо раніше я замислювався непрямо, то тепер розумію, що все серйозно і скоро будуть адекватні наслідки”*; *“Я завжди знав, що в мене буде боліти серце, бо на серце хворіють усі мої родичі. Я тільки чекав, коли це станеться”* та ін.

2. Контролюючі судження (А. Елліс) (15%): *“Відчувала себе ображеною і тепер злюся на себе, що не могла це проконтролювати”*; *“Я повинен все контролювати, бути в курсі всього, навіть думок”* і т.п.

3. Судження типу “потрібно”, “треба”, “слід” (А. Елліс) (14%): *“Треба витримати цей біль, щобвилікуватися”*; *“Не дуже подобається у лікарні, але потрібно це пройти”*; *“Слід жити для себе, а не для когось, і любити більше себе, ніж когось”*.

4. Незмінно негативні інтерпретації подій (А. Бек) (11%): *“В мене дуже стресова робота, немає визначеності, люди із самого початку налаштовані негативно”*; *“Зібрала речі та поїхала, згадуються тільки негативні події”* тощо.

5. Повиннісні судження (А. Елліс) (9%): *“Лінощі – це негарно, переборюю себе, змушую, настанови даю”*; *“Коли перестане боліти серце, зроблю висновок – витримала це”* та ін.

6. Негативна думка про себе, заснована на невіграшному порівнянні з іншими (А. Бек) (6%): *“Я не вмію..., можливо, це моя помилка, спілкуватися з людьми мого віку”*; *“Я дуже добра, хороша, а поганих дівчат люблять більше”*; *“Мені постійно соромно, що я чогось не зрозуміла, коли бачу як реагують інші”*.

Очевидно, що зазначені дисфункціональні схеми торкаються всіх груп переконань, обґрунтованих Р. Янофф-Бульманом. Особливо значущі переконання за параметричною віссю “доброзичливість – ворожість” в оцінці негативного світу, цінностей і вагомості власного “Я”.

ВИСНОВКИ

1. За даними спостережень хворі з функціональними порушеннями ритму серця наполегливі, схильні брати на себе відповідальність за власні дії, контролювати події. Вони мало прислухаються до думок інших, зокрема лікарів, що виявляється в негативізмі. Водночас більшість таких пацієнтів не сприймають своє захворювання як психогенне, наполегливо шукають допомоги у лікарів (скажімо, хворий, кілька разів приходив до лікарні і вимагає, щоб його почали лікувати), проте під кінець лікування типовою є позиція, що їм нічого не допомогло і вони навіть стали почувати себе гірше.

2. Досліджувані хворі відрізняються вразливістю, тривожністю, хоча й намагаються її “придушити”, “побороти” у собі, що підтверджує наявність саме дисфункціональних думок у хворих із функціональними порушеннями ритму серця. До того ж очікування сумних подій у майбутньому, їх украй песимістичні інтерпретації, негативна думка про себе у стресових ситуаціях породжують тривогу, зневіру в позитивне розв’язання життєвих проблем, недовіру до навколишніх. А з іншого боку, явні контролюючі намагання, судження типу “потрібно”, “треба” та “слід”, повиннісні настановлення засвідчують про велику кількість яскраво виражених соціальних стереотипів.

3. Отже, у хворих з функціональними порушеннями ритму серця існує конфлікт між бажанням бути соціально “правильними” і прийнятими навколишніми, з одного боку, і недовірою до світу та інших людей – з іншого. Це вказує на психогенний характер функціональних порушень ритму серця. Тому перспективним є подальше вивчення психологічних особливостей таких хворих задля профілактики досліджуваних захворювань та допомоги лікарям в організації їх ефективного лікування.

1. Денисюк В.И. Диагностика и лечение аритмий сердца / Денисюк В.И., Липницкий Т.Н. – Винница, 1996. – 156 с.
2. Москаленко В.Ф. Аритмии: Механизмы развития, диагностика, лечение / Москаленко В.Ф. – К.: Здоров'я, 2001. – 199 с.
3. Чабан О.С. Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння, діагностики та лікування / Чабан О.С., Хаустова О.О. // Нова медицина. – 2004. – №5. – С. 26–30.
4. Психосоматические заболевания. Полный справочник / Под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М.: Эксмо, 2003. – 608 с.
5. Вплив психоемоційного стресу на розвиток хворою системи кровообігу: теоретичний аналіз проблеми / Корнацький В.М., Маркова М.В., Марченко Є. М. [та ін.] // Архів психіатрії. – 2007. – №1-2. – С. 6–15.
6. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Александр Ф. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник / Малкина-Пых И.Г. – М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. – 928 с.
8. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Старшенбаум Г.В. – М., 2005. – 496 с.
9. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / [Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Лидерах-Хофман К.] – Санкт-Петербург: Изд-во Санкт-Петербургского научно-исследовательского Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2000. – 287 с.
10. Виторская Н.М. Причины болезней и истоки здоровья / Виторская Н.М. – [5-е изд.]. – М.: Амрита-Русь, 2006. – 264 с.
11. Орлов Ю.М. Саногенное мышление / Орлов Ю.М. – М.: Слайдинг, 2003. – 96 с.
12. Бек А. Когнитивная терапия расстройства личности / Бек А., Фримен А. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
13. Пиаже Ж. О механизмах ассимиляции и аккомодации [электронный ресурс] / Пиаже Ж. // Психологическая наука и образование. – 1998. – №2. – С. 22–26. – Режим доступа до журн. <http://intellectus.su/lib/00032.htm>
14. Падун М. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности / М. Падун, Н. Тарабрина // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – №1. – С. 121–139.
15. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Пере. – СПб.: Речь, 2004. – 166 с.
16. Холмогорова А.Б. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств / Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. – №2. – С. 69–90.

17. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.

18. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход / Пер. с англ. – СПб.: Изд-во Сова; Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 272 с.

АННОТАЦИЯ

Лебедь Неля.

Психологический портрет больных с функциональными нарушениями ритма сердца.

Среди психологических причин возникновения функциональных нарушений ритма сердца выделяют эмоциональные переживания в ситуациях стрессового характера, нарушение психической адаптации, неотрагированные эмоции, депрессию, невроз, определенные черты личности. Особую роль при формировании указанного типа личности играют когнитивные схемы мышления, которые включены в аффективно-когнитивные комплексы. Эти схемы дисфункциональны по своей природе, поэтому значительно искажают восприятие стрессовой ситуации, что, в свою очередь, приводит к нарушению личностной адаптации и, как следствие, к возникновению заболевания. По результатам исследования наиболее выраженными дисфункциональными схемами у больных с функциональными нарушениями ритма сердца являются: а) ожидание негативных ситуаций, б) неизменно пессимистические интерпретации событий, в) контролирующие усилия, г) суждения типа “нужно” и “следует”.

RESUME

Lebed Nelya.

Psychological Portrait of Sick Persons with Functional Breaches of Heart Rhythm.

Psychological causes of functional violations of cardiac rhythm origin are: emotional feelings under stressing situations, violation of mental adaptation, not reacted emotions, depression, neurosis, definite personality features. Cognitive charts of mentality included in highly emotional cognitive complexes are highly imported in personality type development. Dysfunctional by nature cognitive charts can significantly distort stressing situation perception, which lead to adaptation violations and as a consequence to diseases origin. According to research results the most expressed dysfunctional charts among the patients with functional violations of cardiac rhythm are: negative situations expectation, constant negative interpretation of events, controlling judgments, judgments like “should” and “must”.

Надійшла до редакції 23.06.2009.