

ОСОБЛИВОСТІ ПАТТЕРНІВ ПОВЕДІНКИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Наукові праці МАУП, 2009, вип. 4(23), с. 210–216

Вивчається таке явище, як паттерн поведінки, та його вплив на виникнення і перебіг захворювань серцево-судинної системи. Детально розглядаються поняття і типи паттернів поведінки; наводяться результати корекційної роботи.

Широке поширення захворювань серцево-судинної системи в економічно розвинених країнах, високий рівень інвалідизації і смертності серед працездатного населення, великі фінансові витрати на лікування хворих призводять до значного економічного збитку в цих країнах і визначають доцільність наукових досліджень, спрямованих на вивчення чинників ризику і механізмів розвитку серцево-судинних захворювань. Незважаючи на досягнення сучасної медицини, частота виникнення захворювань не зменшується. Крім того, все частіше жертвами хвороби стають все більш молоді люди. Це спрямовує увагу дослідників на сферу виявлення чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань.

Серед чинників ризику захворювань серцево-судинної системи значну частку складають психологічні і так звані поведінкові чинники: куріння, гіподинамія, зайва вага і т. ін.

Великого поширення і підтвердження набула концепція поведінкового чинника ризику (тип А), запропонована американськими вченими М. Фрідманом та Р. Розенманом (Friedman, Rosenman, 1959). Під типом А розуміють поведінкові риси особистості, якій властива тривала боротьба за досягнення мети при значному опорі з боку інших. Ці люди ніколи не відступають від наміченої мети, незважаючи на інтенсивність боротьби і багаторазові поразки. Їм властиве відчайдушне відчуття браку часу, відчуття нетерплячості, прагнення домінування в колективі, діяльність “на знос”, бажання досягти ефекту в багатьох сферах діяльності, невміння відпочивати.

У психологічній літературі, присвяченій вивченню ішемічної хвороби серця, частково розглядаються деякі аспекти поведінки типу А (А. А. Гоштаутас, 1987; В. П. Зайцев, В. В. Хромелашвілі, 1988, 1989; С. Д. Положенцев, Д. А. Руднев, 1987, 1990 та ін.). Питанням структури поведінки типу А, психологічним особливостям осіб типу А та їх виявам у молодих здорових людей присвячено дослідження А. Г. Маклакова (1990). Але фактично повністю відсутні дані про практичне застосування знань про поведінку типу А при реабілітації хворих в Україні та динаміку вияву цього типу поведінки.

Практична значущість результатів проведеної роботи полягає в тому, що в медицині можливе використання результатів цього дослідження для виявлення серед пацієнтів з вираженими ознаками поведінки типу А групи особливого ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи та організації подальшої профілактичної та корекційної роботи з ними.

У психологічній науці існують різні підходи до визначення поняття “паттерн поведінки”. В 1974 р. вийшла книга М. Фрідмана і Р. Розенмана “Поведінка типу А і ваше серце” — перше і найбільш значне дослідження взаємозв'язку стресу і захворювань серцево-судинної системи. Було виокремлено два полярні типи поведінки і відповідно групи людей, у яких переважає один з двох варіантів поведінки: тип А або тип В. До першого типу належить поведінка, орієнтована на успіх і життєві досягнення. І саме цей тип поведінки значно підвищує ризик серцево-судинних захворювань і раптової смерті.

Поняття “особистість типу А” та “поведінка типу А” увійшли до психології особистості із психосоматичної медицини. Так, наприклад, М. Фрідман та Р. Розенман докладно описали цей тип, особливості його поведінки та психосоматичні наслідки, до яких така поведінка призводить. М. Фрідман наводить такі особливості патернів: “Коли ми подивилися на наших пацієнтів по-іншому, а саме, як на людей, які, окрім хворого серця, мали й інші органи, а також власну особистість, стало очевидним, що не тільки їхні серця перестали добре функціонувати. Порушення були також у способах їхнього відчуття, мислення і діяльності”. Майже всі пацієнти були схожі у виразах обличчя, жестах і мові. Характерним для них було напруження щелеп і м’язів губ, що викликало напруження в поставі, постукування пальцями або підстрибування колін (“шиття на швейній машинці”), зціплення кулаків під час звичайної розмови, зціплення зубів, різкі рухи, експлозивне мовлення і нетерпимість по відношенню до співрозмовника [8]. Аналіз цих і багатьох інших досліджень призвів до формулювання достатньо стійкого твердження, що поведінка типу А та володіння особистісними особливостями цього типу є факторами ризику психоемоційного дистресу.

Як засвідчує аналіз літератури, ядром особистості А є яскраво виражений потяг до першості, соціального домінування, для цих людей життя сприймається як арена конкурентної боротьби, завжди актуальне бажання бути першим, найкращим. Такі люди абсолютно не переносять очікувань, а при спілкуванні, як правило, переривають співрозмовника, спостерігаючи за чиею-небудь роботою, хочуть узятися за неї самі, оскільки їм здається, що справа йде дуже поволі. Самі вони стараються все робити швидко. У них кваплива хода, вони швидко їдять і не засиджуються за столом, у них кваплива, емоційно насичена мова. Для них характерна підвищена напруженість м’язів рук. Вони енергійні і діяльні на роботі та вважають її головною справою свого життя. У будь-якій грі, навіть з власними дітьми, вони прагнуть виграти, надзвичайно наполегливі в досягненні мети, а провідним стимулом діяльності їм служить сильне прагнення до досягнень. Такі люди сприймають будь-яке відвернення від роботи як перешкоду, відпочивати не вміють, навіть під час відпустки їм важко відвернутися від справ. У сімейному житті прагнуть все підпорядкувати інтересам своєї роботи. Але слід зазначити, що особливістю людей з поведінкою типу А є

те, що їхнє бажання бути кращим не відповідає певною мірою їхнім можливостям. Тому якість виконання діяльності, в якій вони претендують на першість, є дуже низькою.

На початку 70-х років М. Фрідман і Р. Розенман отримали докази, що поведінка типу А є чинником ризику таких захворювань, як інфаркт міокарда, повторний інфаркт міокарда, стенокардія, атеросклероз. Вони обстежили 3,5 тис. осіб і, визначивши у них типи поведінки, впродовж десяти років спостерігали за появою нових випадків інфаркту міокарда і стенокардії. І коли зареєстрували появу різних форм ішемічної хвороби серця у 275 осіб, виявилось, що 70 % з них належать до коронарного типу А. Ще переконливіша картина склалася при зіставленні рівня основних чинників ризику і типів поведінки. Люди з поведінкою типу А частіше захворювали інфарктом міокарда (ніж тип В), навіть якщо і не палили, мали нормальний артеріальний тиск, а у їхніх батьків не було коронарної хвороби. І навпаки, люди типу В могли мати несприятливі показники за стандартними чинниками ризику та все ж залишалися у відносній безпеці.

Дослідження авторів показали, що люди з поведінкою типу А мають порушення метаболізму жирів крові незалежно від того, чи були вони здорові або вже мали захворювання серця. Вони мають також підвищений вміст у крові норадреналіну — “гормону боротьби”. Крім цього, в їхньому організмі продукується більше АКТГ-гормону, який спонукає надниркові до більшої продукції гормонів стресу і меншого виробництва гіпофізарного гормону зростання. Одночасно їхній організм надмірно реагує на цукор, продукуючи дуже багато інсуліну (це відповідає спостереженню, що розвиток цукрового діабету у дорослих є чинником ризику розвитку захворювання коронарних судин). Експериментальні дослідження, проведені на щурах, показують, яку роль може грати ворожість. Коли емоційний стан тварини під впливом електростимуляції підбугорної ділянки мозку змінюється від спокою до сильної ворожості, тварина реагує так, як і особистості типу А — підвищенням рівня холестерину в крові, підвищеним виділенням норадреналіну і зростанням артеріального тиску [7].

Слід зазначити, що, як свідчить аналіз літератури, роль психічних явищ у розвитку соматичних захворювань почала усвідомлюватися лікарями порівняно недавно, і деколи ще можна зустріти медиків, що ставлять під сумнів роль психічних розладів та їх вплив на виникнення і

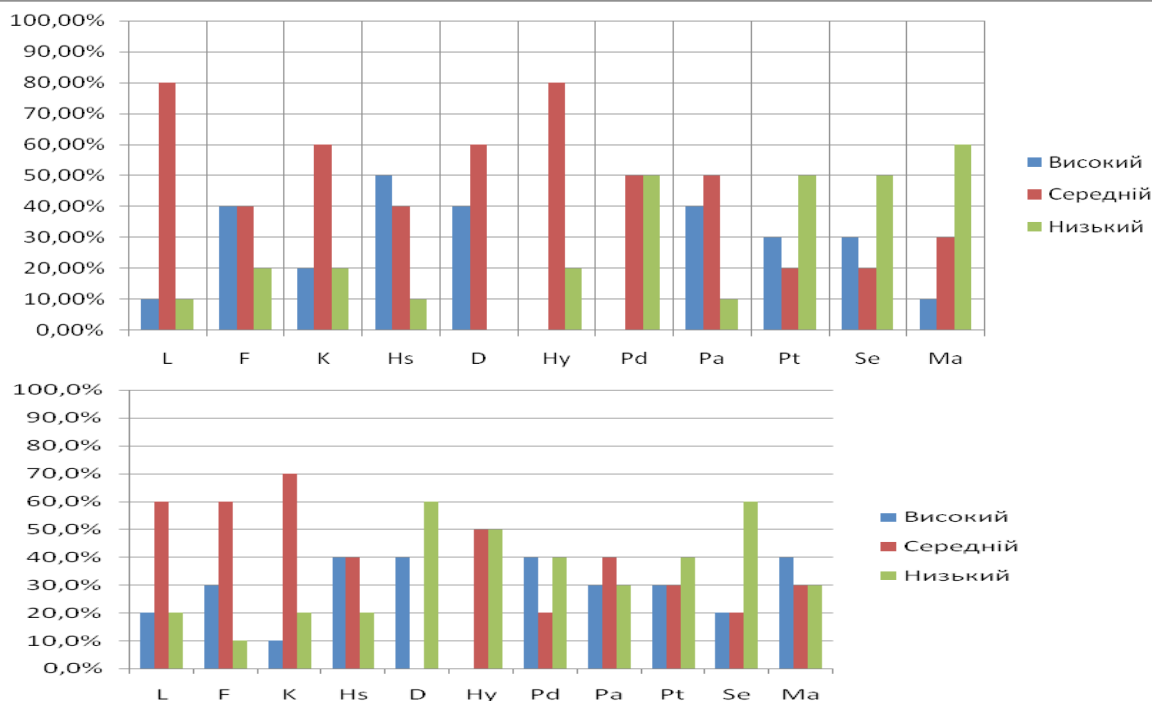


Рис. 1. Вираженість показників за шкалами тесту "міні-муль" (експериментальна група, попереднє та контрольне тестування)

перебіг великої кількості захворювань. Раніше вважалося, що захворювання пов'язані з порушенням функцій серця, живлення та інших систем людини робота. Проте останнім часом частішали випадки, коли, наприклад, повний огляд і проведення чисельних аналізів не дають позитивних результатів у виявленні захворювання. Людина продовжує мучитись, а медицина в цьому випадку допомоги не може. Лікарі тут безпорадні, оскільки не в змозі визначити саме захворювання і призначити відповідні лікування. У свою чергу, саме надання професійної психологічної допомоги здатне усунути хворобливі вияви недуги, оскільки причина їх криється у психічно розхитаному стані хворого.

Таким чином, не можна відривати захворювання тілесні від стану психіки, вважаючи, що існують окремо захворювання, які піддаються лікуванню лікарів за допомогою медикаментів, і захворювання, які лікуються "словом". Не можна також вважати, що, захворівши, наприклад, інфекційним або якимось іншим захворюванням, людина не перенесе його у своє життя і, переживаючи з приводу того, що сталося, не торкнеться своєї психіки. Будь-яке захворювання залишає слід у нашій нервовій системі і завжди пов'язано з нашою психікою, хочемо ми цього чи ні. Тому

вкрай важливо лікувати людину не лише на медичному, а й на психологічному рівні.

Лонгетюдне дослідження понад 2 тис. осіб показало взаємозв'язок виявлення особистості А з розвитком захворювань серцево-судинної системи (експеримент Гласса, 1977 р. [3]). Коли вони стикаються зі стресовою ситуацією, їхній організм відповідає високим рівнем симпатичної нервової активності. Але парадоксально те, що люди типу А при цьому не відчувають симптомів втоми або стресу, що для більшості є фактором зниження активності (експеримент Карвера, Де Грегоріо, Гілліса, 1981 р. [5; 6]).

Дослідження особливостей паттерну поведінки та його впливу на перебіг захворювань серцево-судинної системи і корекцію цього впливу ми проводили на базі кардіологічного відділення Інституту геронтології Академії медичних наук України. У ньому брали участь 20 осіб. Усі досліджувані були жіночої статі. Середній вік учасниць — 60 років. Досліджувані були розподілені на дві групи: контрольну та експериментальну, по 10 осіб у кожній. Контрольна група була необхідна для зіставлення отриманих результатів після проведення корекційної роботи з експериментальною групою та для підтвердження проведеної нами корекції. Групи були поділені макси-

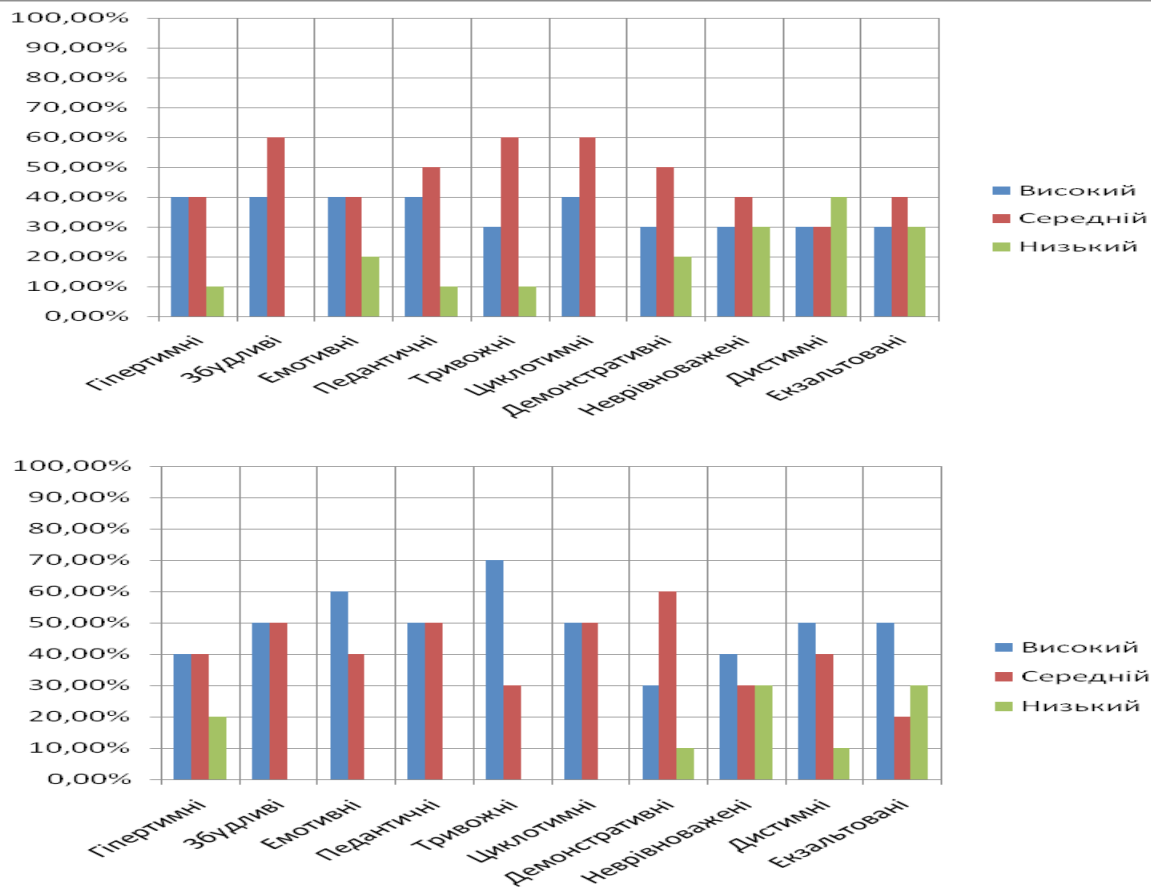


Рис. 2. Вираженість акцентуацій характеру (експериментальна група, попереднє та контрольне тестування)

мально однорідно: учасники обох груп мали приблизно однакову стадію захворювання (гіпертонія) та проходили однакове фармакологічне лікування. Це дало змогу перевірити чистоту експерименту і визначити, що саме робота психолога мала вплив на стан здоров'я пацієнтів, а не призначені лікарями препарати.

Наша робота складалася з таких етапів: підбір та апробація діагностичних методик, підбір вибірки досліджуваних, проведення власне корекційної частини дослідження та повторна діагностика для перевірки ефективності корекційної програми.

При проведенні нашого дослідження використовувалися різні психодіагностичні методики, за допомогою яких вивчались особливості досліджуваних. Вибір цих методик зумовлений метою дослідити якомога більше факторів, які супроводжуються паттерном поведінки А та які впливають на розвиток і перебіг захворювань серцево-судинної системи. Це були наступні методики:

1) опитувальник Дженкінса; 2) міні-мульти; 3) характерологічний опитувальник Шмишека; 4) клінічний опитувальник для виявлення та оцінювання невротичних станів; 5) тест Я. Стреляу.

Вивчення особливостей досліджуваних за цими методиками проходило в два етапи: на початку корекційної роботи та після її завершення. Провівши тестування за всіма методиками, ми отримали наступні дані (рис. 1).

При контрольному тестуванні ми виявили зменшення рівнів за певними шкалами даної методики. За шкалою депресії кількість досліджуваних з низьким рівнем збільшилася від 0 до 60 %, крім цього, відсутність середнього рівня за цією шкалою свідчить про зменшення вияву даного симптому. За шкалою "істерія" також відзначається зменшення середнього та збільшення низького рівня вияву. Також високий рівень параноюльності за даною методикою зменшується з 40 до 30 %, а низький рівень збільшується з 10 до 30 %. За шкалою гіпоманії відзначається змен-

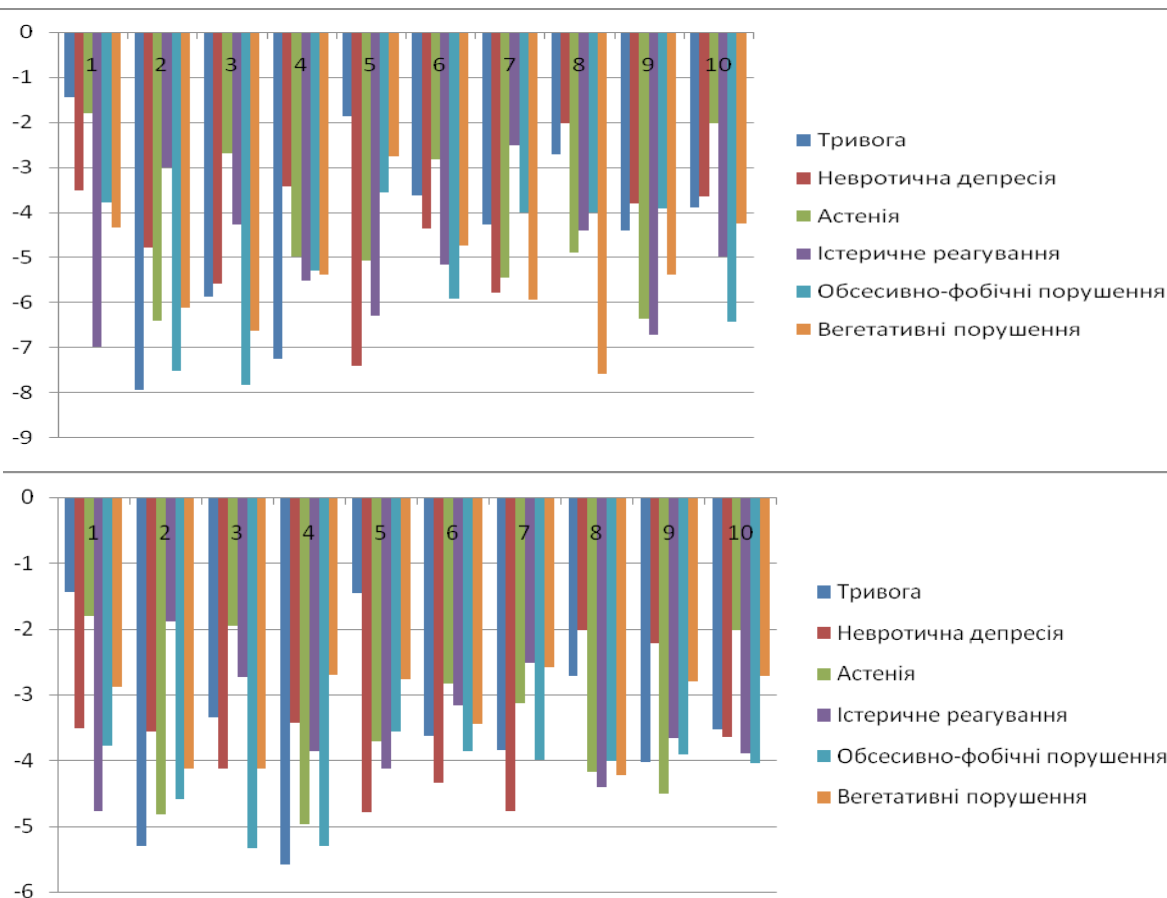


Рис. 3. Дані за клінічним опитувальником для виявлення та оцінювання невротичних станів (експериментальна група, попереднє та контрольне тестування)

шення низького рівня та збільшення високого рівня, що також свідчить про покращання за даною шкалою.

За допомогою методики Шмишека ми також змогли побачити динаміку стану досліджуваних після проведення з ними корекційної роботи (рис. 2).

Високий рівень емотивності у кардіологічних хворих виявляється у надмірній вразливості до висловлювань лікарів стосовно їхнього стану здоров'я. Циклотимність виявляється у частій зміні дистимічної та гіпертимічної риси у досліджуваних. Для них характерним є перехід від фіксації на похмурих сторонах життя до підвищеного настрою. Екзальтованість виявляється у нестабільності емоційного стану пацієнтів, які досить швидко переходять від підвищеного настрою до похмурого.

Як видно з рис. 2, високий рівень емотивності, тривожності, циклотимності та екзальтованості знизився після проведення корекційної роботи, а

також за цими шкалами виявлено досліджуваних з низьким рівнем вияву даних факторів.

Результати попереднього опитування за клінічним опитувальником для виявлення та оцінювання невротичних станів наведено на рис. 3 для експериментальної групи.

З рис. 3 видно, що рівень виявлення невротичних станів за всіма шкалами у досліджуваних істотно знизився. Хоча значення за даною методикою не стало менше за $-1,28$, але, на нашу думку, досягти таких результатів можливо лише за більш тривалий строк корекційної роботи з пацієнтами. Тому ми вважаємо, що ці дані ілюструють ефективність психокорекційної роботи з пацієнтами на базі кардіологічного відділення.

З рис. 4 видно, що після проведення корекційної програми результати за методикою неістотно змінилися за шкалами збудливості та врівноваженості нервових процесів. На нашу думку, такі дані свідчать лише про психологічне заспокоєння станом свого здоров'я у пацієнтів, оскільки тем-

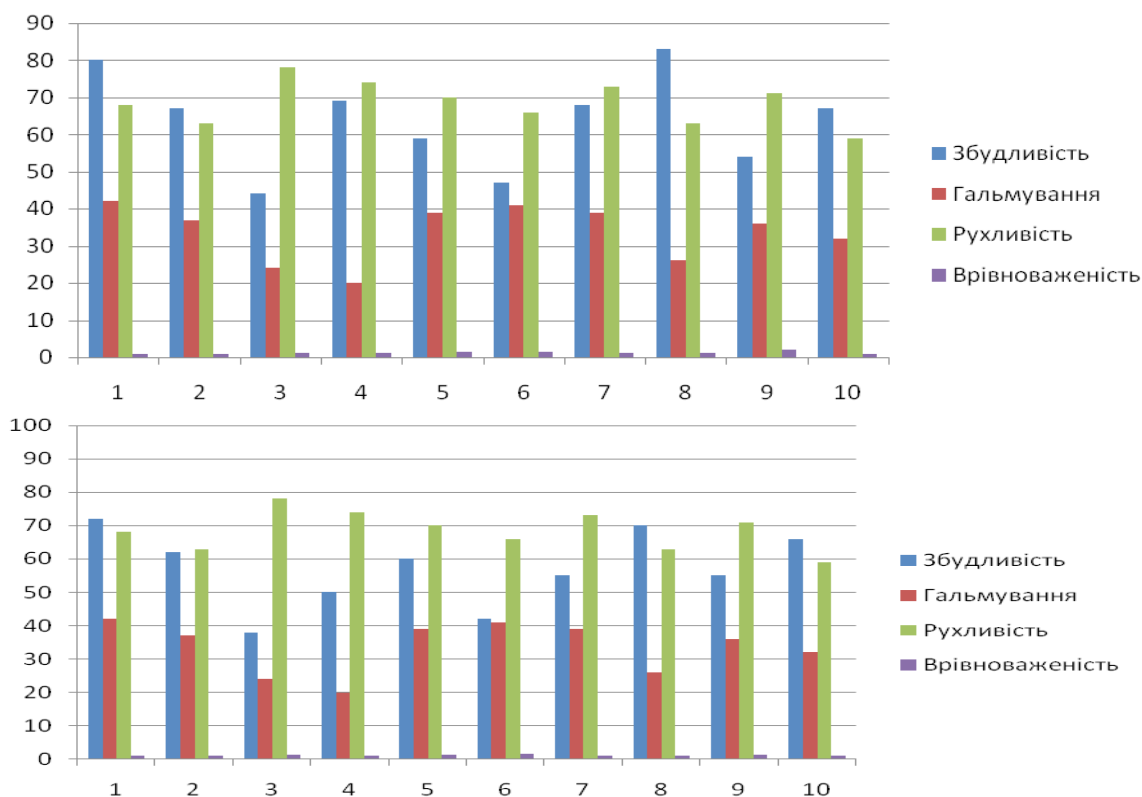


Рис. 4. Дані за тестом Я. Стреляу (експериментальна група, попереднє та контрольне тестування)

перамент є вродженою особливістю індивіда, його зміна, а особливо за короткий термін, видається нам неможливою.

З проведених досліджень зробимо наступні висновки. Окрім результатів психологічного тестування, ми отримали самозвіти пацієнтів експериментальної групи про їхній психологічний стан. Пацієнти вказують на те, що їхнє самопочуття покращилося, зменшилася тривога, депресивні думки зникли, а одна вкрай стурбована пацієнтка повідомила про те, що вона перестала слухати ритм свого серця, як вона це робила раніше, і взагалі забула про свій стан здоров'я. Також характер образів, які уявляли пацієнти за методом "символ драми", ставав більш позитивним і радісним. На відміну від них, представники контрольної групи після завершення лікування поверталися додому похмурими, незадоволеними і занепокоєними.

Лікарі також відзначають покращання психологічного стану пацієнтів. Хоча аналізи та дані апаратного тестування вказують на те, що хвороба пацієнтів істотно не зменшилася, дані психологічного тестування свідчать про зміну ставлення досліджуваних до своєї хвороби та її виявів.



Література

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. — М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2006. — 336 с.
2. Значение особенности личности и поведенческой активности в реабилитации больных после аортокоронарного шунтирования / Ю. Н. Замотаев, В. А. Ерошина, Ю. А. Кремнев и др. // Кремлевская медицина: Клинический вестн. — 2001. — № 3. — С. 36–38.
3. Лакошина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.
4. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: Монография. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. — 168 с.
5. Реан А. А. Психология личности. — СПб.: Прайм-Евро, 2004. — 416 с.
6. Чепорнюк Є. Г. Залежність паттернів поведінки від типів темпераменту особистості // Наукові праці МАУП. — 2008. — Вип. 3(19). — С. 209–214.
7. Friedman M. Type A Behavior: Its Diagnosis and Treatment. — N. Y.: Plenum Press (Kluwer Acad. Press), 1996. — 164 p.
8. Friedman M., Rosenman R. H. Type A behavior and your heart. — N. Y.: Knopf, 1974. — 320 p.
9. Hilgard's Introduction to Psychology. History, Theory, Research, and Applications" / R. L. Atkinson, R. C. Atkinson, E. E. Smith et al. — 13th ed., 2000. — 768 p.

Розглянуто поняття “паттерни поведінки”, їх типи. Наведено дані про роль психологічних факторів у розвитку соматичних захворювань, а також результати корекційної роботи.

Рассмотрены понятие “паттерны поведения”, их типы. Приведены данные о роли психологических факторов в развитии соматических заболеваний, а также результаты коррекционной работы.

In the article was considered a concept patterns of behavior, their types. Reported about the role of psychological factors in development of somatopathies. There were offered the correction job performances.

Надійшла 17 вересня 2009 р.