

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Ірина САВЕНКОВА

Copyright © 2011

**Постановка суспільної проблеми.** В наших попередніх дослідженнях підкреслювалося, що спадщина Гіппократа ще далеко не вичерпана [6; 7; 8; 9]. Так склалося історично, що основна його ідея про психосоматичну єдність як основний фактор темпераменту була вульгарно спотворена. Мається на увазі те, що цей геніальний мислитель нібито розподілив людей на чотири типи за критерієм переважаючої рідини в організмі. Сутнісно ж він, маючи величезний власний досвід спостереження за хворими, виділив чотири типи темпераменту за ознакою “переважаючої” хвороби [4, с. 112]. В “Лекціях з історії медицини” професор Ф. Бородулін приводить погляд Гіппократа на перерозподіл типових хвороб [2, с. 76]. На думку останнього, холерики хворіють своїми хворобами, а флегматики протилежними [4, с. 96]. Ось чому в схемі Гіппократа ці типи протилежні. Далі він підкреслює, що сангвініки страждають своїми хворобами, але за проявом протікання останні близькі до холериків. Меланхоліки знедужають своїми хворобами, а прояв їх схожий до картини ознак захворювання у флегматиків. Власне так і з’явилася *лінійна схема типів темпераментів Гіппократа*, котрий вважав, що типові “переважаючі” хвороби зумовлені складом психіки індивіда. Але, будучи матеріалістом за власним світоглядом, він говорив, що цей психічний склад залежить від переважання одного з чотирьох соків (матеріальна основа) у його організмі. З іншого боку, за Гіппократом, таке переважання визначає “переважаючу” хворобу. Отож суть ідеї про існування чотирьох типів зі своїми “переважаючими” хворобами полягає в тому, що ознаки того чи іншого захворювання у початкових формах можна виявити і у здорових осіб цих груп, причому задовго до його прояву в клінічній формі, що й було підтверджено дослідженнями Б.Й. Цуканова [11].

За визначенням сучасної медицини “переважаючі” хвороби одержали назву *хронічних не-*

*інфекційних захворювань* (ХНЗ) [12]. Нею офіційно визнаний факт, що всі причини ХНЗ треба шукати не у зовнішніх, а у внутрішніх процесах індивіда, враховуючи прояв останніх у його повсякденній поведінці [цит. за 11, с. 75]. Так, у медицині виникло вчення про “фактори ризику”, до яких здебільшого належать конституційні та поведінкові ознаки, пов’язані з типом індивіда [цит. за 11, с. 36]. Соматичні порушення спричинені особливостями психіки кожної окремої людини. Ще свого часу І. Сеченов підмітив, що “людина, котра страждає на хворобу шлунку, має свою особливу психологію” [10, с. 32]. Лікарі, лікуючи хворих, указують на те, що у кожного пацієнта має місце своє суб’єктивне сприйняття хвороби, що істотно впливає і на його об’єктивний (фізичний) стан. У цьому аналітичному розрізі лишень зауважимо, що спостерігається двосторонній, але єдиний характер психосоматичних відношень із переходом психогенії у соматогенію і навпаки. Якщо розглядати ці відношення в динаміці, то такий взаємний перехід є закономірним.

До захворювань типу “ХНЗ” відносяться хвороби печінки, жовчного міхура, серцево-судинні захворювання, хвороби нирок та статеві системи, шлунку та кишечника, органів дихання. За даними ВООЗ на першому місці серед ХНЗ знаходяться серцево-судинні захворювання (ССЗ). Від них страждає третина дорослого населення планети. Вони – причина кожної другої смерті, кожної третьої інвалідності. Тому увага медиків усього світу прикута до проблеми ССЗ. Спільно з психологами вони ведуть дослідження із вилучення “факторів ризику”, які нібито приводять до кардіокатастроф (інфарктів міокарда). Таких “факторів” нараховується біля тридцяти, серед яких добре відомі конституційні (надмірна вага, ожиріння), вісцеральні (артеріальна гіпертонія), поведінкові (куріння, конкурентність, поспішливість) і типологічні відмінності (часто прихована агресивність, підвищена або

висока тривожність). Не дивлячись на детальне дослідження “факторів ризику”, вчені дійшли висновку, що ними можна пояснити лише половину випадків захворювань на ішемічну хворобу серця (ІХС) чи її клінічну форму – інфаркт [6; 11; 13]. Тому важливим моментом у профілактиці серцево-судинних захворювань є врахування психологічних аспектів профілактики цих захворювань, розглядом яких займалися В. Александрова, Є. Сулова, А. Александров [1, с. 32].

**Мета дослідження** – обґрунтувати індивідуально зумовлені закономірності та механізми переживання часу дітьми, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання серцево-судинної системи, та виявити рівень прояву тривожності таких хворих.

**Завдання дослідження:**

1) виділити у тривалості власну одиницю часу індивіда, який страждає на ХНЗ органів серцево-судинної системи;

2) зіставити тривалість власної одиниці часу із психосимптоматикою ХНЗ органів серцево-судинної системи дітей;

3) дослідити рівень тривожності у соматичних хворих дітей на серцево-судинні розлади та зіставити його із тривалістю власної одиниці часу.

**Авторська ідея.** Наш підхід до вивчення етіології, патогенезу та клінічних проявів захворювання здійснюється з нової позиції, котра повно враховує закони переживання часу (Д. Елькін, Б. Цуканов). На основі “ $\tau$ -типу”, що визначає показник власної одиниці часу кожного окремого індивіда, можна з високою точністю віднести того чи іншого суб’єкта до групи зі своєю домінантною хворобою (насамперед ХНЗ). Водночас відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання локалізації симптомів кожної окремої нозологічної форми ХНЗ органів серцево-судинної системи у типологічній групі безперервного спектру “ $\tau$ -типів” та рівня прояву тривожності у дітей, котрі страждають на аналогічні захворювання.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Повертаючись до “факторів ризику”, не важко зрозуміти, що всі вони утворюють психосоматичну єдність. Скажімо, візьмо таку психічну складову темпераменту, як висока тривожність. Багатозначність і семантична невизначеність цього терміна у психології є наслідком його використання у різних значеннях. Це гіпотетична “проміжна перемінна” і тимчасовий психічний стан, котрий виникає під впливом стресових чинників; і фрустрація соціальних потреб; і властивість особистості,

яка охоплює внутрішні чинники і зовнішні характеристики; і мотиваційний компонент. А насамперед – це психічна складова темпераменту.

Тривога, як відомо, – емоційний стан гострого внутрішнього занепокоєння, пов’язаного у свідомості з прогнозуванням небезпеки; переживання, котре виникає при загрозі людині як соціальному суб’єкту, коли небезпеці піддаються його цінності, уявлення про себе, положення в суспільстві [3, с. 77]; водночас це особливе тяжке дискомфортне почуття, яке найчастіше, хоча й не обов’язково, усвідомлюється як чекання погрози, втрати, причому нерідко конкретизується в уяві [3, с. 63].

У працях Б.Й. Цуканова доведено, що високою тривожністю характеризуються індивіди сангвіноїдної та меланхоїдної груп, які займають місця в кінцях типологічних груп безперервного спектру “ $\tau$ -типів”, а також деяка частина осіб холероїдної групи, які перебувають на її початку [11]. Медикам також відомо, що у природі людської популяції відносно норми кров’яного тиску існують індивіди з гіпертонічною та гіпотонічною тенденціями. Враховуючи те, що кожний третій дорослий житель планети страждає на ССЗ, а “фактори ризику” дають пояснення виникненню хвороби лише у кожного восьмого, то можна спробувати перевірити розташовування таких хворих у типологічних групах. Для цього достатньо використати як показник належності до типологічної групи власну одиницю часу ( $\tau$ ).

Вимірюючи цю одиницю у постінфарктних (ті, хто переніс інфаркт) індивідів, Б. Цуканов одержав місця їх локалізації в межах чотирьох типологічних груп [12, с. 54]. Це означає, що постінфарктні хворі локалізувалися за своїми властивостями темпераменту в межах двох типологічних груп – сангвіноїдної та меланхоїдної. Треба звернути увагу на те, що самі постінфарктники нібито відібрали межові лінії між холероїдною та сангвіноїдною і між меланхоїдною та флегматоїдною групами [12, с. 65]. Це дозволило Б. Цуканову стверджувати, що ІХС та її клінічна форма локалізуються у рамках лише двох типологічних груп і за їх межі не виходять.

Дивлячись на локалізацію хвороб в межах чотирьох типологічних груп, не можна не висловити захоплення на адресу “грецького генія” Гіппократа. Згадаймо, “холе” – це волога, яку виробляє печінка, а накопичує жовчний міхур. Саме ці органи і підлягають хронічному захворюванню в індивідів холероїдної групи. Згадаймо, “сангвіс” – це волога,

яку безупинно переганяє серце. Саме в осіб сангвіноїдної групи зафіксовані найтяжчі інфаркти міокарда. “Мелана холе” – чорна жовч, тому що вона змішана з кров’ю. Сам Гіпократ говорив, що меланхоліки знаходяться у самому невідгданому стані, адже страждають хворобами і холериків, і сангвініків, і флегматиків. Так, справді, враховуючи чутливість меланхоліка, можна погодитися з тим, що в нього “все болить”. Але не дарма Гіпократ убачав саме “чорну жовч” у цього типу, бо, поруч з інфарктами (які, до речі, частіше дрібні), високий стрибок кров’яного тиску приводить до розриву судин головного мозку, що називається інсультом. “Флегма” – прозора слизь, якої дуже багато у шлунку людини, тому шлунок флегматика найбільш вразливий, і язви тут дуже складні. У зоні “рівноважного” типу локалізуються хвороби нирок та статевих органів.

Порівняння, приведені вище, повно підтверджує глибоку правоту спадщини Гіпokrата. В кожному типі він убачав психосоматичну єдність з “місцем найменшого опору” (*locus minoris resistentiae*), котре для кожного типу є найбільш вразливим у певному віці, що пов’язано з тривалістю біологічного циклу життя індивіда [11].

Цікаво порівняти одержаний розподіл хронічних захворювань за типологічними групами зі стародавніми поглядами тибетської медицини. Наведемо віршоване Л. Олзоєвою викладення цих поглядів:

“Наши чувства строят наше здоровье.

Если ты испытываешь страх,

Ты готовишь себе болезни почек.

Если ты испытываешь гнев,

Твои печень и желчный пузырь страдают.

Печаль и стеснение Духа омрачают

Болезнью сердце и разум.

Гордыня, невежество, страсть, зависть и злоба –

Эти чувства (если ты их испытываешь)

Ударят тебя безпощадно.

Будь себе другом.

Стань себе лучшим врачом.

Найди причину своей болезни в самом себе” [5, с. 87].

В наведеній поетичній формі відображена диференціація місць найменшого опору в індивідів з урахуванням базового емоційного забарвлення їх поведінки. Б.Й. Цуканов говорив про центральне чи провідне емоційне забарвлення, характерне для представників різних типологічних груп [11]. Так, злість і гнів переважають в осіб холероїдної групи, що і було помічено тибетськими лікарями як ознака захворювання печінки. “Стиснення духу” як особливий емоційний стан властивий

тривожним персонам, а такими є представники сангвіноїдної та меланхоїдної груп, у яких проявляються захворювання серця. Печаль, сум характерні для меланхоліків, у яких наявні інсульти як похмурення розуму. Ситуаційний страх у межах поведінки “тут і зараз” має місце у “рівноважних” індивідів. Причому це не страх меланхоліка, який стає інколи особистісною рисою (боягузтво), а страх “обережності без боягузтва”. Ось чому тибетські лікарі вбачали у формовияві такого страху причину захворювання нирок, що і підтверджено диференціальним методом в “урівноважених” особистостей [12, с. 73].

Порівняння показує, що стародавнє вчення Гіпokrата і стародавній досвід тибетської медицини зафіксували чітку локалізацію “переважаючих” захворювань в індивідів за їх належністю до своїх типологічних груп. І треба віддати належне цьому досвіду, адже в ньому зосереджене особливе цілісне бачення психосоматичної єдності організму та психіки людини.

**Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми.** Проблема прояву тривожності у хворих на хронічні ССЗ далека від свого повного розв’язання, оскільки диференціація формовиявів тривожності у типологічних групах залежно від клінічної форми ССЗ до цього часу не проводилася. Водночас відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання узгодженості форми та рівня прояву тривожності із тривалістю біологічного циклу життя індивіда на контингенті дітей, які страждають на хронічні неінфекційні міокардити та вегето-судинні дистонії.

**Виклад основного матеріалу дослідження й отриманих наукових результатів.** Наше завдання – дослідити у дітей локалізацію симптомів хронічних ССЗ в типологічних групах – вирішувалося експериментальним шляхом на контингенті дітей віком від 7 до 14 років, котрі страждають на кардіологічні ХНЗ і проходили лікування у дитячій лікарні стаціонару та її поліклінічному відділенні. Іншими словами, дослідження проводилося з дітьми як у період загострення, так і реконвалесценції (видужання) та ремісії (затухання) захворювання. Експериментування здійснювалося у три етапи.

На *першому* на кожного обстежуваного заповнювалася анкета, за допомогою якої з’ясувалося наступне: вік дитини (із зазначенням кількості років та місяців на момент обстеження); число, місяць, рік її народження; вид ХНЗ.

На *другому* у кожного хворого методом хронометричної проби [11] визначався “ $\tau$ -тип”, для чого використовувався класичний спосіб відтворення проміжків тривалості  $t_0 = 2, 3, 4, 5$ с, що задавалися експериментатором та відтворювалися обстежуваним за допомогою електронного хроноскопу з точністю до 0,001с. При цьому кожному хворому пропонувалося відтворити тривалість, яка ним переживається та обмежена двома сигналами – “початок” та “кінець”. Цими сигналами був щіглик, який виникає під час включення та зупинки хроноскопу. Обстежуваний відтворював проміжки, які задавалися на цьому хроноскопі.

Індивідуальне значення “ $\tau$ -типу” розраховувалося за формулою:

$$\tau = \frac{\sum t_s}{\sum t_0},$$

де  $t_0$  – тривалість, що задана експериментатором, а  $t_s$  – тривалість, яку відтворює обстежуваний.

Відтворення кожного проміжку часу повторювалося п’ять разів, а потім підраховувалося середньостатистичне значення власної одиниці часу кожної дитини. Наступним кроком дослідження було підрахування тривалості біологічного циклу кожного окремого хворого. Завдання полягало в тому, щоб дослідити прояв “С-метрики” протягом ХНЗ у різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції та ремісії). За законом переживання індивідом власного часу [11, с. 87] його великий біологічний цикл визначався за формулою:

$$C = 8,5\tau \text{ (років)}$$

де  $\tau$  – власна одиниця часу індивіда, що виконує роль “кроку”, яким вимірюється плин часу його життя з моменту народження.

На *третьому* етапі проводилось дослідження форми прояву та рівня тривожності у соматичних хворих дітей на ССЗ, а потім результати зіставлялись із значенням власної одиниці часу і тривалістю властивого їм біологічного циклу життя. Психодіагностичний інструментарій був поданий такими методиками: методика Ч. Спілберга, Ю.А. Ханіна “Шкала оцінки рівня реактивної й особистісної тривожності”, тест-опитувальник Г. Айзенка (для підлітків).

Досліджуючи одну із “переважаючих” хвороб серцево-судинної системи, переконуємося, що така хвороба, як міокардит, локалізується у межах своєї типологічної групи. Показово те, що сюди входять індивіди сангвіно-

їдної групи, тобто особи, в організмі яких, за Гіппократом, переважає кров. У них, згідно з показниками тесту Айзенка, високий рівень збудження та гальмування, які врівноважують один одного [11, с. 54]. У поведінці діти цієї групи відрізняються життєрадісністю, оптимістичністю, великою рухливістю. Отож вони наближаються до “суто” сангвініків [11, с. 32].

Велику групу утворюють хворі діти на вегето-судинну дистонію (ВСД), яка займає перше місце за частотою виникнення серцево-судинної патології в дитячому віці. Перебіг цієї хвороби може уреальнюватися за гіпотонічним або гіпертонічним типом. Хворих дітей із ВСД за першим типом було обстежено 23 особи. Результати цього дослідження показали, що власна одиниця часу в цих дітей становить два діапазони інтервалів:  $0,7\text{с} \leq \tau < 0,8\text{с}$  (15 хворих) та  $1,0\text{с} < \tau \leq 1,1\text{с}$  (8 хворих), що відповідає холероїдній та флегматоїдній групам індивідів у типологічних групах безперервного спектру “ $\tau$ -типів” [11, с. 43]. Водночас у діапазонах:  $0,8\text{с} \leq \tau \leq 0,86\text{с}$  (21 дитина) та  $0,94\text{с} \leq \tau \leq 1,0\text{с}$  (18 хворих) знаходиться власна одиниця часу в дітей, котрі страждають на ВСД за гіпертонічним типом.

Порівнюючи ці розподіли, не важко переконатись у тому, що хворі на ВСД за гіпертонічним типом мають власну одиницю часу в тих зонах, у яких у здорових “ $\tau$ -типів” має місце гіпертонічна хвороба [11, с. 86]. Самі хворі діти із ВСД чітко визначили дві межі ( $\tau = 0,8\text{с}$  та  $\tau = 1,0\text{с}$ ), у безперервному спектрі “ $\tau$ -типів”, у яких наявний стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної.

Вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом визначила межі обох груп “суто” сангвініками та “суто” меланхоліками. Тому діти, у яких однакова форма “переважаючої” хвороби, мають відмінності психологічного змісту-характеру. Методом клінічної бесіди виявлено, що одна група дітей скаржиться на постійну нестачу часу при виконанні будь-якої роботи. Це особи з власною одиницею часу в діапазоні  $0,8\text{с} \leq \tau \leq 0,86\text{с}$ , тобто це сангвіноїдна група індивідів. Інша група дітей із власною одиницею часу в діапазоні  $0,94\text{с} \leq \tau \leq 1,0\text{с}$  не відчувають дефіциту часу при виконанні справ, тобто це меланхоїдна група хворих. Зазначене вкотре підтверджує відповідність типологічних груп і домінантних хвороб у безперервному спектрі  $\tau$ -типів [11, с. 54] на контингенті дітей віком від 7 до 14 років.

Дані результатів емпіричного дослідження хворих на міокардит та вегето-судинну дисто-

Таблиця 1

Фази загострення серцево-судинних захворювань у дітей (міокардит)

Група	“τ-тип” (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих
			1¼С	1½С	1¾С	
Діти (9 осіб)	$0,8 \leq \tau \leq 0,82$	6,85	8,6	10,2	11,9	8-10-12
Діти (6 осіб)	$0,83 \leq \tau \leq 0,84$	7,1	8,9	10,7	12,4	8-10-12
Діти (4 особи)	$0,85 \leq \tau \leq 0,86$	7,3	9,1	10,9	12,8	9-11-13

нію підлягли статистичній обробці вікових даних. По кожній групі розраховувався середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання у значенні великого біологічного циклу та переведений у роки. Розрахункові і статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на міокардит та вегетосудинну дистонію у період загострення захворювання, зведені у **табл. 1 і 2.**

Порівняння розрахункових та статистичних років показує, що у хворих на серцево-судинні захворювання загострення починається у віці, який для даного контингенту осіб визначається дробовим числом прожитих великих біологічних циклів, а загострення хвороби співпадає з кінцем  $1\frac{3}{4}С$  (відповідно роки за циклами: 8,6; 8,9; 9,1 років);  $1\frac{1}{2}С$  (відповідно: 10,4; 10,7; 10,9 років);  $1\frac{3}{4}С$  (відповідно: 12,1; 12,4; 12,8 років).

Таблиця 2

Фази загострення серцево-судинних розладів у дітей (ВСД)

Група	„τ-тип” (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих
			1¼С	1½С	1¾С	
Діти (4 особи)	$0,7 \leq \tau \leq 0,72$	6,0	7,5	9	10,5	7-9-11
Діти (3 особи)	$0,73 \leq \tau \leq 0,75$	6,29	7,8	9,4	11,2	7-9-11
Діти (8 осіб)	$0,76 \leq \tau \leq 0,79$	6,64	8,3	10	11,6	8-10-12
Діти (5 осіб)	$0,8 \leq \tau \leq 0,83$	6,9	8,6	10,3	12,1	9-11-12
Діти (3 особи)	$0,84 \leq \tau \leq 0,86$	7,2	9	10,8	12,6	9-11-13
Діти (16 осіб)	$0,94 \leq \tau \leq 0,97$	8,1	10,1	12,2	14,2	10-12-14
Діти (15 осіб)	$0,98 \leq \tau \leq 1,0$	8,4	10,5	12,6	14,7	10-12-14
Діти (8 осіб)	$1,0 \leq \tau \leq 1,1$	9,35	11,6	14,0	16,3	11-14-16

## ВИСНОВКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

1. Результати дослідження хворих на серцево-судинну систему показали, що власна одиниця часу хворих дітей на неінфекційний міокардит знаходиться в діапазоні  $0,8с \leq \tau \leq 0,86с$ , що відповідає групі осіб, у яких “переважають” ССЗ за гіпертонічним типом згідно з типологічними групами у безперервному спектрі “ $\tau$ -типів”. А власна одиниця часу у дітей, котрі хворіють на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом становить два діапазони –  $0,7с \leq \tau < 0,8с$  та  $1,0с < \tau \leq 1,1с$ , що відповідає холероїдній та флегматоїдній групам осіб у типологічних групах безперервного спектру “ $\tau$ -типів”. У діапазонах  $0,8с \leq \tau \leq 0,86с$  та  $0,94с \leq \tau \leq 1,0с$  знаходиться власна одиниця часу в дітей, які страждають на ВСД за гіпертонічним типом. Самі хворі діти із ВСД чітко визначили дві межі ( $\tau = 0,8с$  та  $\tau = 1,0с$ ) у безперервному спектрі “ $\tau$ -типів”, у яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної.

2. Аналіз віку хворих на хронічні неінфекційні захворювання від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей. Прослідковуючи “С-періодичність” захворювань, можна сказати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними. Саме у цих точках спостерігається загострення симптоматики хронічних неінфекційних захворювань.

3. Для більшості обстежених дітей, хворих на ХНЗ, загальним є те, що клінічні прояви хвороби не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів та з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю  $1/4C$ ,  $1/2C$ ,  $1/16C$ ,  $3/4C$  залежно від належності до типологічної групи. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.

4. Дослідження рівня та форми прояву тривожності у хворих на ССЗ показали, що особи з експериментальної вибірки характеризуються високим рівнем тривожності. Водночас доречно наголосити, що в індивідів сангвіноїдній групі переважає реактивна форма тривожності, а меланхоїдній – особистісна.

5. Рівні прояву тривожності узгоджуються з тривалістю біологічного циклу хворих на

ССЗ. Максимальна виразність рівня тривожності хворих не тільки співпадає з кінцем чверті тривалих циклів та з їх кінцями, але і починає повторюватися з періодичністю  $1/4C$ ,  $1/2C$ ,  $1/16C$ ,  $3/4C$ .

6. Рання профілактика неінфекційного захворювання створить умови для запобігання його загострення та допоможе знизити рівень прояву тривожності у хворих дітей на ССЗ.

Втім насамкінець відзначимо, що належність індивіда до типологічної групи – це природно зумовлена (вроджена) властивість. У цьому разі знати свою належність – це знати і місце найменшого опору в своєму організмі, яке за певних умов може стати найбільш вразливим. Та чи це означає приреченість та фатальну неминучість захворювання тієї системи, яка є місцем найменшого опору? Зовсім не означає, тому що знання слабкого місця дає ключ до того розпливчатого поняття, яке називається “здоровим способом життя”. Саме знання особистості уможлиблює побудову такого її ставлення до власного організму, щоб не допустити розладів і зломів у місцях найменшого опору. “Стань собі лікарем сам!” З іншого боку, знання слабкого місця організму відкриває лікарям ключ до ефективної профілактики та упередження ХНЗ. Тому треба підкреслити, що збереження здоров’я – це завдання, яке успішно можна вирішувати в межах спільних психолого-медичних технологій, використовуючи наукові надбання медичної психології, щонайперше експериментального змісту.

1. *Александрова В. Ю.* Психологические аспекты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] : науч. статья / В.Ю. Александрова, Е.А. Суллова, А.А. Александров // Психологический журнал. – 2001. – Т.6, №1. – С. 122–129.

2. *Бородулин Ф. Р.* Лекции по истории медицины [Текст] : рук. – во [для врачей] / Ф.Р. Бородулин. – М. : Медгиз, 1955. – 321 с.

3. *Гараян Н. Г.* Групповая психотерапия невротических соматическими масками [Текст]: Московский психотерапевтический журнал / Н.Г. Гараян, А.Р. Холмогорова // Теоретическое основание похода. – 1994. – № 2. – С. 29–50.

4. *Гиппократ.* Философствования о человеке [Текст] : сочинения в 10 т. / Гиппократ. – [2-е изд.]. – М. : Медгиз, 1944. – Т. 2. – 276 с.

5. *Олзоева Л. Д.* Тибетская медицина. Сандаловые четки в лазуритовой чаше [Текст] : сочинения в 5 т. / Л. Олзоева. – [2-е изд.]. – М. : Медгиз, 1948. – Т. 2. – 165 с.

6. *Савенкова И. И.* Проблема эффективности деятельности ликаря в умовах дефіциту часу [Текст] : збірник

наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / І.І. Савенкова // Актуальні проблеми психології. – 2009. – Т. 7. – Випуск 19 : Екологічна психологія. – С. 206–211.

7. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема психодіагностики кардіологічних розладів / І.І. Савенкова / Психологія і суспільство. – 2009. – № 2. – С. 104–109.

8. Савенкова І.І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні гастроентерологічні розлади [Текст]: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / І.І. Савенкова // Проблеми загальної та педагогічної психології. – 2009. – Т. 11. – С. 482–490.

9. Савенкова І.І. Диференціація часових характеристик у суб'єктів з нефрологічними порушеннями [Текст]: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / І.І. Савенкова // Проблеми психології творчості. – 2009. – Т. 12. – Випуск 6. – С. 267–274.

10. Сеченов І.М. Очерк рабочих движений человека [Текст]: сочинения / И.М. Сеченов. – М.: Наука, 1901. – 231 с.

11. Цуканов Б.Й. Время в психике человека [Текст]: Монография / Б.Й. Цуканов. – Одесса: АстроПринт, 2000. – 216 [4] с.

12. Цуканов Б.Й. Психогенетические закономерности воспроизводства индивидов в типологических группах [Текст]: науч. статья / Б.Й. Цуканов // Вопросы психологии. – 1989. – № 4. – С. 149–153.

13. Элькин Д.Г. Восприятие времени [Текст]: Монография / Д.Г. Элькин. – М.: АПН РСФСР, 1962. – 246 с.

14. Элькин Д.Г. Восприятие времени и принцип обратной связи [Текст]: науч. статья / Д.Г. Элькин // Вопросы психологии. – 1962. – № 2. – С. 151–155.

## АНОТАЦІЯ

*Савенкова Ірина Іванівна.*

**Особливості прояву тривожності у хворих на хронічні неінфекційні захворювання.**

У статті відображена диференціація місць найменшого опору в індивідів, які страждають на серцево-судинні захворювання з урахуванням базового емоційного забарвлення їх поведінки. Для більшості обстежених загальним є те, що “стиснення духу”, як особливий емоційний стан, властивий тривожним особам. А до таких належать представники сангвіноїдної та меланхоїдної груп, у яких проявляються захворювання серця. Також експериментально доведено, що загострення захворювань серцево-судинної системи у дітей узгоджуються із тривалістю їх біологічного циклу життя як індивідів *homo sapiens*. У цьому дослідженні також обґрунтоване цілісне бачення психо-

соматичної єдності індивіда з позиції *locus minoris resistentiae*. Його результати допоможуть медикам спільно з психологами вилучити “фактори ризику”, які призводять до кардіокатастроф (інфарктів міокарда).

**Ключові слова:** *хронічні соматичні розлади, тривожність ситуативна й особистісна, біологічний цикл, власна одиниця часу.*

## АННОТАЦИЯ

*Савенкова Ирина Ивановна.*

**Особенности проявления тревожности у больных с хроническими неинфекционными заболеваниями.**

В статье представлена дифференциация места наименьшего сопротивления индивидов, которые страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями с учетом базовой эмоциональной окраски их поведения. Для большинства испытуемых общим является то, что “стеснения духа”, как особенное эмоциональное состояние, характерно для тревожных личностей. А к таким принадлежат представители сангвиноидной и меланхоидной групп, у которых проявляются заболевания сердца. Также экспериментально доказано, что обострения заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей согласуются с длительностью их биологического цикла жизни как индивидов *homo sapiens*. В этом исследовании также обосновано целостное видение психо-соматического единства индивида с позиции *locus minoris resistentiae*. Его результаты помогут медикам совместно с психологами извлечь “факторы риска”, которые приводят к кардиокатастрофам (инфарктам миокарда).

**Ключевые слова:** *хронические соматические расстройства, тревожность ситуативная и личностная, биологический цикл, собственная единица времени.*

## ANNOTATION

*Savenkova Iryna.*

**Peculiarities of Manifestations of Anxiety of People Suffered from Noninfectious Diseases.**

In the article the differentiation of places of the smallest resistance of individuals, who suffer from heart-vascular deceases considering the basic emotion color of their behavior has been reflected. It has been experimentally proved that escalating of children's heart-vascular system deceases correspond to the duration of their biological life cycle as individuals (*homo sapiens*). In the research the complete vision of psychosomatic unity of an individual from the position of *locus minoris resistentiae* has also been substantiated. Its results can help the medics together with psychologists to extract the factors of risk, which course the cardio-accidents (heart-attack of myocardium).

**Key words:** *discords, situational and personal anxiety, biological cycle, own unit of time.*

Надійшла до редакції 29.12.2010.