

Медицина психологія

**ФАКТОР ЧАСУ
ТА ПРОБЛЕМА ПСИХОДІАГНОСТИКИ
КАРДІОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ**

Ірина САВЕНКОВА

Copyright © 2009

Постановка суспільної проблеми. Питання впливу соматичного на психічний стан людини детально розкривається в аспектах розвитку і функціонування психосоматики. Але зміст психосоматичного підходу до стану хворого засновується на залученні психологічних даних задля кращого розуміння фізичних симптомів патофізіологічних процесів та причин виникнення того чи іншого захворювання. Соматичні порушення зумовлені особливостями психіки кожної окремої людини. Ще свого часу І.М. Сеченов підмітив, що "людина, котра страждає на хворобу шлунку, має свою особливу психологію" [11, с. 117]. Лікарі, лікуючи хворих, вказують на те, що у кожного пацієнта своє суб'єктивне сприйняття хвороби, що значно впливає і на його об'єктивний стан. Б.Д. Карвасарський виокремлює декілька типів реагування людини на хворобу, враховуючи невротоподібну основу, – астеничний, депресивний, іпохондричний та анозогностичний [5, с. 573]. Водночас залишаються відкритими два питання: чому саме конкретна людина таким чином реагує на захворювання?, чому сама хвороба виявляється в неї у тій чи іншій формі?

Зауважимо, що спостерігається двосторонній, але єдиний характер психосоматичних відношень із переходом психогенії у соматогенію і навпаки. Якщо розглядати ці відношення в динаміці, то такий взаємоперехід є закономірним.

Серед хронічних неінфекційних захворювань як домінуючих велику групу становлять серцево-судинні, які сукупно називають хворобою номер один ХХ століття. Якщо розглядати доросле населення Землі, то його четверта частина страждає на ці захворювання, що є причиною кожного другого летального вироку долі, кожної третьої інвалідності. Вирішення завдань профілактики серцево-судинних захворювань шляхом

впливу на відповідні фактори ризику дають змогу пояснити тільки половину випадків виникнення та розвитку ішемічної хвороби серця у людській популяції. У 30% від загальної кількості індивідів, котрі страждають на ішемічну хворобу серця, наявна так звана безсимптомна форма, яка спричиняє неочікуваний інфаркт, але не супроводжується чинниками ризику. На сьогодні кардіологи не знають, у кого може бути така клінічна форма ішемічної хвороби серця, як інфаркт міокарду. Тому важливим моментом у профілактиці серцево-судинних захворювань є врахування психологічних аспектів профілактики цих захворювань, розглядом яких займалися В.Ю. Александрова, Є.А. Сулова, А.А. Александров [2].

Мета дослідження – обґрунтувати індивідуально зумовлені закономірності та механізми переживання часу дітьми, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання серцево-судинної системи.

Завдання дослідження:

- 1) виділити власну одиницю часу індивіда, який страждає на хронічні неінфекційні захворювання органів серцево-судинної системи, у тривалості, котра ним переживається;
- 2) зіставити тривалість власної одиниці часу із психосимптоматикою хронічних неінфекційних захворювань органів серцево-судинної системи дітей.

Авторська ідея. Наш підхід до вивчення етіології, патогенезу та клінічних проявів захворювання здійснюється з нової позиції, котра повно враховує закони переживання часу (Д.Г. Елькін, Б.Й. Цуканов). На основі "τ-типу", що визначає значення власної одиниці часу кожного окремого індивіда, можна з високою точністю віднести того чи іншого суб'єкта до групи зі своєю домінують хворобою (насамперед хронічні неінфекційні захворювання).

Водночас відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання локалізації симптомів кожної окремої нозологічної форми хронічних неінфекційних захворювань органів серцево-судинної системи у типологічній групі безперервного спектру "τ-типів" та ступеня виразності клінічних проявів захворювання у дітей, котрі страждають на аналогічні захворювання.

Сутнісний зміст (анотація). В дослідженні з'ясувалася залежність прояву симптомів хронічних неінфекційних захворювань органів серцево-судинної системи від тривалості власної одиниці часу людини. Встановлено, що індивідуальні вікові точки загострень хронічних неінфекційних захворювань серцево-судинної системи узгоджені з довготривалістю власного біологічного циклу особистості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Ф. Данбар, намагаючись показати відповідно до концепції "профілю особистості" зв'язок між певними індивідуальними особливостями та характером тілесного захворювання, виділяла коронарний, гіпертонічний, алергічний та схильний до ушкодження типи особистості [4, с. 123–127]. Вона, висловлюючи своє ставлення до психосоматичного підходу, зауважила, що "не повинно бути дихотомії "психіки" та "соматики", а висвітлюваний підхід – стереоскопічним, адже він охоплює і фізіологічну, і психологічну техніку та може бути застосованим до всіх хвороб" [4, с. 126]. Усупереч цій позиції Ф. Александр, згідно з концепцією "специфічного емоціонального конфлікту", підкреслював виняткове значення психодинамічного конфлікту як найбільш важливого у природі психосоматичних розладів [1, с. 234].

Вказані концепції породили низку досліджень, але часто з незадовільними результатами. Їх загальним висновком цих досліджень було скоріше заперечення особистісних структур, котрі властиві окремим захворюванням. Тому багато авторів схильні відмовитися від пошуків профілю особистості, замінити цей аспект досліджень описом типів поведінки, а відповідно до концепції R. Rosenman та M. Fridman обмежитися розглядом інфантильної особистісної структури, особливостями самооцінки, мотиваційної сфери, рівнів домагань, ранньої сімейної соціалізації, психосоматикою хворого в умовах сімейного довкілля.

Деякі автори переносять акцент із внутрішніх щодо хворого факторів середовища

на характеристику значущого оточення. Так, G. Pollok [цит. за 3, с. 154] зупиняється на понятті "ульцерогенної матері", акцентуючи неаналітичні погляди на існування донатального конфлікту матері з плодом. Стосовно специфічних конфліктних та життєвих ситуацій, то пошуки їх також не увінчалися успіхом. Як підкреслює Стоквис, "зовсім не важливо, що переживає людина, набагато важливіше, як вона переробляє пережите, тому не самі конфлікти, а лише тип та характер їх переробки можуть виявити схожість і тільки у цьому відношенні і можна було б говорити про їх специфіку" [цит. за 4, с. 70].

Загалом учені дійшли до висновку, що проблему психіки не можна вивчати окремо від проблем соматики, що утворюють єдність. Не можна не погодитися з думкою Р.А. Лурія, який писав: "Немає тільки психічних або тільки соматичних хвороб, а є лише живий процес у живому організмі; життєвість його й полягає у тому, що він об'єднує у собі і психічний, і соматичний бік хвороби. Не тільки грубі, але найтонші процеси (як, наприклад, обмін води, вуглеводів, електролітів, регуляція тепла) знаходяться у найтіснішій залежності від психічного стану людини та регулюються вищими відділами центральної нервової системи, відображаючи складні та багатогранні коливання в ній" [6, с. 35–47].

М.З. Нікольська, вивчаючи фактори, які впливають на формування реакції на захворювання, зосередила увагу на тому, що індивідуально-психологічні особливості особистості є більш інформативними для прогнозу особистісних реакцій на захворювання, ніж клінічна оцінка важкості захворювання [7, с. 105–111]. Саме індивідуально-психологічні особливості особистості зумовлюють, на нашу думку, певний симптомокомплекс соматичних розладів, до яких відносять також хронічні неінфекційні захворювання.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Проблема домінантних хвороб, до яких відносять хронічні неінфекційні захворювання, далека від свого повного розв'язання, оскільки психосимптоматика хронічних неінфекційних захворювань локалізується у типологічних групах, тобто перебіг хвороби має часову розгортку і кожен її період виявляється у певному, чітко визначеному віці, що медицина нині неспроможна пояснити належним чином.

Ключові слова: типологічна група, "τ-тип", місце найменшого опору, біологічний цикл.

Виклад основного матеріалу дослідження й отриманих наукових результатів. Дослідження локалізації симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах проводилося на контингенті дітей віком від 7 до 14 років, котрі страждають на хронічні неінфекційні захворювання і проходили лікування у Первомайській районній дитячій лікарні (стаціонарі та її поліклінічному відділенні).

На кожного обстежуваного заповнювалась анкета, за допомогою якої з'ясовувалось наступне: 1) вік дитини (із зазначенням кількості років та місяців на момент обстеження); 2) число, місяць, рік її народження; 3) вид хронічного неінфекційного захворювання; 4) таблиця з визначенням τ – власної одиниці часу дитини.

У кожного хворого обстежуваного методом хронометричної проби [12] визначався “ τ -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 пропонувалося відтворити тривалість, яка ним переживається та обмежена двома сигналами – “початок” і “кінець”. Відтак обстежуваний відтворював проміжки, які задавалися на цьому хроноскопі.

Індивідуальне значення “ τ -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.

Нами було обстежено 81 дитину із захворюваннями серцево-судинної системи у віці від 7 до 14 років. Із них на неінфекційний міокардит страждало 19 дітей, на вегето-судинну дистонію – 62 дитини. При цьому серед хворих на неінфекційний міокардит 10 дітей перебувало на стадії загострення, а 9 – ремісії.

Міокардит часто є ускладненням інфекційних захворювань (дифтерії, гепатиту, грипу та ін.), що пояснюється ураженням патогенною мікрофлорою м'язової тканини серця.

А як пояснити причину міокардиту без інфекційного фактору, коли наявні всі вісім критеріїв міокардиту? Також сучасна медицина неспроможна передбачити форми прояву захворювання (легка, середня, тяжка). Тому виникає потреба з допомогою науково обґрунтованих діагностичних засобів передбачити загострення цього хронічного захворювання та своєчасно провести профілактику хвороби, зважаючи на традиційні схеми медичної профілактики.

Результати проведеного нами дослідження показали, що власна одиниця часу цих хворих знаходиться в діапазоні $0,8 \text{ с} \leq \tau \leq 0,86 \text{ с}$, як це видно з **рис. 1**, що відповідає групі індивідів, у яких “переважають” серцево-судинні захворювання гіпертонічного типу відповідно до типологічного масиву обстежуваних, що перебувають у безперервному спектрі “ τ -типів” [12, с. 94].

Велику групу становлять хворі діти на вегето-судинну дистонію (ВСД), яка займає перше місце за критерієм частоти виникнення серцево-судинної патології в дитячому віці. Перебіг цієї хвороби може бути за гіпотонічним або гіпертонічним типом. Хворих дітей із ВСД гіпотонічного типу було обстежено 23 особи.

Результати зазначеного дослідження показали, що власна одиниця часу в цих дітей уміщується у 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 “ τ -типів” [12, с. 94]. В діапазоні: $0,8 \text{ с} \leq \tau \leq 0,86 \text{ с}$ (21 дитина) та $0,94 \text{ с} \leq \tau \leq 1,0 \text{ с}$ (18 хворих) перебуває власна одиниця часу в дітей, котрі страждають на ВСД гіпертонічного типу.

Порівнюючи наведені розподіли, не важко переконатись у тому, що хворі на ВСД гіпертонічного типу мають власну одиницю часу в тих зонах, в яких у здорових “ τ -типів” має місце гіпертонічна хвороба [12, с. 94]. Самі хворі діти із ВСД чітко визначили дві межі ($\tau=0,8 \text{ с}$ та $\tau=1,0 \text{ с}$) у безперервному спектрі “ τ -типів”, у яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної, як це показано на **рис. 2**.

Вегето-судинна дистонія гіпертонічного типу визначила межі обох груп “суто” сангвініками та “суто” меланхоліками. Тому дітям, у яких однакова форма переважання хвороби, властиві відмінності психологічного характеру. Це ще раз підтверджує

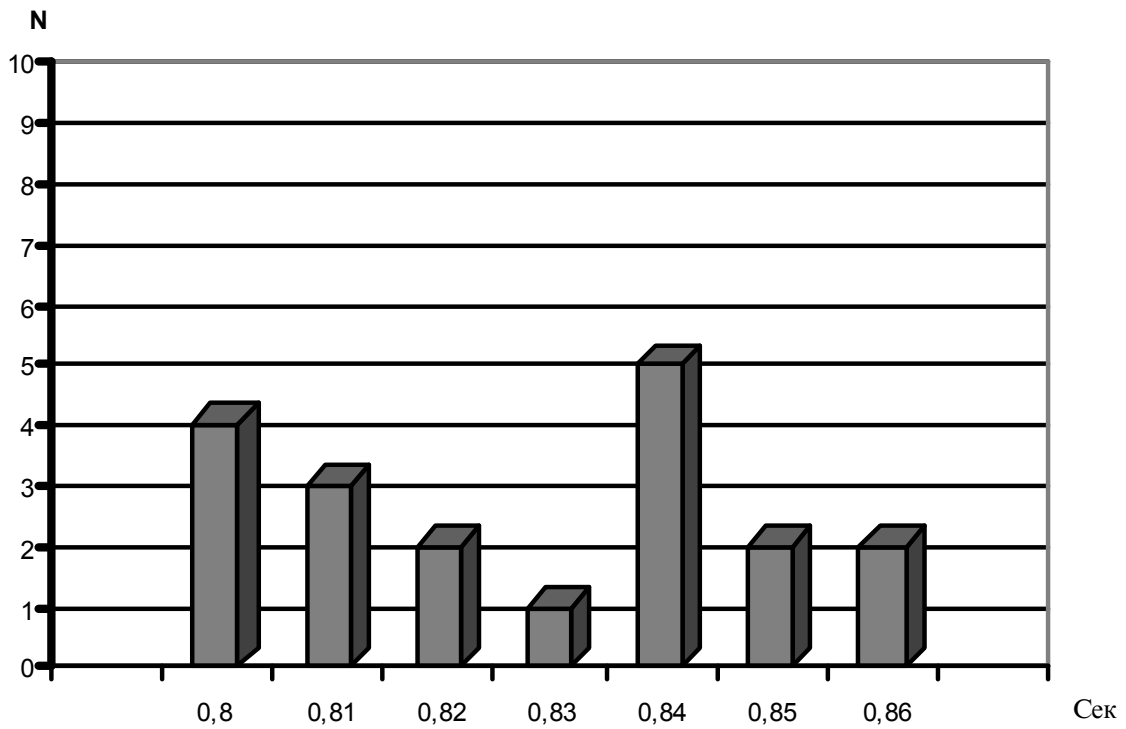


Рис. 1.
Кількісний розподіл "τ-типів" у зоні локалізації міокардитів

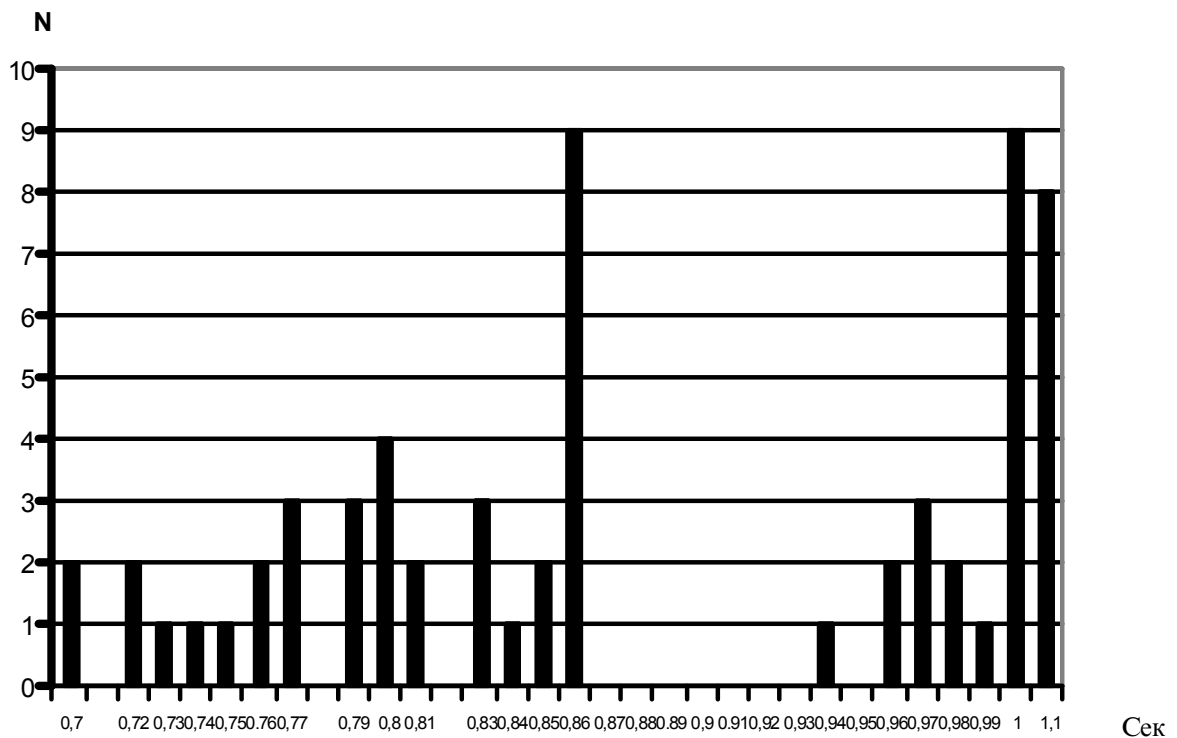


Рис. 2.
Кількісний розподіл "τ-типів" у зоні локалізації вегето-судинної дистонії

відповідність типологічних груп та доміантних хвороб у безперервному спектрі τ -типів [12, с. 94], що підтверджена нами на контингенті дітей віком від 7 до 14 років.

ВИСНОВКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

1. Пропонований нами підхід до вивчення етіології, патогенезу та клінічних проявів захворювання здійснюється на повному враховуванні закону переживання часу, встановленому Д.Г. Елькіним та підтвердженому Б.Й. Цукановим.

2. На основі “ τ -типу”, що визначає значення власної одиниці часу кожного окремого індивіда, можна з високою точністю віднести того чи іншого суб’єкта до групи, що фіксує переважання певної хвороби. До останніх насамперед належать хронічні неінфекційні захворювання.

3. Обстоювана диференціація індивідуальних значень власної одиниці часу надто важлива в медицині, оскільки вказує на переважання тієї чи іншої хвороби і на те, коли і в якій формі вона може мати місце в конкретного індивіда.

4. Результати дослідження хворих на серцево-судинну систему показали, що власна одиниця часу хворих на неінфекційний міокардит перебуває в діапазоні $0,8 \text{ с} \leq \tau \leq 0,86 \text{ с}$, що відповідає групі індивідів, у яких “переважають” серцево-судинні захворювання гіпертонічного типу згідно з їх типологічним форматом у безперервному спектрі “ τ -типів”.

5. Власна одиниця часу в дітей, які страждають на вегето-судинну дистонію гіпотонічного типу, утворює два діапазони інтервалів: $0,7 \text{ с} \leq \tau < 0,8 \text{ с}$ та $1,0 \text{ с} < \tau \leq 1,1 \text{ с}$, що відповідає холероїдній та флегматоїдній групам індивідів у типологічних масивів безперервного спектру “ τ -типів”. У діапазоні: $0,8 \text{ с} \leq \tau \leq 0,86 \text{ с}$ та $0,94 \text{ с} \leq \tau \leq 1,0 \text{ с}$ знаходиться власна

одиниця часу в дітей, котрі страждають на ВСД гіпертонічного типу.

6. Самі хворі діти із ВСД чітко визначили дві межі ($\tau = 0,8 \text{ с}$ та $\tau = 1,0 \text{ с}$) у безперервному спектрі “ τ -типів”, у яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної.

7. Рання профілактика неінфекційного захворювання створить умови для запобігання його загострення та допоможе зупинити хронізацію самого неінфекційного процесу.

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М.: Наука, 2000. – 452 с.

2. Александрова В.Ю., Сулова Е.А., Александров А.А. Психологические аспекты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Психологический журнал. – 1985. – Т.6, №1. – С. 122–129.

3. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических взаимоотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 168 с.

4. Данбар Г. Психосоматический диагноз. – Л.: Мысль, 1981. – 253 с.

5. Карвасарский Б.Д. Психосоматические аспекты боли // Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2002. – 950 с.

6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Наука, 2000. – 213 с.

7. Никольская М.З. Роль индивидуально-психологических особенностей в формировании реакции на заболевание: Автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.01 / Харьков. гос. пед. ун.-т. – Харьков, 1988. – 35 с.

8. Савенкова І.І. Локалізація симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах // Вісник ОНУ. – Серія “Психологія”. – 2003. – Том 8. – Випуск 10. – С. 132–146.

9. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема психодіагностики нефроурологічних розладів // Екологічна психологія: збірник наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. Максименка С.Д. – К., 2004. – Т.7. – Випуск 3. – С. 197–204.

10. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема психодіагностики гастроентерологічних розладів // Психологія і суспільство. – 2005. – № 1. – С. 92–98.

11. Сеченов І.М. Очерк рабочих движений человека. – М.: Наука, 1901. – 231 с.

12. Цуканов Б.Й. Время в психике человека: Монография. – Одесса: Астропринт, 2000. – 220 с.

Надійшла до редакції 28.10.2008.