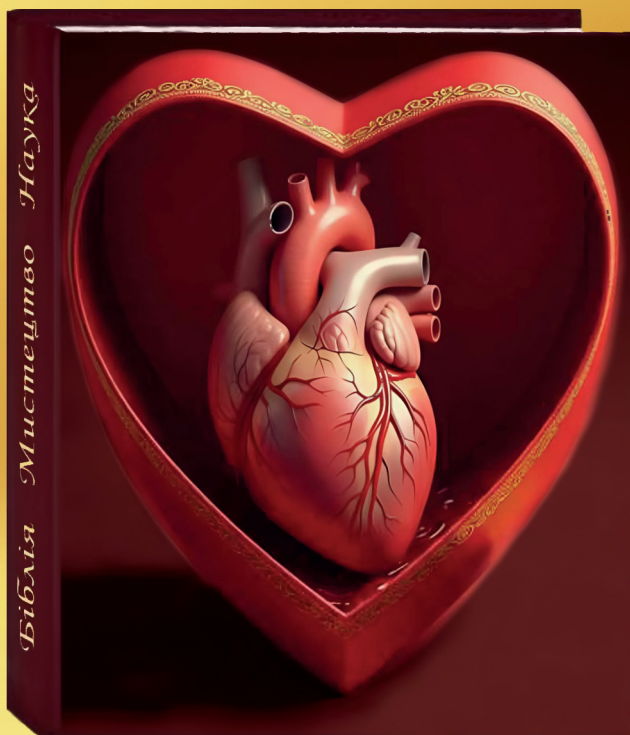


РИБАЛКА ВАЛЕНТИН

МЕТАПСИХОЛОГІЯ СЕРЦЯ



Київ 2026

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР ПРАКТИЧНОЇ
ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
БЛЮЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»

РИБАЛКА В. В.

МЕТАПСИХОЛОГІЯ СЕРЦЯ

Науково-методичний посібник

Київ
Талком
2026

NATIONAL ACADEMY OF PEDAGOGICAL SCIENCES OF UKRAINE
UKRAINIAN SCIENTIFIC AND METHODOLOGICAL CENTER OF PRACTICAL
PSYCHOLOGY AND SOCIAL WORK
BELOCERKIV INSTITUTE OF CONTINUING PROFESSIONAL EDUCATION
DZVO «UNIVERSITY OF EDUCATIONAL MANAGEMENT»

RYBALKA V. V.

METAPSYCHOLOGY OF HEART

Scientific and Methodological Manual

Kyiv
Talkom
2026

Рекомендовано до друку Вченою радою Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України (протокол № 11 від 6 листопада 2025 р.)

Рекомендовано до друку Вченою радою Білоцерківського інституту неперервної професійної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України (протокол № 9 від 18 листопада 2025 р.)

Рецензенти:

Садова М. А., доктор психологічних наук, професор кафедри психології Національного університету біоресурсів та природокористування України;
Кожухов С. М., доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної фармакології та онко-кардіології ДУ «ННЦ «Інститут кардіології та клінічної і регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України;

Вознюк О. В., доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри англійської мови з методиками викладання у дошкільній та початковій освіті Житомирського державного університету імені Івана Франка.

Рибалка В. В.

P49 Метапсихологія серця: наук.-метод. посібн. / В. В. Рибалка. — Київ: Талком, 2026. — 344 с.

ISBN 978-617-8627-35-5

У посібнику викладаються психологічні відомості про серце та серцево-судинну систему, що містяться в історії філософії, Біблії, фольклорі, мистецтві, науці. Висвітлюються у стислому викладенні начала кардіології, анатомії та фізіології серця, питання психофізики пульсуючого серця, психодинамічні, циклоїдні засади його роботи, чинники захворювання, зокрема важкий стрес, патогенна психодинамічна неконгруентність тощо. Наводяться поради з покращення функціонування серця, кардіопсихопрофілактичні засоби особистості, досвід дослідження власного серця, проєкт центру кардіопсихопрофілактики тощо.

Для практичних психологів, клієнтів психологічної служби, кардіологів і пацієнтів, які прагнуть краще зрозуміти своє серця та опанувати первісні засади кардіопсихопрофілактики своєї особистості.

УДК 1:611.12

ISBN 978-617-8627-35-5

© Рибалка В. В., 2026

© Талком, 2026

УДК 1:611.12
R98

Recommended for publication Academic Council of the Ukrainian Scientific
and Methodological Center of Practical Psychology and Social Work
of the National Academy of Sciences of Ukraine
(November 6, 2025, protocol No. 11)

Recommended for publication Academic Council of the Bila Tserkva Institute
of Continuing Professional Education of the State Educational Institution
«University of Educational Management» of the National Academy of Sciences
of Ukraine (November 18, 2025, protocol No. 9)

Reviewers:

Sadova M. A., Doctor of Psychological Sciences, Professor of the Department of Psychology of the National University of Life Resources and Environmental Management of Ukraine.

Kozhukhov Se. M., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical Pharmacology and Onco-Cardiology of the State Scientific Center «Institute of Cardiology and Clinical and Regenerative Medicine named after Academician M. D. Strazhesko» of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine;

Voznyuk O. V., Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Professor of the Department of English with Teaching Methods in Preschool and Primary Education of Ivan Franko Zhytomyr State University.

Rybalka V. V.

R98 Metapsychology of the Heart: Scientific and Methodological
Manual / V. V. Rybalka. — Kyiv: Talkom, 2026. — 344 p.

ISBN 978-617-8627-35-5

The manual presents psychological information about the heart and cardiovascular system contained in the history of philosophy, the Bible, folklore, art, science. The principles of cardiology, anatomy and physiology of the heart, issues of psychophysics of the pulsating heart, psychodynamic, cycloid principles of its work, factors of the disease, in particular severe stress, pathogenic psychodynamic incongruence, etc. are covered in a concise presentation. It provides tips on improving heart function, cardiopsychoprophylactic means of the individual, experience of studying one's own heart, a project of a cardiopsychoprophylactic center, etc.

For practical psychologists, clients of psychological services, cardiologists and patients who seek to better understand their heart and master the basic principles of cardiopsychoprophylactic of their individuality.

UDC 1:611.12

ISBN 978-617-8627-35-5

© Rybalka V. V., 2026
© Talkom, 2026

ЗМІСТ

Вступ	11
1. Конфуцій, Біблія, український фольклор про серце	18
2. Філософія серця Г. С Сковороди, кордоцентризм П. М. Юркевича, серце як «внутрішня людина» у П. О. Куліша	25
3. Серце як культурний, психологічний феномен у мистецтві, літературі, поезії, прозі, музиці, як символ любові, дружби, здоров'я	32
4. Кардіологія — наука про серце і серцево-судинну систему: історія становлення основних понять, сучасний стан, кардіологічна профілактика, кардіоетика — у стислому викладі для психологів і пацієнтів	42
5. Анатомія, іннервація та фізіологія серця і серцево-судинної системи у взаємозв'язку з нервовою системою організму — природничо-наукова основа метапсихології серця	63
6. Психофізика пульсуючого серця в ученні Б. Й. Цуканова про час у психіці людини та її темперамент	90
6.1. Визначення індивіда й особистості через поняття часової організації життєдіяльності та психіки	92
6.2. Відкриття власної одиниці переживання часу — т-типу — як ключового параметру часової організації психіки індивіда, показника психодинаміки серця і темпераменту людини	94
6.3. Об'єктивний метод визначення т-типу як кількісного показника одиниці індивідуального переживання часу і типу темпераменту людини	101
6.4. Циклоїдний характер роботи різних органів життєдіяльності індивіда, передусім пульсуючого серця — як центрального маятникового часового механізму організму	104
6.5. Власна одиниця часу у психіці індивіда — т-тип — як вихідний параметр типу темпераменту, показник циклічності серцево-судинної діяльності і часовий квант життєдіяльності організму та особистості	108

6.6. Структура τ -відповідних, типологічно зумовлених психодинамічних, темпераментальних властивостей індивіда та особистості	117
6.7. Психогенетичний закон репродукції нащадків і типологічно визначені диспозиції народження індивідів у системі «батьки-діти», залежно від тау-типу, тобто показника пульсової динаміки серця батьків ...	122
6.8. Якість ходу власного годинника індивіда та успішність, продуктивність, креативність засвоєння і здійснення особистістю різних видів діяльності, в залежності від точності визначеного тау-типу, як показника пульсу серця	126
6.9. Патопсихосоматичні прояви часових типологічних характеристик індивідів, в залежності від тау-типу, та ризик виникнення інфаркту міокарду серця	129
6.10. Прикладні аспекти психофізики пульсуючого серця в ученні Б. Й. Цуканова та перспективи її подальшої інтеграції з генетикою, медициною, математикою, фізикою, квантовою механікою, геофізикою, космофізикою, теорією відносності та хронопсихологічною ретро- і прогностикою тощо ...	137
7. Кардіопатогенна психодинамічна неконгруентність особистості, її психологічна корекція та циклоїдне прогнозування моменту нападу серцевих хвороб	143
8. Психологічна робота з важкими стресами — патогенним дистресом та летально небезпечним тристресом — як головними чинниками серцевих порушень і хвороб ...	187
9. Ідеальна психологічна модель серцевої особистості як суб'єкта резистентної, оздоровчої та гармонійної життєдіяльності	194
10. Властивості особистості реципієнта із пересадженим від донора серцем	217
11. Кордоцентрична система здоров'я і довголіття кардіохірурга, академіка М. М. Амосова та поради пацієнтам від кардіолога, професора К. М. Амосової	225
11.1. Щастя і здоров'я особистості з точки зору кардіохірурга-гуманіста	225

11.2. Спроба подолання старості: останній експеримент видатної особистості	232
11.3. Поради пацієнтам кардіолога, професора К. М. Амосової, доньки великого кардіохірурга-гуманіста	240
12. Психологічна профілактика і корекція особистості хворого на артеріальну гіпертензію, за програмою кардіопсихолога Н. І. Волошко	258
13. Аутосугестивні настановлення особистості на здоров'я власного серця у психокорекційній системі Г. М. Ситіна ...	279
14. Лікування і профілактика порушень серця на основі дослідження серцевої хвороби як особливої медико- психолого-педагогічної проблеми (з використанням досвіду кардіологів і автора як науковця і пацієнта)	289
15. Проєкт кардіопсихопрофілактичного центру для збереження серцевого здоров'я людності	308
Заклучення	311
Література	330
Біографія автора	337

CONTENTS

Introduction	11
1. Confucius, the Bible, Ukrainian folklore about the heart	18
2. Philosophy of the heart by G. S. Skovoroda, cordocentrism by P. M. Yurkevich, the heart as the «inner man» in P. O. Kulish	25
3. The heart as a psychological phenomenon in art, literature, poetry, prose, music, as a symbol of love, friendship, health	32
4. Cardiology — the science of the heart and cardiovascular system: the history of the formation of basic concepts, the current state, cardiac prevention, cardioethics — in a concise presentation for psychologists and patients	42
5. Anatomy, innervation and physiology of the heart and cardiovascular system in relation to the nervous system of the organism — the natural scientific basis of the metapsychology of the heart	63
6. Psychophysics of the pulsating heart in B. Y. Tsukanov's teachings on time in the human psyche and its temperament	90
6.1. Definition of the individual and personality through the concept of temporal organization of vital activity and psyche	92
6.2. Discovery of the own unit of time experience — τ -type — as a key parameter of the temporal organization of the individual psyche, an indicator of the psychodynamics of the heart and human temperament	94
6.3. Objective method for determining the τ -type as a quantitative indicator of the unit of individual time experience and the type of human temperament	101
6.4. Cycloid nature of the work of various organs of the individual's vital activity, primarily the pulsation of the heart — as the central pendulum time mechanism of the organism	104
6.5. Own unit of time in the psyche of an individual — τ -type — as an initial parameter of type of temperament, an indicator of the cyclicity of cardiovascular activity and time quantum of vital activity of the organism and personality	108

6.6. Structure of τ -corresponding, typologically determined psychodynamic, temperamental properties of an individual and personality	117
6.7. Psychogenetic law of reproduction of offspring and typologically determined dispositions of birth of individuals in the «parent-child» system, depending on the tau-type, i.e. an indicator of the pulse dynamics of the parents' heart	122
6.8. Quality of the individual's own clock and success, productivity, creativity of learning and implementation by the individual of various types of activity, depending on the accuracy of the determined tau-type, as an indicator of the heart's pulse	126
6.9. Pathopsychosomatic manifestations of temporal typological characteristics of individuals, depending on the tau-type, and the risk of myocardial infarction	129
6.10. Applied aspects of psychophysics of the pulsating heart in the teachings of B. Y. Tsukanov and prospects for its further integration with genetics, medicine, mathematics, physics, quantum mechanics, geophysics, cosmophysics, relativity theory and chronopsychological retro- and prognostics, etc.	137
7. Cardiopathogenic psychodynamic incongruence of the personality, its psychological correction and cycloid prediction of the moment of attack of heart diseases	143
8. Psychological work with severe stresses — pathogenic distress and lethally dangerous tristress — as the main factors of heart disorders and diseases	187
9. Ideal psychological model of the heart personality as a subject of resistant, health-improving and harmonious life activity ...	194
10. Personality characteristics of a recipient with a heart transplanted from a donor	217
11. Cardiac-centric system of health and longevity of the cardiac surgeon, academician M. M. Amosov and advice to patients from the cardiologist, professor K. M. Amosova	225
11.1. Happiness and health of the personality from the point of view of a cardiac surgeon-humanist	225

11.2. An attempt to overcome old age: the last experiment of an outstanding personality	232
11.3. Advice to patients of a cardiologist, Professor K. M. Amosova, daughter of a great cardiac surgeon-humanist	240
12. Psychological prevention and correction of the personality of a patient with arterial hypertension, according to the program of cardiopsychologist N. I. Voloshko	258
13. Autosuggestive orientations of the personality to the health of one's own heart in the psychocorrectional system of G. M. Sytin	279
14. Treatment and prevention of heart disorders based on the study of heart disease as a special medical-psychological-pedagogical problem (using the experience of cardiologists and the author as a scientist and patient)	289
15. Project of a cardiopsychoprophylactic center for preserving heart health population	308
Conclusion	311
Literature	330
Author's biography	337

*Присвячується світлій пам'яті
видатного кардіохірурга, академіка
М. М. Амосова (1913–2002),
чий праці були дороговказом
на життєвому шляху автора.*

ВСТУП

Є декілька основних причин, що змусили автора приступити до написання цієї книги.

Перший поштовх для розмірковувань про серце був безумовно отриманий ще в юнацькому віці в процесі ознайомлення з книгою М. М. Амосова «Думки і серце», яка вийшла в далекому 1964 році. Тоді серце здавалося глибокою таємницею, що тягнула до себе, до спроб її розкриття, визначала пошуки необхідної для цього додаткової інформації.

Книги і статті М. М. Амосова, його переживання як кардіохірурга стали однією з драматичних причин поглиблення інтересу до серця, сприяли кращому усвідомленню вже у молодому і зрілому віці ролі серця в житті людини. Особливо вражала сумна медична статистика, за якою серцеві хвороби стоять на першому місці серед причин смертності людей. Майже кожний другий пацієнт світу має ті чи інші загрозливі хвороби серця. Водночас серед чинників захворювань, таких як інфаркт, інсульт, серцева недостатність, спеціалісти називають переважно психосоматичні, наприклад, важкий стрес, хронічну перевтому, гострі конфлікти, горе, переживання подій війни тощо. Згадаємо той трагічний факт, що кожна війна цілить переважно в серце людини... Проте у структурі психологічної науки, якою автор став професійно займатися ще у студентські роки, був відсутній спеціальний розділ під назвою «психологія серця, кардіопсихопрофілактика, психотерапія серця». Це дивно, адже у психології, зокрема медичній, практичній, накопичені численні методи профілактики, гігієни, реабілітації, психотерапії хворої особистості, але вони не спрямовані безпосередньо на її серце. Поступово зміцнювалося переконання в тому, що практична психологія і соціальна робота з населенням має бути значно більше орієнтована саме на серце, так само, як вона спрямована на подолання важкого стресу, конфліктів, різних психосоматичних відхилень тощо.

Другою причиною стало те, що сам автор уже багато років належить до категорії хронічно хворих на серце, адже йому довелося перенести інфаркт міокарда ще у 33-річному віці, у далекому 1980 році, що стало наслідком спричиненого іншими розпаду його сім'ї і розлучення з сином. Той інфаркт завершився відносно благополучно, адже вдалося уникнути летального кінця за допомогою невідкладних медичних заходів, у цілому зберегти працездатність, дожити до похилого віку й навіть написати впродовж наступного півстоліття життя декілька десятків книг і приступити кінець кінцем до роботи над даним посібником. Пережита хвороба загострила чутливість автора до проблем серця, визначила його співчуття до хворих кардіологічного профілю, сприяла виникненню бажання допомогти їм певними психологічними заходами.

Третя обставина, і це цілком зрозуміло, визначається тривалою історією лікування власної серцевої недостатності за допомогою спеціалістів-кардіологів, яка розпочалася з відчуття передінфарктного болю за грудиною спекотного літа 1980 року. Тоді автор звернувся до кваліфікованого лікаря районної поліклініки і вона, після отримання жакливої електрокардіограми, не випускала хворого з кабінету до приїзду швидкої допомоги. Так автор вперше попав у кардіологічне відділення однієї з київських лікарень з «передінфарктним станом», після виходу з якої його спосіб життя докорінно змінився. Зокрема, почалися регулярні відвідування і консультації лікарів Київського Інституту кардіології імені М. Д. Стражеска МОЗ України. Протягом більше тридцяти років автор майже щорічно обстежувався, лікувався у клінічній лікарні цього славнозвісного Інституту. Хочу особливо відмітити кваліфікованих кардіологів консультативного відділення, зокрема кандидата медичних наук Махонько Маргариту Олексіївну і лікаря відділення клінічної фармакології, кандидата медичних наук Яринкіну Олену Анатоліївну — за їх чутливість і професіоналізм, виявлені при звертанні до них за кваліфікованою допомогою. Саме завдяки їх компетентності з'ясувалося, що я того драматичного переломного року переніс саме інфаркт міокарду і, як наслідок, отримав цілий букет похідних симптомів цієї хвороби серця.

Ще одна обставина поступово складалася під впливом ознайомлення з унікальною теорією часу у психіці людини, створеною видатним одеським вченим, професором Б. Й. Цукановим (1946–2007). Центральним компонентом цієї теорії постало учення про температур та виявлення в якості найважливішого показника темпера-

менту так званого тау-типу. Дивним є те, що цей покажчик, за даними Б. Й. Цуканова, корелює з пульсом роботи серця і визначає різні особливості циклічного перебігу серцевої хвороби. Завдяки його ученню, що включає елементи кардіопсихопрофілактики і кардіопсихотерапії, нам вдалося краще зрозуміти роботу власного серця, навчитися визначати моменти вірогідного загострення серцевих криз і приймати запобіжні заходи з метою збереження здоров'я і життя, свого та інших серцевих хворих. Теорія Б. Й. Цуканова стала для нас джерелом розробки власної психотерапевтичної технології роботи з так званою патогенною психодинамічною неконгруентністю особистості (тобто психодинамічною невідповідністю між природжено сталими якостями типу темпераменту та змінними якостями інших властивостей особистості), що дозволило допомогти сотням клієнтів з патологічними проявами, в тому числі і кардіологічними. Звичайно, що цей досвід заслуговує уваги психотерапевтів і кардіологів, для яких зокрема і написана дана книга.

Нарешті, зізнаємося, що лейтмотивом, наскрізною ідеєю багаторічних роздумів над книгою, стало для автора проведення своєрідного кардіологічного, психологічного і педагогічного експерименту — з метою з'ясування того, наскільки ефективним для здоров'я власного серця є цілюще слово, знання про здоров'я серця, його будову, функціонування, позитивний вплив з боку як медичних, так і психологічних факторів, психологічного консультування, профілактики, реабілітації, гігієни, психотерапії тощо. Зрозумілими в цьому плані були також сподівання на те, що і саме написання цієї книги дасть помітний кардіотерапевтичний ефект, спричинить так очікуваний організмом оздоровчий вплив на власне серце, допоможе продовжити життя, адже під час багаторічного лікування не один кардіолог відверто попереджав, що мені залишилося жити недовго — декілька тижнів, місяців, років... В цьому плані дожити, скажімо, до видання цієї книги і прожити ще деякий час — чи не є це обнадійливим сенсом такої наукової літературної роботи?!

І, наостанок, варто зазначити, що і саме ім'я автора часто підштовхувало його 14 лютого кожного року уважніше прислуховуватися до смислу святкування всесвітнього Дня Валентина, а при отриманні валентинок від друзів і колег задумуватися над чарівним значенням образу серця для підйому почуття кохання і покращення настрою оточуючих людей, піднесення духовного стану усього людства саме в цей день. Тому в останні роки я все більше переконувався в

необхідності присвятити своєму серцю вдячну наукову працю, що і сталося в процесі роботи над книгою.

У процесі такої роботи ми стали все свідоміше сприймати численні звернення стародавніх мудреців, релігійних мислителів, творців фольклору, поетів, прозаїків, представників гуманітарних і природничих наук до серця, завдяки чому воно стало дивовижним феноменом людської цивілізації. Все вищесказане дало нам право говорити про багатозначність, поліаспектність психології серця і відповідним чином назвати книгу. З'ясувалося, що декілька років тому вже вийшла книга під назвою «Психологія серця», факт чого зафіксований нами у списку наукової літератури [30], але ця назва викликає численні запитання і потребує уточнення. Більш точним і прийнятним вважаємо термін «метапсихологія серця» («після-психології», «за психологією»), адже він є більш адекватним і багатозначним у психологічній характеристиці численних функцій серця [97]. Історично термін «метапсихологія» використовувався ще З. Фрейдом при психоаналітичному описі особистості в її топографічних (структурних), економічних (енергетичних), динамічних (часових), генетичних, адаптивних властивостей [97]. Відмітимо, що, вірогідно, цей термін застосовувався великим психоаналітиком значною мірою як синонім терміну «структура особистості», тільки в більш природничо-науковому сенсі, ніж відома усім його психологічна структура особистості «Супер-Его–Его–Лібідо».

Отже, термін «метапсихологія» краще відповідає численним зверненням до серця у різних сферах людської культури [11; 28; 29; 33; 34; 39; 45; 49; 50 та ін.]. Метапсихологія серця в нашій книзі, як ми побачимо далі, причетна до висвітлення різноманітних психологічних аспектів проблеми дослідження серця — філософсько-психологічних, рефлексивно-психологічних, релігійно-психологічних, мистецько-психологічних (поетичних, прозаїчних, музичних, образотворчих), власне кардіопсихологічних, психофізичних, психодинамічних, трансплантаційних, психопрофілактичних та ін. Тому назва книги «Метапсихологія серця» повніше відображає сутність висвітлюваної проблеми, її ключові аспекти, серед яких гідне місце займає кардіопсихопрофілактика особистості, адже від останньої значною мірою залежить здоров'я серцевої особистості. Ми розглядаємо метапсихологію серця також як вступний розділ до майбутньої кардіопсихології, створенню якої мають присвятити свої зусилля психологи вже у найближчій перспективі.

Не можемо не відмітити, що проблема серця має всесвітній, цивілізаційний, ноосферний характер, адже воно рухає життя не лише на планеті Земля, але і виринає у космічний простір відважними серцями космонавтів...

Перераховані обставини визначили певний етап наших багаторічних психологічних розмірковувань над питаннями кардіологічного здоров'я людини, поступово розширюючи контекст вивчення даної проблеми та пошуку й аналізу актуальної інформації щодо її вирішення.

Посібник за своїм змістом відкриває новий напрямок досліджень у такій важливій сфері роботи практичних психологів і соціальних педагогів, як психологічна профілактика серцевих хвороб, що є перспективною проблематикою наукових пошуків для Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України та інших інститутів Академії. Зміст посібника відповідає загальній темі НДР БІНПО: «Трендотчінг ринку праці в системі підготовки і підвищення кваліфікації фахівців в умовах повоєнного відновлення України» та темі НДР кафедри педагогіки, психології та менеджменту «Психолого-педагогічні чинники розвитку компетенцій і навичок фахівців у комплексній системі короткострокового прогнозування попиту на професії в умовах повоєнного відновлення України». Посібник розкриває гуманістичні, духовні засади проведення НДР і конкретизує вимоги до розвитку компетенцій сучасного робітника, пов'язаних зі збереженням серцевини здоров'я — через розвиток компетентності фахівців в питаннях психологічної профілактики відхилень у функціональному стані їх серцево-судинної системи під час напруженої праці та в умовах війни. Мова йде про кардіопсихопрофілактику, що в цих обставинах набуває ключового значення, оскільки серцеві розлади займають перше місце в загальній картині відхилень і зниження працездатності робітників. В роботі наводяться, зокрема, засоби психологічної роботи з важкими стресами та іншими чинниками, що негативно впливають на серцеве здоров'я і працездатність робітника, сприяють його нормалізації. Цьому допомагають також розглянуті у посібнику конкретні види психологічного консультування, профілактики і психотерапії, знання яких корисне для сучасного фахівця в умовах війни.

Книга присвячена світлій пам'яті академіка М. М. Амосова, під впливом ознайомлення з науковими ідеями якого ще в юнацькі роки нами була обрана професія психолога. Після закінчення 1972 року

факультету психології університету нам пощастило бути присутнім на численних публічних лекціях Миколи Михайловича в Києві, відвідувати в якості вільного слухача його спецкурс для студентів біологічного факультету Київського університету імені Тараса Шевченка, брати участь у його методологічних семінарах по біологічній кібернетиці в Інституті хірургії серця, де він працював, зустрічатися з ним на вулицях і в парках Києва під час його славнозвісних пробіжок труськом.

Хочу висловити щиру вдячність своїм лікарям-кардіологам з Інституту кардіології імені М. Д. Стражеска — передусім кандидату медичних наук Махонько Маргариті Олексіївні і кандидату медичних наук Яринкіній Олені Анатоліївні та їх колегам, лікарю відділення кардіології Київського Інституту геронтології НАМН України Кузнецовій Валентині Олексіївні, професорам, лікарям і медсестрам цих медичних установ за багаторічне професійне ставлення до мене як до пацієнта.

Особлива подяка — святому духу академіка, доктора філософських наук, професора, колишнього директора Інституту педагогіки і психології професійної освіти (1993–2007) та Інституту педагогічної освіти і освіти дорослих (з 2007 року) НАПН України — Зязюну Івану Андрійовичу (1938–2014), Людині з великим Серцем, під чийм чудодійним науковим керівництвом пройшли 20 років наукового зростання і вільної психолого-педагогічної творчості автора.

Посмертна подяка видатному педагогу, колезі, другу, земляку, побратиму — доктору педагогічних наук, професору Самодрину Анатолію Петровичу (1954–2023), в останні роки життя проректору з наукової роботи Дніпровського міжнародного педагогічного інституту Бейт-Хана, фундатору і першому завідувачеві Лабораторії з вивчення і розроблення гуманітарних ідей академіка В. І. Вернадського при Комісії НАН України з розроблення наукової спадщини академіка В. І. Вернадського — за інтенсивне серцеве наукове і життєве спілкування, співробітництво у проведенні спільних психолого-педагогічних експедицій і розробці освітянських проєктів.

Дякуємо доктору педагогічних наук, професору Вознюку Олександрові Васильовичу — за плідне співробітництво в ході багаторічного спілкування й обговорення перспективних проблем науки, в тому числі і серцевих проблем, за допомогу і поради при написанні цієї книги.

Щиро вдячний своїй сестрі, Вчителю-методисту, викладачеві біології Новомосковської (Самарської з 2024 року) середньої школи

№ 1 Дніпропетровської області України Нестеренко Тамарі Василівні — за теплу братську дружбу і підтримку впродовж усього життя, допомогу в реалізації задуму цієї книги, а також доньці — Тамарі Валентинівні Кабиш-Рибалці — за кваліфіковану участь у комп'ютерному оформленні книги.

Вдячний також кандидату педагогічних наук, доценту Глухівського державного педагогічного університету імені Олександра Довженка, Віктору Васильовичу Шакоцько — за багаторічне співробітництво і за допомогу у втілення нашого задуму щодо обкладинки даної книги з використанням штучного інтелекту.

А також — усім друзям, колегам, учням і послідовникам — за позитивне ставлення до автора впродовж багаторічного професійного зростання і наукової творчості.

1. КОНФУЦІЙ, БІБЛІЯ, УКРАЇНСЬКИЙ ФОЛЬКЛОР ПРО СЕРЦЕ

Висловлювання про серце можна знайти вже у мислителів далекого минулого. Так, стародавній китайський мудрець Конфуцій (551–479 р. до н. е.) вказував на важливу роль серця у поведінці людини у своєму ученні про особисту і державну мораль. Він стверджував, що «Справжня доброта виростає із серця людини» та радив кожному «Обравши мету, йди до неї всім серцем» [98].

Кожна людина у своєму житті зустрічається зі словом «серце». І мова йде водночас не тільки про відчуття серця, його пульсу, а про щось значно ширше — про якийсь всеосяжний фактор життя, як його джерело, як критерій чистоти взаємин між людьми, здоров'я помислів і намірів, божественної любові до ближнього тощо. Поступово серце постає в якості певного культурного феномену, що пронизує життя людини і суспільства. Про життєву значущість серця та його духовні властивості неперервно нагадують релігія, мистецтво, філософія, саме життя. Покажемо це докладніше на прикладі Біблії, фольклору, поезії, прози.

У роздумах про місце серця в Біблії говорять багато її знавців. Розглянемо думки з цього приводу відомого пастора Олега Павліщука [45; 99]. У своїх лекціях для віруючих [99] він наводить цікаві дані про те, що слово «серце» зустрічається у Старому Завіті 710 разів, а у Новому (за статистикою Logos Bible, що міститься у Вікіпедії) — 166 разів. Всього 876. Це, на його думку, дуже багато і свідчить про багатозначність смислів як поетичної мови Старого і Нового Заповіту, так і самого поняття «серце», яке має цілий сплав значень. Серце не просто насос, який переганяє кров по тілу й забезпечує кожную клітинку організму киснем та поживними речовинами, виробляє величезну кількість енергії за добу, що вистачить автівці проїхати десятки кілометрів. Роль цього органу значно більша.

Як зазначає пастор, для того щоб досягнути самої Біблії, особливо Старий Заповіт, потрібно краще знати, що їх автори розуміли під цим словом. Не знаючи слова «серце», людина не розумітиме, що значить «любити Бога всім серцем», і вкладатиме в цю фразу такий собі «підлітково-сентиментальний емоційний аспект». А це далеко не все.

Особисто для себе Олег Павліщук підібрав так звану «аббревіатуру» С-Е-Р-Ц-Е, тобто сфери прояву і впливу серця, що допомагає

пам'ятати йому самому та пояснювати іншим, що означає «серце» в Біблії. А воно означає, на його думку:

С — сумління.

Е — емоції.

Р — розум (мозок).

Ц — цілеспрямованість (воля).

Е — енергію (життєву силу).

Відмітимо, що дані сфери позначені головним чином психологічними термінами. Наведемо думку автора про те, що означає це поняття з його точки зору [99]:

ЕНЕРГІЯ — це наша життєва сила, адже люди є істотами з обмеженим пробігом і витривалістю. В когось вона вища, у когось нижча. Багато що залежить від умов експлуатації та дотримання певних правил. Бог застерігає від того, щоб тратити свою силу і самого себе на марноту чи гріх. Книга Приповістей застерігає: «Більш ніж щось інше пильнуй своє серце, бо з нього б'ють життя джерела» (4:23). В Біблії часто зустрічається тема знесиленості та відновлення сили серця — в цьому воно подібне до електричної батареї. Наш ресурс земного життя обмежений і цикл перезарядки лімітований. Особливо коли «заряджаємося» всякою гріховщиною.

ЦІЛЕСПРЯМОВАНІСТЬ — це наша воля. Куди направлені мої бажання? Чим я керуюсь, коли роблю вибір? На користь кого або чого я роблю те чи інше? До речі, відсутність цілі, апатія та невмотивованість — то теж сфера серця.

РОЗУМ — це інтелектуальна сфера. У Святому Письмі, як стверджує пастор, є поняття мозкової активності і вона переважно віднесена до серця. В цілому, про розум важливо знати наступне: розумом треба користуватись, але на нього не можна надіятись. Наш розум — то не результат гріхопадіння. Результат гріхопадіння — зіпсутий розум, який не може пізнати істину, прийняти істину та підкоритися їй. Також треба визнати, що Бог дає розум і забирає його. Комусь Бог дає більше, комусь менше — і то не моє діло і право — сміятися з тих, кому дано менше, чи заздрити тим, хто має більше. З мене спитається за моє. Також моя відповідальність — набувати розум і мудрість протягом свого життя.

ЕМОЦІЇ — це передусім любов, здивування, сором, страх, гнів, відроза, радість, неспокій, впевненість, злість, тріумф (список може бути доповнений) — це все те в серці, що робить нас людьми. Пастору подобається східний підхід — коли розум та емоції не розділюються,

але доповнюють одне одного і сплітаються в один цілісний гобелен. Хто проти цього — спробуйте вчити те, що не любите, і те, що вам подобається. Легко побачити різницю: емоції можуть або підсилювати розумову роботу, або заважати їй. Разом з тим важливо зрозуміти наступне: якщо люди не керують власними емоціями, то це до доброго не доведе, вони можуть почати керувати ними.

СУМЛІННЯ — якщо емоції роблять нас людьми, то сумління визначає, які ми люди. Відчуття доброго, морального «вшите», говорячи словами Олега Павліщука, у людину і відсутність цього відчуття жахає. До речі, людська совість є чи не найбільшою незручністю для прихильників теорії еволюції — вони просто не можуть пояснити, як і коли мавпа еволюціонувала в «людину сумлінну», тобто істоту, яка визнає, що є добро і зло. Сумління. Емоції. Розум. Цілеспрямованість. Енергія. Це все разом взяте (С-Е-Р-Ц-Е) дає нам розуміння того, що мають на увазі автори Старого Заповіту, коли говорять про серце.

Пастор наголошує, що Писання розказують про чудовий і досконалий Закон, ціллю якого було захопити людей Богом і закохати в Нього. Бог очікує від людини любові, яка захопить нас повністю, все наше серце. Але є проблема, адже наше серце грішне. Ми маємо пошкоджений гріхом розум, що винахідливий на зло, маємо знівечене гріхом сумління, емоції, які підбурюють до гріха. Людина тратить свої сили на гріх. Наші цілі — задовільнити себе і будувати власне царство. Наше серце зіпсоване повністю, і зараз ми говоримо не про мотор у грудній клітині, а про нашу сутність, про те, ким ми є насправді [99].

А ще — ми повільно помираємо. І це невідворотний процес, який є результатом гріха в нашому серці. Бо гріх і є смерть.

Олег Павліщук називає це поганими новинами, тоді як Хороші Новини полягають у тому, що якимось незрозумілим і надприродним чином віра в Ісуса Христа відроджує наше серце до нового життя. На хресті заплачена повна ціна за наші гріхи.

Людина має надію на воскресіння і вічне життя. А найголовніше — наше серце знову здатне робити те, для чого і було задумане та створене: відповідати Богові на Його любов: «Любитимеш Господа, Бога твого, всім серцем твоїм і всією душею твоєю, і всією силою твоєю» (Повт. 6:5) [99].

Ми обмежуємось в даному місці думками одного з українських релігійних мислителів, який слушно передав своїми словами сут-

ність розуміння Біблією серця, Наголосимо, що християнська точка зору на серце не суперечить в основних своїх аспектах даним сучасної психології, народного фольклору та літературного мистецтва. Вона значною мірою вплинула на використання цього поняття в різних сферах людського буття. Основою релігійного розуміння ролі серця є віра в його божественність, що дещо відрізняє його від такого розуміння у фольклорі, мистецтві і науці. Проте вказані точки зору об'єднує їх очевидний психологізм, адже сумління, емоції, розум, цілеспрямованість, енергія є психологічними, психофізіологічними поняттями. .

Психологізм у розумінні серця є особливо очевидним у поглядах сучасного священнослужителя із Спасо-Преображенського Мгарського монастиря Полтавської єпархії Н. Є. Пестова, який узагальнив у своїй праці «Душа людська» християнські погляди на серце та його зв'язок із душею [48, с. 31–42]. У розділі книги «Серце (душевне)» він зазначає, що «незбагненим чином фізичне серце людини пов'язане з усіма переживаннями душі людської» [48, с. 31]. Він наводить свідчення інших служителів Церкви, приміром, Павла Флоренського: «Серце є херувимська серцевина нашої душі», мудрого пастиря отця Іоанна С.: «Розум (або ум) — слуга серця», а також апостола Павла: «Почуття [серця привчені] до розрізнення добра і зла». Цікаво, що Н. Є. Пестов наводить для підтвердження своїх думок слова академіка І. П. Павлова: «Сучасна цивілізована людина шляхом роботи над собою привчається приховувати свої м'язові рефлекси, і тільки зміни серцевої діяльності все ще можуть вказати на його переживання. Таким чином, серце і залишилося для нас органом почуттів, що також вказують наш об'єктивний стан і завжди виявляють його» [48, с. 32]. Далі автор виступає як справжній учений, коли стверджує, що «...фізичне серце людини (або точніше — нервові вузли серця) є тим місцем, де душа людини таємничо стикається з її тілом. Так з'явилося поняття про «душевне серце» як центр усіх найважливіших психічних проявів душі» [там саме]. Він, як релігійний філософ і психолог, розвиває свої погляди у наступних думках: «...серце характеризує стани душі людини, визначає її цінність, її духовну височінь або низький стан», або «розум (або ум) — слуга серця», чи «...усяка нова думка, що доходить до розуму, разом з тим падає і на серце. Тут вона попадає начебто на пробний камінь для перевірки її прийнятності для людини. Якщо тільки серце схвалює її, то вона визнається істиною і приймається.

Це апробування мислі відбувається саме серцем, а не розумом з його логікою. Мислі, що не подобаються серцю, ним відкидаються як неправдиві, причому серце водночас дає доручення розуму — відкинути мисль, доказати її неправдивість» [48, с. 33–34]. У думках Н. Є. Пестова фактично пропонується певне гіпотетичне уявлення про інтелектуальну сутність серця у порівнянні з розумом: «Прояви серця дещо відмінні від проявів розуму. Розум виявляє себе у розмірковуваннях, аргументах, часто у дуже складних, довгих умовиводів.

Серце виявляє себе інакше. Воно зазвичай не будує доводів, часом не потребує навіть і слів. Рішення його бувають швидкі, навіть миттєві» [48, с. 40]. В наведених висловах релігійна психологія прокладає шлях дослідженням серця науковою психологією. Деякі поняття останньої, приміром, інтуїція, інсайт, можуть бути краще зрозумілими в контексті християнського розуміння природи серця. Разом з тим, серце виконує разом з мозком певні евристичні функції. Про це свідчать, як це буде показано пізніше, погляди М. М. Амосова, висловлені у його книзі «Думки і серце». Назву цієї книги можна зрозуміти і як філософські думки про серце, і як думки, що породжені певним чином серцем, за його участю. З іншого боку, дані анатомії і фізіології серця свідчать також про його помітну роль у рефлексії, як функції самосвідомості, в оцінюванні подій, на що вказує зокрема наявність симпатичних і парасимпатичних зв'язків серцевої нервової системи з центральною нервовою системою. У цьому можна вбачати позитивно-негативний вплив з боку серця на інтелектуальні процеси, що реалізуються мозком.

Християнське розуміння природи серця тісно пов'язане з народною свідомістю.

Про це свідчать праці етнографів, зокрема, відомого українського фольклориста Володимира Плав'юка, який виділив записані ним ще на початку XX століття українські народні прислів'я та приказки про серце [50]. Наведемо їх далі разом з поданими в дужках поясненнями автором значень кожної приказки. Відмітимо, що за часом свого виникнення і протяжністю застосування серцева мудрість українського народу перевищує усі її прояви в інших сферах культури — релігії, мистецтві, науці. Адже вона з'явилася десятки тисяч років тому разом із появою мови, ще до виникнення писемності і була життєвим, моральним дороговказом в долі людини. Недаремно збирач відносить ці прислів'я до проявів «українсько-народної філософії». Розглянемо їх [50, с. 298–299]:

Від серця до Бога навпростець дорога. *(Щира молитва лине сама до Бога без нічиєї помочі).*

Аж мені серце скаче з радості. *(Дуже утішився).*

Аж мені серце тріскає з болю. *(З великого горя серце болить).*

Від серця до неба, дороги не треба. *(Добрий чоловік не потребує аби його справляти до неба, його діла ведуть).*

В'ївся в серце й печінки. *(Дуже докучив, набрав багато прикрості).*

Вразив в саме серце. *(Зробив дуже велику прикрість, кривду).*

Добре серце має. *(Про щирю людину).*

Доброго серця чоловік. *(Щирий, радить кожному добра та щастя).*

Куди серце лежить, туди око біжить. *(Хто що любить, за тим і поглядає).*

Мені мати не велить з тобою, серденько, говорить. *(Мама заборонила мені говорити з тобою, любий парубче).*

Не бери собі до серця. *(Не вдавалися в тугу, це тобі не поміч).*

Ой, серденько моє любе, завидують мені люди. *(Лебеділа бідна дівчина своєму багатому та вродливому любові).*

Припустив собі до серця. *(Затужив тужне, зажурився дуже).*

Серце мені тріскає з жалю. *(Дуже велика розпука).*

Серце серцю вість подає. *(Люди близькі собі, відчують щастя, чи нещастя одні других навіть на далеку віддалі).*

Серце того не хоче, хоч язик шепоче. *(Хоч і терпкі слова, але серце щире й добра бажає).*

Серцю ні розказати, ні укарати. *(Серця не присилуєш, воно має свою волю).*

Серця не навчиш. *(Його не переробиш, не переконаєш аргументами).*

Ухопив за серце масними словами. *(Приподобився облесними словами).*

Хай радіє, поки надія серце гріє. *(Не убивай нікому надії, бо це одинока радість його).*

Хто візьме дитину за руку, той взяв маму за серце. *(Кожна мама вдячна тим, хто прихильний їй дитині).*

Хто дає серце, той дасть і гроші. *(Хто любить, той не пожаліє трудів та матеріальних засобів).*

Чим серце повне, те й язиком спливає. *(Серце повне любові, любов'ю й дишл, а повне злости, злобою й дишл).*

Що з серця походить, те й до серця доходить. *(Щира бесіда на-
ходить місце в людськiм серці, її радо слухають).*

Що на серці, те й на яйці. *(Щирий та добродушний чоловік не
таїть нічого, а скаже як і думає).*

Що на серці накіпіло, те й сказав. *(Виказав усі свої кривди).*

Що серце, то й бажання. *(Кожен має свої бажання і старається
осягнути їх).*

Яка небудь юпка, а серце горить, як губка. *(Про чоловіка що лю-
бить жінок).*

Як наш мужик попаніє, то серце його одубіє. *(Розпашілий чоло-
вік стає байдужним на чуже горе, чи нещастя).*

Кількість народних звернень до серця як доленосного чинника життя насправді значно більше, але й наведені в даному списку відомого етнографа вражають своїм тісним зв'язком з душею, буттям, станом, здоров'ям людини. Можна зазначити, що серце виступає в народній думці як важливий життєвий, психологічний феномен, від якого залежить поведінка, щастя і добробут людини. Багатозначність терміну «серце» виступає вже в релігії та фольклорі, що дає підстави говорити про слушність використання поняття метапсихології стосовно цього головного енергетичного, динамічного, фізіологічного, психологічного, морального органу людини. Народна рефлексія ролі серця чітко зафіксована у канонах Біблії, у витворах фольклору і, як ми побачимо далі — у мистецтві — поезії, музиці, прозі. Не обминула свою увагою до серця і філософія.

2. ФІЛОСОФІЯ СЕРЦЯ Г. С. СКОВОРОДИ, КОРДОЦЕНТРИЗМ П. М. ЮРКЕВИЧА, СЕРЦЕ ЯК «ВНУТРІШНЯ ЛЮДИНА» У П. О. КУЛІША

Наукове, філософське і психологічне, пізнання серця бере свій початок у «філософії серця», що складалася головним чином в епоху Середньовіччя. Це «філософське вчення спиралося на біблійну традицію ототожнювати духовну реальність із серцем» [81, с. 681]. Для цього вчення властиве, як вважають сучасні філософи, «уявлення про серце як нібито безпосереднє місцеперебування душі у людському тілі — звідси серце й стає своєрідним богословським символом душі» [там само]. Автор відповідної статті у «Філософському енциклопедичному словнику» (2002) І. Бичко відмічає, що «філософія серця протиставляє дух (серце) не тілесності як такий, а лише недохотвореній тілесності (нелюдській природі) і так само оприродненому духу — розуму (ratio) з його дискурсивною логікою, оскільки останні через свою уподібненість природі (і необхідності) є по суті «знедохотвореним духом» [81, с. 681]. Символізм, метафоризм такого розуміння серця у «філософії серця» певним чином знімається, на наш погляд, сучасними положеннями психосоматики про єдність психіки і тіла, дослідженнями емоційного інтелекту тощо.

Первісні ідеї «філософії серця» склалися у західній гілці християнства ще у V столітті й були відображені у богословських текстах так званого «Корпусу ареопагітики», звідки, після його опублікування у 1371 році, потрапили у давньоруську філософію Княжої доби. Так, київський митрополит Іларіон відмічав, згадуючи князя Володимира, що після хрещення ним Русі «в серці князя засяяв розум». Пізніше, розмірковування середньовічних руських філософів-полемістів XVI–XVII століть Вишенського, Ставровецького, базувалися на ідеї східних «отців церкви» про «внутрішню» (духовну) людину — всупереч ідеям західних «отців церкви» щодо «зовнішньої» (формальної) людини [81, с. 681–682]. Дана традиція була продовжена пізніше Сковородою, Кулішем, Гоголем, Шевченком і значною мірою Юркевичем.

Так, Г. С. Сковорода (1722–1794) стверджував у кінці XVIII століття, що «глибоке серце людини є, а що ж є серце, коли не душа» [68; 81, с. 682]. Слушний аналіз поглядів Г. С. Сковороди в цьому питанні провів український філософ і педагог Г. П. Васянович, коли

підкреслив переконання українського мислителя в тому, що «пізнання можливе лише через людину, головним інструментом пізнання є серце. Людина повинна знайти в серці останній критерій, основу пізнання життя. У діалозі «Наркіс. Розмова про те: пізнай себе», Сковорода називав людське серце «головою усього в людині», «коренем життя і обителлю вогню і любові». «...Істинною людиною є серце в людині, а глибоке серце, одному лише Богові пізнаване, є ніщо інше як необмежена безодня наших думок, просто сказати: душа — це справжнє єство, і суцтя справжність, і сама есенція (як кажуть), і зерно наше, і сила, в якій тільки і є життя та існування наше, а без неї ми є мертва тінь...» [цит. по 11, с. 85].

Г. С. Сковорода вважав «корінням щастя людини не в палацах, ґрунтах, грошах, а у спокої серця. Спокій серця, злагода, мир можливі лише тоді, коли людина звільняється від «ескадронів чортів» і єднається з Богом.

До самих небес зійди,
Глянь на райські сади,
Завітай в палац Версальський,
Примірай корону царську, Якщо серце в журбі —
Навіщо все тобі» [цит. по 11, с. 86–87].

Разом з тим, за Сковородою, «спокій, мир серця можна досягнути лише на шляху самоприниження. Погорда — зло. Добро — страждання, наслідування Христу. «Зовнішня людина має вмерти. Це вмирання зовнішньої людини є «очищення душі»... «Зменшися серцем», «зменшися діянням» — це одне й те ж...». «Втікай від слави, обіймай самотність, люби бідність, цінуй ціломудрість, дружи з терплячістю, оселися з сумірністю: плоди «чистого серця» — совість, доброзичливість, незлобивість, прихильність, сумирність, нелицемірство, благонадійність, безпеку, задоволення..., спорідненість праці» тощо [цит по 11, с. 86–89]. Все це визначає необхідність пізнання людиною самої себе, своєї «внутрішньої людини». Важливим разом з цим є уявлення Г. С. Сковороди про дві натури та три світи. Тобто про видиму і невидиму, зовнішню і внутрішню натури, тварь і Бога. Три ж світи — це великий, макрокосмічний, малий, мікркосмічний та символічний — Біблія. Між цими світами існує певний паралелізм [11, с. 86].

У Західній Європі ідеї «філософії серця» розвивалися під впливом латинського перекладу, здійсненого ще у IX столітті, вже згаду-

ваного «Корпусу ареопагітики». Це відбувалося у процесі дискусійного обговорення проблеми впродовж декількох століть представниками так званого кордоцентризму, такими як Екгарт, Сузо, Таулер, Беме, набуваючи зрілої форми у протиставленні схоластичному раціоналізму Суареса та «казуїстиці» Ескобара-і-Мендози, Навіть Паскаль, «визначаючи важливу роль розуму в пізнанні, наголошує на незаперечному пріоритеті серця, — «логіки серця» перед «логікою голови» (розуму)». Він стверджував, що «ми пізнаємо істину не одним розумом, але й серцем»; «саме серцем ми осягаємо перші начала, на які потім спирається розум» [81, с. 682].

Як вказує І. Бичко, в Німеччині у XVIII–XIX століттях кордоцентричну лінію продовжують представники так званої гердерівської групи та романтизму, які спираються на ідеї голландського філософа Гемстергейса, котрий наголошував, що світ є не тільки фізичним, але і рівною мірою моральним. Цей моральний аспект світу, закритий для розуму, відкривається за допомогою особливого «морального органу», яким представником німецького романтизму Новалісом визнається серце [там само].

У другій половині XIX століття український послідовник кордоцентризму П. Д. Юркевич (1826–1874) у своїй красномовно названій праці «Серце і його значення в духовному житті людини, згідно вчення слова Божого», здійснив певний синтез «серцевої філософії» в її західному та східному варіантах. Як стверджує Г. П. Васянович, «на думку П. Юркевича, центром будь-якого життя є серце. Воно постає глибинною основою людської правди і морально-духовним джерелом діяльності душі. У переживаннях, відчуттях, реакціях, що складають життя людини і її серця, відбивається індивідуальна особистість, де розум — лише вершина, а не корінь духовного життя людини. В серці зароджується рішучість людини до тих чи інших вчинків, у ньому виникає багатоманітність намірів і бажань. Серце постає носієм тілесних сил людини, пізнавальних дій душі, центром багатоманітних душевних чуттів, турбот, пристрастей, морального життя загалом. Навіть знання виникають у результаті діяльності душі, завжди пов'язані з цілісним настроєм, духовно-моральним прагненням. Тільки проникнувши в серце, знання може бути засвоєне. Світ існує і відкривається передусім для глибини серця і звідси вже йде до мислення. Щодо завдань, які розв'язує мислення, то вони приходять у світ своєю істинною основою не із зовнішніх впливів, а з вільного серця» [цит. по 11, с. 90].

Отже, Г. П. Васянович засвідчує: «П. Юркевич наголошує, що серце — це хранитель (скарбник) і носій тілесних сил людини, центр душевного і духовного життя людини, центр пізнавальних дій душі, центр морального життя людини, стрижень, на якому викарбований моральний закон.

Серце — це не одне мислення, до якого зводиться сутність душі й духовний світ людини, а сукупність мислення, досконалого мислення, душевних поривів і духовного життя; не абстрактна душа абстрактної людини, а конкретне індивідуальне «Я» у його неповторності» [цит. по 11, с. 91]. В цьому місці характеристика серця П. Д. Юркевичем може бути узгоджена зі сформованим пізніше, у наступному XX столітті, системним підходом, на основі якого роль серця може бути пояснена як така, що виступає синергетичним чинником психологічної діяльності особистості. Адже у випадках серцевої недостатності страждають саме силові параметри роботи душі і якісні показники породжуваної нею духовної роботи. Саме на це вказує Г. П. Васянович, коли стверджує, що, за П. Д. Юркевичем, «діяльність людського духа йде глибше за людський розум — у глибину людського єства, недоступну людському логічному мисленню, бо ширша і глибша від логічних понять:

– думки, слова, поняття — не просто мисленнєві образи зовнішніх предметів і явищ, а їхні логічні образи, зафарбовані почуттями душі (сердечним настроєм). Тому серце — джерело індивідуальності людини, її світосприйняття як конкретної духовної істоти. Звідси душа — це джерело і вияв духовності людини;

– процес пізнання розпочинається прагненням серця пізнати світ, здійснюється мисленнєвим осягненням світу, завершується повелінням серця про застосування нових знань;

– істина стає визнаним благом і духовним скарбом, якщо відповідає вимогам серця і задовольняє його потреби» [там саме].

Отже, суть філософії серця П. Д. Юркевича «полягає в тому, що серце здатне виражати, знаходити і розуміти такі внутрішні (душевні) стани людини, які за високим рівнем своєї духовності недоступні логічному знанню; абстрактне знання стає внутрішнім (душевеним, духовним) станом людини не завдяки розуму, а внаслідок проникнення в серце, стає рушієм духовного життя людини» [11, с. 91]. В контексті розгорнутих у наступному столітті системних досліджень анатомії та фізіології серця, функціонування складної нервової регуляції серцевої діяльності, взаємозв'язків між різними відділами

центральної та периферійної нервової системи та із психофізіологічним, психосоматичним, психогенетичним і власне психологічним контурами синергетичної регуляції організму людини, погляди П. Д. Юркевича здаються вже не настільки символічними і метафоричними, як це видається при знайомстві з ранніми уявленнями «філософії серця».

Останнє підтверджується також й тією обставиною, що положення філософії серця в її західноєвропейському варіанті — кордоцентризмі — стають джерелом виникнення і бурхливого розвитку екзистенційної філософії — у дослідженнях Шеллінга і К'єркегора, а в Київській екзистенційній школі — Бердяєва і Шестова [81, с. 682]. Вони виступають у XX столітті основою виникнення різних галузей екзистенційної психології і не тільки.

Краще розуміння ідей «філософії серця» і кордоцентризму, вирізнення в них зернят істини від метафор і символів уяви складалося в анатомії та фізіології серця.

Сучасна дослідниця творчості П. О. Куліша (1819–1897) Л. В. Войтків простежує погляди і життєвий шлях відомого українського письменника XIX століття [15]. Вона стверджує, що П. О. Куліш мав певний філософський «фундамент», на якому трималася вся його «світоглядна конструкція». Цим «твердим фундаментом» його світогляду, або, кажучи точніше, усіх його світоглядів, є його «філософія серця». У центрі цієї філософії стоїть ідея «внутрішньої людини», з якою П. Куліш познайомився ще в юнацтві і яка мала у нього емоційне забарвлення. «Внутрішню людину» письменник розумів передусім як «людину почуття» або як чуттєву сторону людської істоти, як «серце». Зasadничим принципом його світобачення був принцип подвійності людської натури. «Серце», яке нерозривно пов'язане з «внутрішньою» людиною й «зовнішнє» в ній — завше в конфлікті, у боротьбі між собою. Це боротьба «поверхні» і «глибини душевної». І в художніх творах [29], і в листах, і в наукових працях П. Куліш спирається на факт цього протиріччя. Письменник прагне розділити і виявити «внутрішнє» і «зовнішнє» не лише в людині, а й у світі, суспільстві, в історії. Усі антитези, що їх використовує Куліш (серце-голова, хутір-місто, жінка-чоловік, українська мова-чужа мова, майбутнє-минуле та інші) ґрунтуються на цьому основному принципі поділу, а символ серця є найулюбленишим у його творчості [15].

З викладеними вище поглядами солідарний сучасний дослідник серця А. С. Позов, який наголошує, що «у статичній множинності

людини повинен бути початок, який об'єднує та спрямовує, повинен бути центральний орган, орган єдності та інтеграції, що здійснює зв'язок частин, гармонію і ієрархію, корекцію органів і апаратів; повинен бути орган триєдності, духовно-душевно-тілесної єдності. За вченням давньоцерковної антропології, таким органом у людській істоті є серце» [53, с. 165].

Абсолют у якості принципу цілісності форм життя може бути співвіднесеним із серцем людини як «органом богопізнання». На Сході вважається, що серцева чакра виконує роль інтегратора різноманітних психічних сил людини. В християнській аскетичній антропології думка про серце як орган богопізнання знаходить своє відображення саме у принципі кордоцентризму [там само].

Треба сказати й про те, що деякі дослідники вважають серце резонатором голографічного типу [37].

Отже, філософські та літературні традиції тлумачення «філософської проблеми серця», що притаманні багатьом поколінням видатних мислителів минулого людства, в тому числі і вітчизняних — Г. С. Сковороди, П. Д. Юркевича, П. О. Куліша — свідчать про актуальність подальшої наукової розробки цієї проблеми, розкриття ролі серця як джерела, вітальної сили індивідуальності, чинника пізнання і моральності людини тощо. Варто зазначити, що ряд наукових дисциплін сьогодення тією чи іншою мірою причетні до цього. Маються на увазі відповідні дослідження у сучасній філософії, психології, педагогіці, анатомії, фізіології, біології, генетиці, кардіології. Ми припускаємо, що з самою ідеєю «внутрішньої людини» значною мірою корелюють останні біологічні уявлення про геном людини, адже його можна вважати її «мікрокосмічним проєктом». Макроскопічним і малим символічним (Біблія) проєктом людини є, вірогідно, духовність і мова як носій спадкової інформації, що забезпечує спадкоємність та інтеграцію поколінь людства.

Ми можемо нагадати, що у психології існують методологічні підходи, які певним чином відображають ідеї філософії серця. Таким, опускаючи цілий ряд проміжних теоретичних опосередкувань, можна вважати суб'єктно-діяльнісний підхід С. Л. Рубінштейна з центральними для нього категоріями автономності, авторства, рефлексії, проєктності, творчої самодіяльності тощо. В анатомії та фізіології вже достатньо загальноприйнятими є уявлення про серце як ключовий трансінергетичний, інформаційний, очищувальний (див. далі про вени та артерії) і тим самим — імунологічний, захисний

центр, осереддя кровоносно-судинної системи організму. Можна назвати й інші функції, які виконує серце у взаємодії з різними органами людського тіла, передусім мозком. В контексті сучасних системних досліджень серце займає важливе ієрархічне місце у великій системі «Життя — живий організм — серце — мозок — психіка — особистість — суспільство», що неперервно постає предметом філософської рефлексії.

Важливий крок в екзистенційному тлумаченні проблеми серця зроблений впродовж багатьох століть у мистецтві, зокрема, у таких жанрах літератури, як поезія і проза, у музиці.

3. СЕРЦЕ ЯК КУЛЬТУРНИЙ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН У МИСТЕЦТВІ, ЛІТЕРАТУРІ, ПОЕЗІЇ, ПРОЗІ, МУЗИЦІ, ЯК СИМВОЛ ЛЮБОВІ, ДРУЖБИ, ЗДОРОВ'Я

Мистецтво робить значний внесок у розуміння ролі серця в житті людини. Мова йде, передусім, про такі його сфери, як поезія, проза, музика. Так, поезія своєрідно опрацьовує серцеву тематику, що підтверджується численними прикладами звернення до неї поетів минулого та сучасності. Разом з цим потрібно краще розуміти сутність поезії як літературного жанру. Поезія характеризується у літературознавстві як особливий вид художньо-образної словесної творчості, в якій мова використовується з естетичною або знаково-символічною метою. У поетичному тексті головна роль зазвичай відводиться формі висловлювання, творенню нових поетичних образів [101]. Саме цим визначається створюваний в цьому жанрі образ серця.

Поезія серця утворює своєрідну «другу реальність», пов'язуючи серце з довколишнім світом багатьма естетичними асоціаціями, зображуючи його через спеціальні форми, такі як наративна поезія, епічна поезія, драматична поезія, сатирична поезія, лірична поезія, спекулятивна поезія, українська поезія, ліро-епічна поезія, фонетична поезія, відеопоезія, поетика, поезія прозою тощо [100].

Знайомство з поезією свідчить про те, що більшість поетів звертаються у своїй творчості до серцевої тематики, метафорично пов'язуючи серце з різними почуттями, думками, образами, ситуаціями буття. Їх вірші акцентують виняткове значення серця в житті людини, є виразом її любові до коханої людини, матері, Батьківщини, природи, Всесвіту, Бога. Засвідчимося в цьому на прикладі віршів про серце ряду українських поетів. Так, відомий вірш Тараса Шевченка зі звертанням до образу серця:

Село! І серце одпочине:
Село на нашій Україні —
Неначе писанка, село.
Зеленим гаєм поросло.
Цвітуть сади, біліють хати,
А на горі стоять палати,
Неначе диво. А кругом

Широколистії тополі,
А там і ліс, і ліс, і поле,
І сині гори за Дніпром.
Сам Бог витає над селом.

Серце займає важливе місце у творчості сучасних українських поетів [9; 34; 39; 100; 101]. Можна без перебільшення стверджувати, що завдяки їхнім зусиллям формується справжня поезія серця, в якій воно набуває, зокрема, роль універсального виразника певних філософських, моральних, психологічних смислів. Наведемо лише деякі приклади.

Серце

Серце — несхибний орган чуття,
Правильних рішень всіх прийняття,
Сповнений вічного змісту —
В разі, коли воно чисте.

Рух Петро
05.05.2018, Київ

Красиве серце

Красиве серце — промінь серед зим,
Воно уміє істинно любити,
В ньому Господь будує власний дім,
Щоб назавжди в тім домі поселитись...
Красиве серце — світить як свіча,
І серед ночі ти його впізнаєш,
Воно ніколи не здійме меча
У відповідь тому, хто ображає...
Красиве серце — ніжне і тривке,
Без заздрості, без ненависті й злоби,
Воно ласкаве, тихе і живе,
Без лишнього лукавства і оздоб...
Красиве серце — обіймає світ,
Звучить в мінорі досконалих терцій,
Лишаючи позаду себе цвіт...
Таке воно оте красиве серце...

Британ Галина Ярославівна
21.12.2020

Від серця до душі

На кожному серці є шрами.
Немов, пережиток світів.
Якісь ще болять до нестями,
Від інших не видно й слідів.

На кожному серці є шрами.
Як згадка про те, що було.
Одні ще затягують рани;
Від інших наскрізь просякло.

На кожному серці є шрами!
Що міцно у нього вросли.
І все, що трапляється з нами,
На ньому лишає сліди...

Viktoria Sakalosh ©

24 листопада 2023 р.

Для деяких поетів тема серця є провідною, вирішальною в їх творчості. Так, відома українська поетеса з Волині Любов Мілевич назвала свою збірку поезій «Серце не мовчить» [39]. В цій збірці 11 віршів, з 396 включених в її зміст, присвячені безпосередньо серцю. Ось їх назви, в яких міститься справжня поетична, естетична філософія серця: «Гармонія сердець», «Серцем — до височин!», «Закохані серця», «Серце не мовчить», «А серце твердить!..», «Серце кохання лікує», «Залишила серце», «Серцю не прикажеш», «Мелодія серця», «Красиве серце», «Серце — проти війни!». Наведемо лише декілька віршів поетеси:

Закохані серця

Закохані серця в романтику майнули,
Відкинувши печалі в небуття.
Закохані серця повірили в одну лиш
Прекрасну мить, що кличе до звитяг.
Закохані серця у далеч бірюзову
Заглибилися поглядами віч.
Краса-яса буяє в їхнім полі зору —
Без жодних перепон і протиріч.
Закохані серця — в небес яскравих шатах.
Не спинить їх ні дощ, ні град, ні сніг...

Закохані серця торкнулись дива-свята.
Для них відкриті тисячі доріг.
У єдності, гармонії і розумінні
Вони готові обійняти світ,
Аби їх почуття повік були нетлінні,
Життя продовжуючи родовід.

Серце не мовчить

Ні, серце не мовчить... Ніколи і ніде...
Воно палає, тужить і радіє,
Кохає, вірить, сподівається і жде!
І навіть повстає із безнадії.
Хто знає, скільки в ньому ран, рубців,
Незалікованих і свіжих тріщин?!
Його з грудей виймали, брали на приціл,
Хто бив його, топтав... А хтось перішив
Безжалісно, пронизував, щоб зупинить...
Ніхто не бачив, як воно конало!..
І знову воскресало, плачучи навзрид.
І знову мужньо в бій ішло зі шквалом.
І перемогу здобувало на війні!
Ведучи з Богом щирі діалоги,
Воно питало у блакитній вишині —
І з піснею не збилося з дороги!
Ні, серце не мовчить!.. Ніколи і ніде!..
Невтомне, мудре і оптимістичне...
Все стерпить, на путі духовній не впаде
Лиш творче серце і патріотичне!

А серце твердить!

Вдяглась у срібні візерунки
Нічна глибока тиха вись.
Іди!.. — диктує голос думки,
А серце твердить: — Залишись!..
Спливло вчорашнє наболіле.
В любові ніжаться тіла.
Іди!.. — вуста прошепотіли.
Дрімота землю облягла.

А ми ще тішились охочі.
Душі торкається душа.
Іди!.. — очам говорять очі.
А серце твердить: — Залишайсь!

Спливло вчорашнє наболіле.
В любові ніжаться тіла.
— Іди!.. — уста прошепотіли.
Дрімота землю облягла.

А ми ще тішились охочі.
Душі торкається душа.
— Іди!.. — очам говорять очі.
— А серце твердить: — Залишайсь!

Серце кохання лікує

Б'єшся з недугою серця,
Журишся вдень і вночі...
Друже, ти марно гризешся, —
Губиш від щастя ключі.
В серденька, як у люстерця,
Очі завбачливі є.
Їм цілий Всесвіт простерся.
В них є причастя своє.
Серце кохання лікує,
З муки виймає, з біди,
Навіть рятує від кулі
І дістає з-під води.
Справжнє кохання — то світоч,
Що непогасно горить,
В ньому — немеркнуче літо, —
То неминучості мить.
Чом же ти у самотині,
З болем віч-на-віч?.. Лети —
Серце відкрий тій людині,
В котру закоханий ти.
Серце кохання лікує.

Поезія серця тісно пов'язана з музикою, в якій ще емоційніше опрацьовується серцева тематика. Поети часто виступають авторами тексту пісень і навіть композиторами, як це притаманне жанру авторській пісні. Так, поетеса Любов Мілевич є автором багатьох пісень, тексти і ноти 32-х з яких надруковані у вищезгаданому збірнику її поезій [39].

Існує безліч музичних творів — народних пісень, оперних арій, симфонічних творів, сучасних естрадних пісень тощо, в яких тим чи іншим чином представлене серце. Так, у відомій українській пісні на слова М. Старицького «Ніч яка місячна» палке серденько єднає коханих після трудового дня своєю небесною божественною силою:

Ніч яка місячна, зоряна, ясная!
Видно, хоч голки збирай.
Вийди, кохана, працю зморена,
Хоч на хвилиночку в гай.

Сядемо вкупочці ми під калиною —
І над панами я пан!
Глянь, моя рибонько, — срібною хвилею
Стелиться в полі туман.

Ти не лякайся, що ніженьки босії
Вмочиш в холодну росу:
Я ж тебе, вірною, аж до хатиноньки
Сам на руках однесу.

Ти не лякайся, що змерзнеш, лебідонько,
Тихо — ні вітру, ні хмар...
Я пригорну тебе до свого серденька,
А воно палке, мов жар.

У закордонному музичному мистецтві тематика серця також займає своє гідне місце. Так, 1999 року у Великій Британії була написана Уесом Крейвеном музична драма «Музика серця».

Спеціалісти стверджують, що деякі музичні твори, приміром, Моцарта, Бетховена, Шуберта, відомі своїм цілющим впливом на серце. Спеціалісти вбачають причину такого впливу у своєрідному резонансі між пульсом серця і благотворною ритмікою деяких музичних творів. Останні начебто ведуть за собою серце, налаштовують його на кращу пульсацію. І, навпаки, серцебиття вимагає відповідної

музичної ритміки, що не завжди вдається сучасним композиторам і музикантам. Це питання обговорюється зарубіжними кардіологами, математиками і психологами. Наслідком цих обговорень постає так звана музична терапія серця.

Широко представлене серце і в літературній прозі. Можна навести назви численних романів, повістей, окремих розповідей про серце у вітчизняній та світовій літературі. Назвемо лише деякі з них.

Так, до числа «серцевих» прозаїчних творів відноситься робота відомого українського новеліста Григорія Косинки «Серце» (1931 р.), що визнана його найбільшим здобутком у літературі [28]. У цьому творі автор, прагнучи актуалізувати загальнолюдські цінності — добро, мораль, справедливість — показує радощі, болі та прагнення української людини саме через зображення її великого серця.

У зарубіжній літературі тематиці серця присвячено багато творів. Назвемо серед них передусім роман «Від серця до серця» американської письменниці Мартін Кіммері [103], яка за фахом є кардіохірургом. Тому не дивно, що для сюжету свого твору вона обрала добре знайоме їй медичне середовище.

У романі художньо точно і виразно показано, що серце людини прирешено б'ється з різноманітних причин. Деякі з них прекрасні й оптимістичні. Інші ж оманливі й безглузді. У романі досліджується психологія дружби, зради та жертвності. «Від серця до серця» — це відвертий і прямолінійний роман про стосунки, про мотиви, які штовхають людей на підлість щодо найближчих. Про тягар таємниці, яка може лежати на плечах десятиліттями. Про спробу домовитися із власною совістю та егоїзм, про викриття та покаяння. Це оповідь про те, як серце вчить уміти прощати та відпускати, не давши образу розщепити себе зсередини та поглинути свою особистість.

Інша американська письменниця Селесте Інґ у своєму романі «Наші втрачені серця» показує, як у складних умовах після економічної кризи у США до влади приходить авторитарний уряд і запроваджує реакційний Пакт, задля «збереження американської культури» [102]. Насправді ж цей закон дозволяє забирати дітей у батьків-дисидентів і асимілювати їх у «правильному» середовищі. Хлопчик Птах теж опиняється під загрозою через свою зовнішність. Зростаючи під надмірною опікою батька, він нестримно хоче дізнатися, що сталося з його матір'ю-поетесою. Чому вона зникла? Чому її вірші вилучили з бібліотек? Тож коли він отримує таємничий лист із малюнком — вирушає на її пошуки.

Роман Селесте Інґ — про «безсерцевий» світ, який шукає винних, а коли не знаходить, то признає їх. Він про відчайдушне бажання батьків захистити своїх дітей. Про кричущу несправедливість, із якою намагаються боротися митці. Про втрачені серця, які об'єднують усіх незгодних.

В українській літературі другої половини ХХ століття особливе місце займає повість всесвітньо відомого кардіохірурга М. М. Амосова «Думки і серце» [1]. В цій книзі М. М. Амосов описав драматичні події із власного професійного життя. В ній учений і письменник наводить свої спогади і судження про обов'язок лікаря перед кожною людиною, говорить про ставлення до хворих, про відповідальність за прийняті рішення, від яких залежить життя пацієнтів. Це не стільки художній твір, скільки пропущені через власне серце автобіографічні щоденникові нотатки автора про свої перемоги і невдачі, почуття і сумніви, переживання і розмірковування як лікаря, як небайдужої людини, як дослідника і винахідника спеціальної кардіологічної апаратури, що шукає відповіді на найскладніші питання життя і смерті. Критики вважають цю повість М. М. Амосова надзвичайно глибокою і чесною, адже вона вчить, як краще побачити, точніше зрозуміти і глибше мислити, пропускаючи думку через власне серце, через певний резонанс між серцем лікаря і серцем пацієнта. Автор змушує задуматися над таємницями життя, і що важливіше за все — як жити в цьому непростому світі, спираючись на мудрість серця. У творах М. М. Амосова показана, на наш погляд, і евристична сутність серця. Він певним чином долає прірву між метафоричною «мудрістю серця» та науковими даними про важливу роль серця у здійсненні інтелектуальних процесів людини — через виконання функції енергетичного еталона раціонально організованої життєдіяльності людини, приміром, завдяки взаємодії між серцевою та центральною нервовою системами, зокрема через симпатичні та парасимпатичні нервові зв'язки тощо.

У додаток до вказаного, варто зазначити, що образ серця займає гідне місце у творах українських педагогів, зокрема В. О. Сухомлинського. Так, згадаймо його «Педагогіку серця» і «Кам'яне серце» [72; 73].

Отже, наш короткий огляд праць мислителів, релігійних діячів, творців фольклору, поезії, прози свідчить про характерні, спільні та відмінні риси їх ставлення до серця. Усі форми культури людства рефлексивно відображають важливу роль серця у фізичному та духовному

житті людини. Вони, як правило, вважають серце віртуальним суб'єктом життя, внутрішнім представником душі людини. Серце бере на себе певні функції людини через його величезну роль у життєдіяльності — як певного енергетичного, інформаційного, психологічного фактору. Серце разом з цим антропологізується, визнається таким собі гомункулюсом, малою людиною всередині великої.

Всесвітнє визнання серця символом любові, дружби та здоров'я знайшло своє відображення у запровадженні міжнародного дня Валентина. У цей день, 14 лютого кожного року, усі закохані обмінюються відомими знаками кохання — валентинками. Автор роботи не міг обійти своєю увагою це світове явище, оскільки саме в цей день, маючи відповідне ім'я, отримує вітання від багатьох своїх друзів і родичів. Тому із задоволенням наводимо, як приклад, малюнки лише декількох валентинок, обраних серед численних їх варіантів, представлених, зокрема, в інтернеті [104].



Рис. 1. Варіанти валентинок як символів любові, дружби та здоров'я

Серце символізує не тільки любов, дружбу, здоров'я, але і єдність, хоробрість, життєву силу, джерело життя, а також біль і страждання. У сучасному історичному контексті, притулення долоні до серця є жестом вдячності військовим за їхню боротьбу за свободу і незалежність України. Ряд українських учених докладно розкриває символічну, навіть семіотичну, функцію серця у житті людини. Так І. Зінченко та Т. Зінченко науково доводять життєвий символізм серця у біблійному та художньому текстах [24], а І. І. Дмитрів — у творчості поета Богдана Ігора Антонюка [22].

Історично серце стає всесвітнім культурним феноменом, унікальним символом, наративом суспільної та індивідуальної свідомості, що як унікальний цивілізаційний знак має широкий обіг у людському спілкуванні, рекламі, бізнесі, політиці тощо. Воно здавна утверди-

лося у Біблії, фольклорі, літературі, поезії, науці як двигун життя, регулятор життєдіяльності, як універсальний символ, як складна семіотична система організації життя в усіх її проявах. Вже на даному етапі написання книги автор може виділити такі серцеві функції, як, з одного боку, транспортно-енергетична, речовинно-постачально-вивідна, а з іншого — як психологічна, символійно-семіотична, евристична, рефлексивна тощо.

У згаданих сферах культури серце розглядається також і у своєму медичному плані — воно болить, щемить, лікує і лікується тощо. Причинами хвороб серця визнаються негативні риси характеру, моралі і небезпечні ситуації життя, такі як ворожість, ненависть, заздрість, зневір'я, конфлікти, помилки, зрада, відсутність совісті, мети життя тощо. Релігія, фольклор, мистецтво разом з тим пропонують свої засоби зцілення хворого серця — заповіді, добрі поради, виправдані життям рекомендації тощо. Народ навчився піклуватися про здоров'я серця, але разом з цим покладається також і на наукову медицину, на таку її галузь, як кардіологія.

Тому, повторимо це, правомірно і в цьому плані говорити про метапсихологію серця і вивчати серцево-судинну систему в їх різнобічних аспектах. Нас цікавить серце як предмет наукового природничо-гуманітарного дослідження, передусім — психологічного пізнання. Тому доречно базуватися одночасно на характеристики серця в кардіології як науки про серце і серцево-судинну систему організму в нормі і патології.

На відміну від релігії і мистецтва, де серце характеризується переважно як віртуальний суб'єкт життя, наука ставиться до нього більше як до складного біологічного, фізіологічного об'єкту пізнання, вивчаючи його об'єктивні структурно-функціональні властивості. Тому так важливо розглянути більш докладно головну медичну науку про серце — кардіологію.

В Україні над медичними проблемами серця працюють всесвітньо відомі кардіологічні установи в системі Міністерства охорони здоров'я та Національної академії медичних наук, про які ми скажімо далі, після того, як стисло охарактеризуємо основні ідеї науки про серце — кардіології.

4. КАРДІОЛОГІЯ — НАУКА ПРО СЕРЦЕ І СЕРЦЕВО-СУДИННУ СИСТЕМУ: ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ОСНОВНИХ ПОНЯТЬ, СУЧАСНИЙ СТАН, КАРДІОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА, КАРДІОЕТИКА — У СТИСЛОМУ ВИКЛАДІ ДЛЯ ПСИХОЛОГІВ І ПАЦІЄНТІВ

Кардіологія (від дав.-гр. καρδίᾱ + λόγος = *серце + слово, наука*) — це клінічний розділ медицини, що вивчає серцево-судинну систему людини (будову, розвиток, фізіологію серця та судин, її патологічні стани) і зосереджена на діагностиці, лікуванні та профілактиці захворювань і розладів серця та системи кровообігу [12; 13; 40]. Кардіологія охоплює широкий спектр патологічних станів, від ішемічної хвороби серця і серцевої недостатності до аритмій та захворювань клапанів серця тощо. Кардіологи проводять як інвазивні (пов'язані з проникненням у самий орган), так і неінвазивні варіанти діагностики та лікування для покращення серцево-судинного здоров'я пацієнтів.

Щоб краще зрозуміти сутність будови і роботи серця, треба звернутися до історичних даних щодо становлення кардіології, які наведені в існуючих джерелах — спеціальній літературі та вікіпедії, що ми і робимо в цьому розділі [12; 13; 40; 105; 106].

Виняткова роль серця і кровоносної системи для життя тварин і людини була помічена людством ще в далекі часи. Про це знали, приміром, стародавні мисливці та воїни, коли наочно спостерігали взаємозв'язок між кровотоком та смертю при важкому пораненні та вбивстві живих істот. Тому вже стародавні цілителі вважали серце джерелом життя та оселею душі.

Кардіологія, як наука про серце та серцево-судинну систему людини, бере свій початок у перших спробах пізнання цієї унікальної і таємничої сфери людського організму. Її започаткували найбільш допитливі представники людства, передусім лікарі і філософи, намагаючись пояснити сутність роботи серця ще майже чотири тисячоліття тому назад. Першими в цій справі стали стародавні єгипетські та грецькі лікарі. У давньоєгипетському папірусі Еберса стародавні лікарі ще у XVII столітті до н. е. показали значення роботи серця для організму. Вони писали: «Начало таємниць лікаря — знання ходу серця, від якого йдуть судини до усіх членів, оскільки всякий лікар, усякий жрець богині **Сохмет**, усякий заклинатель, тор-

каючись голови, потилиці, рук, долоні, ніг, усюди торкається серця: від нього спрямовані судини до кожного члена...» [105].

Античні дослідники, такі як «батько медицини» **Гіппократ**, мешканець грецького острова Кос, і найвизначніший із грецьких мислителів, **Арістотель**, що жили майже 2500 років тому, цікавилися питаннями кровообігу, вивчали серце і судини і висловлювали різні припущення. Проте античні уявлення були недосконалі, а в багатьох випадках і помилкові. Приміром, вони уявляли венозні й артеріальні кровоносні судини як дві самостійні системи, не сполучені між собою. Вважалося, що кров рухається тільки венами, а в артеріях натомість, перебуває повітря. Це обґрунтовувалося тим, що під час розтину трупів людей і тварин у венах кров була, а артерії були порожні, без крові. Гіппократ у V ст. до н. е. вперше серед стародавніх лікарів описав будову серця як м'язового органу зі шлуночками та великими судинами.

Розтини на забитих тваринах, виконані послідовниками Гіппократа, зокрема **Косом**, у V столітті до н. е., підтверджували, що артерії виявлялися завжди порожніми, тому і робився висновок, що вони переносять повітря, тоді як печінка і селезінка повні крові, отже, ці два органи вважалися важливими складовими руху крові. **Герофіл**, давньогрецький анатом і хірург, лікар Олександрії, описав на початку IV століття до н. е. першу пальпацію пульсу. Спеціалісти вважають саме Герофіла засновником наукової кардіології, оскільки він вперше узагальнив дані спостережень, своїх та інших лікарів, за биттям серця. Досліджуючи пульс, він визначав його частоту, вказував на діагностичне значення цього параметру й зафіксував ці дані у своїх роботах.

Перший опис венозних клапанів належить **Ерасистрату** (320–250 р. до н. е.).

Первісні узагальнені погляди античних лікарів на серце були частково скореговані та узагальнені у працях римського дослідника і лікаря **Клавдія Галена** (131 р.н.е — 201 р.н.е). Він дослідно довів, що кров рухається завдяки серцю і артеріями, і венами. Він дав точний опис мережі вен та артерій завдяки розтину свиней, але неправильно тлумачив роль органів. За його словами, кров створюється в печінці з їжі, вона обертається венами і йде, з одного боку, в легені, щоби змішатися з повітрям, а, з іншого боку, переходить з правого шлуночка до лівого крізь пористу стінку, де вона притягує тепло, яке перерозподіляє в тілі. В кінцівках тіла кров споживається і виходить у вигляді потовиділення.

Результатами досліджень Галена європейські та близькосхідні медики користувалися протягом багатьох століть. Але в його уявленнях про серцеву діяльність було багато неточностей і навіть помилок. Так, він вважав центром кровоносної системи не серце, а печінку, в якій створюється кров, що розноситься по тілу, живить його і цілковито ним поглинається, не повертаючись назад. У печінці же утворюється наступна партія крові для поглинання тілом. Вважаючи призначенням лівого шлуночка серця притягування з легенів пнеvmи разом з повітрям, Гален розглядав розтяження — діастолу, як активний рух серця, систолу ж — як пасивне спадання серця, тобто розумів ці процеси хибно. Тому не дивно, що він не зміг пояснити процеси, які відбуваються в організмі і приписував їх нематеріальним силам.

Помітний внесок у розвиток уявлень про анатомію та фізіологію серцево-судинної системи був зроблений в епоху Відродження у XVI ст. **Леонардо да Вінчі**. Проведені ним препарування трупів дозволили створити численні анатомічні ілюстрації будови серця, на яких була відображена, серед іншого, структура його клапанів.

1543 року **Андреас Везалій** оприлюднив власну роботу «Про будову людського тіла», в якій фізіологічна теорія Галена була доопрацьована, згідно його спостережень. Везалій ретельно описав артерії та вени, розгалуження артерій, шляхи обхідного кровообігу. Для нього вени є судинами, по яким кров йде від печінки до периферії, а артерії несуть кров, насичену життєвим духом, від серця до периферії. Але чим закінчуються тонкі судинні трубки, він не зміг пояснити. Везалій вважав серце звичайним внутрішнім органом, а не центром судинної системи. Для нього була очевидна варіабельність вен. Він надавав венам значення вище, ніж артеріям, але в описі топографії артерій і вен зробив неточності, приміром, помилково допускав утворення сполучення артерій головного мозку з синусами твердої оболонки. Проте праці Везалія стали необхідним етапом створення повноцінної теорії розподілу судин в тілі людини.

Амат Лузітан (1511–1568), португальський лікар-маран з Каштелу-Бранку, рятуючись від інквізиції в Італії, розтлумачив кровообіг у власній семитомній роботі *Curationum Medicinalium Centuria Septem* 1551 року (1-е видання), в якій вперше зазначив, що у венах є клапани, які змушують кров повертатися до серця. Це відкриття змінило те, що було прийнято з часів Галена, який казав, що кров залишала серце артеріями та венами і туди не поверталася.

Іспанець **Мігель Сервет** змалював легеневий кровообіг спочатку у 1546 році, а оприлюднив у 1553 році. Ця подія залишалася непоміченою, оскільки праця містилася у трактаті з теології, котрий вважався єретичним і тому був знищений. Відомі лише три примірники, які зберігаються відповідно в Единбурзі, Парижі та Відні.

Італієць **Реальдо Коломбо** — один з тих, хто досконало окреслив легеневий кровообіг. **Андреа Чезальпіно** (1519–1603) першим застосував термін «циркуляція» (обіг) крові і приписував його роль серцю, тоді як до цього часу вважалося, що рух крові залежить лише від пульсації артерій.

Італійський хірург **Гаспаре Азеллі** (1581–1626) описав зв'язок кровоносних судин з лімфатичною системою.

Величезним кроком у розвитку фізіологічних знань про кровообіг стали досвіди англійського лікаря **Уїльяма Гарвея** (1578–1657) з Падуанського університету. Він першим експериментально довів існування кровообігу, показавши спочатку на собі, а потім на собаці, що кров у венах рухається в одному напрямку. Гарвей створив об'єктивні уявлення про закони кровообігу. Він вперше математично розрахував, що весь об'єм крові проходить через серце за 1,5–2 хвилини, а протягом 30 хвилин головний «насос життя» перекачує кількість крові, що дорівнює вазі тіла. Уїльям Гарвей писав у своїй класичній праці «Анатомічне дослідження руху серця і крові у тварин», надрукованій 1628 року: «Рух крові через легені та серце, так само як і в усьому іншому тілі, відбувається силою пульсації шлуночків, проходячи непомітно (для спостереження) у вени і пори м'яких частин, кров потім самостійно відтікає через вени від периферії до центру, від менших вен до більших, і звідти, нарешті, через порожню вену проходить у серцеву трубку. Отже, необхідно зробити заключення, що кров в організмі тварини розноситься по тілу свого роду круговим способом».

Марчелло Мальпігі (1628–1694) першим з дослідників системи кровообігу використав мікроскоп і відкрив за його допомогою капіляри, що дозволило йому отримати повніше уявлення про круговий рух крові. Цим відкриттям Мальпігі у 1661 році остаточно спростував обмежене уявлення Галена про кровообіг.

Найперші кількісні вимірювання механічних явищ в кровообігу зробив **Стівен Гейлс** (1677 — 1761). Він виміряв артеріальний і венозний кров'яний тиск, об'єм окремих камер серця і швидкість витікання крові з декількох вен і артерій, продемонструвавши таким

чином, що велика частина опору перебігу крові припадає на область мікроциркуляції. Вчений вважав, що внаслідок пружності артерій перебіг крові у венах залишається більш-менш сталим, а не пульсує, як в артеріях.

Вітчизняний вчений **Олександр Шумлянський** (1748–1795) довів, що артеріальні капіляри безпосередньо переходять у певні «проміжні простори», як покладав Мальпігі, і що судини на всьому протязі замкнені.

Жан-Николя Корвизар де Маре (1755–1821), основоположник клінічної медицини у Франції, лейб-медик Наполеона I, ретельно вивчав перкуторний звук як новий засіб діагностики внутрішніх органів. Корвизар уперше став застосовувати перкусію за допомогою долоні. Такий спосіб дозволив йому мистецьки розпізнавати захворювання легенів, наявність рідини у плевральній порожнині та навоколосерцевій сумці, а також аневризму серця.

У XVIII і XIX століттях низка відомих гідромеханіків зацікавилися питаннями циркуляції крові і зробили істотний внесок у розуміння цього процесу. Серед них були **Леонард Ейлер**, **Даніель Бернуллі**, професори анатомії, і **Жан Луї Марі Пуазейль**, лікар. Одним із найвизначніших учених-універсалів був **Томас Юнг** (1773–1829), також лікар, чиї дослідження з оптики призвели до встановлення хвильової теорії світла і розуміння сприйняття кольору. Інша важлива область досліджень Юнга стосувалася природи пружності, зокрема властивостей і функції пружних артерій. Його теорія розповсюдження хвиль у пружних трубках досі вважається фундаментальним коректним описом пульсового тиску в артеріях.

У 1819 році, французький лікар **Рене Лаеннек** розробив методику фізикального обстеження аускультатії на основі використання стетоскопу при прослуховуванні роботи серця, спричинивши справжню «революцію» в медицині.

1844 року **К. Вернард** використав катетеризацію серця у тварин для запису внутрішньосерцевого тиску, він же запропонував термін «серцева катетеризація».

Чеський фізіолог **Пуркинє** у 1846 році опублікував роботу про специфічні м'язові волокна, які проводять збудження по серцю (волокна Пуркинє), поклавши початок вивченню його провідної системи.

Прижиттєвий діагноз коронаротромбозу з подальшою міомалією серця був уперше поставлений німецьким терапевтом **А. Хаммером** у 1878 р.

Одним із найважливіших досягнень кардіології є розробка і розвиток методу електрокардіографії, як наслідок відкриття **Р. Коеллікером і Г. Мюллером** у 1856 р. електричної активності серця. Перший запис серцевого ритму був проведений **А. Мюрхедом** у 1870 р. в Лондоні, але його реєстратор був надто громіздкий і недосконалий. Тому в 1887 р. **А. Д. Уоллер** зробив перший запис електрокардіограми (ЕКГ) на більш досконалому апараті, який назвав «**кардіографом**».

До сучасного вигляду ЕКГ довів голландський фізіолог **В. Ейнховен**, який у 1887 р. був присутній на демонстрації А. Д. Уоллера, і з того часу інтенсивно займався доробкою експериментальної установки. З його дослідями пов'язане відкриття тимчасових інтервалів ЕКГ, «тріади Ейнховена», назва основних зубців, перші діагностичні критерії порушень ритму і провідності, гіпертрофії шлуночків та ін., за що вчений у 1924 році був удостоєний Нобелівської премії.

Важливим етапом у вивченні інфаркту міокарда (ІМ) був опис ще в 1892 р. **В. Ослером** механізму розвитку ІМ у вигляді тромбозу, або емболізації.

У 1893 році **В. Гіс** відкрив передсердно-шлунковий нервовий пучок як механізм регуляції серцевої діяльності.

Схему кровообігу Гарвея розширив **Микола Аринчин** при створенні на початку ХХ столітті схеми гемодинаміки. Виявилося, що скелетні м'язи щодо кровообігу є не лише протічною судинною системою і споживачами крові, «утриманнями» серця, але і органами, які, самозабезпечуючись, є могутніми насосами — периферійним «серцем». За тиском крові, що спричинюється м'язом, він не лише не поступається, але навіть перевищує тиск, підтримуваний центральним серцем, і служить ефективним його помічником. Через те, що скелетних м'язів дуже багато, понад 1000, їхня роль у просуванні крові у здорової і навіть хворої людини дуже велика.

На думку багатьох вчених, зокрема таких як **Г. І. Хребтій та П. Р. Іванчук** [27], основні досягнення кардіології у ХХ столітті пов'язані саме з появою і розвитком електрокардіографії (ЕКГ), що дозволило кардіологам візуалізувати внутрішні структури серця і краще зрозуміти його електричну активність, точніше діагностувати серцеві захворювання.

Розробляються ехокардіографія та ангіографія серця. З'являються такі методи лікування, як удосконалена катетеризація серця,

тромболітична терапія, операції на відкритому серці, коронарна ангіопластика, імплантація дефібриляторів тощо.

Висувається «ліпідна теорія» атеросклерозу, з'являється інтервенційна та превентивна кардіологія, організовуються відділення інтенсивної терапії

1905 р. вітчизняний лікар **М. С. Коротков** запропонував метод вимірювання артеріального тиску.

Л. Ашоф 1906 року разом з **Таварой** описав атріовентрикулярний, передсердно-шлунковий вузол.

А. Кис у 1907 році відкрив, разом із **Флексом**, синусно-передсердний вузол.

У цей час інтенсивно вивчається атеросклероз. Сам термін був запропонований **Ф. Мархендом** 1904 року. Його ознаки фіксувалися майже усе попереднє XIX століття, однак механізм розвитку почав розумітися після 1908 року, коли **А. І. Ігнатовський** провів перші експерименти з багатою холестерином їжею, продовжені **М. Анічковим**, який у 1913 році довів, в експериментах на щурах, роль холестерину у формуванні ліпідних смужок і бляшок. Цей пріоритет визнаний усіма закордонними школами, а модель М. Анічкова залишається класичною до наших часів.

Докладний опис серцевих нападів (гострих інфарктів міокарда), що не призводили до летального наслідку, був зроблений у 1910 році українськими лікарями **М. Д. Стражеском** і **В. П. Образцовим**.

1912 року американський вчений **Дж. Б. Херрик** опублікував свої спостереження, на основі яких запропонував електрокардіографічні критерії ІМ. Також ним вперше була запропонована модель основного принципу лікування, що домінував у наступні десятки років: «очевидна потреба хворого в абсолютному відпочинку і постільному режимі протягом декількох днів».

Розвиток науки про інфаркт міокарду містив у собі певні суперечки — насамперед про механізми його розвитку. Так, у 1923 р. **Дж. Т. Верн** опублікував роботу з першим описом великої групи хворих з гострим ІМ (19 чоловік) У всіх випадках встановлено зв'язок між коронарним тромбозом та ІМ. Водночас у роботі **С. К. Фрайдберга та Г. Хорна** повідомлялося, що тільки у 31% померлих від ІМ на аутопсії виявлявся тромб. Цікаво, що ця дискусія продовжується до сих пір.

У 20-ті роки XX століття, після отримання медиками достатньо чіткої клініко-електрокардіографічної картини ІМ, починаються по-

шуки методів його лікування. **Дж. Т. Верн** рекомендував як повний спокій, так і дігталіс, кофеїн і камфору. До 1928 року відносяться перші рекомендації щодо застосування морфію для зняття болю — від **Дж. Паркінсона, Е. Бедфорда**, проте в ці ж роки під фактичною заборороною опинився нітрогліцерин (з побоювань викликати гіпотонію і гіпоперфузію).

Пошуки методів усунення перешкод коронарному кровотоку змусили звернутися до робіт **В. Тиллера і Р. Л. Гарнера**, які у 1933 р. встановили здатність гемолітичного стрептокока продукувати фібринолітичну речовину, названу ними стрептококовим фібринолізином. Перше повідомлення про внутрішньовенну інфузію стрептокінази датоване 1958 роком — в роботах **А. П. Флетчер, Н. Алкьяерзиг, Ф. Е. Смирнотис, С. Шерри**. Услід за ними почалося широке застосування фібринолітиків у вигляді внутрішньовенної інфузії і пошуки нових фібринолітичних препаратів.

1958 року **М. Соунс** запропонував техніку селективної коронарної ангіографії. Перша спроба транслюмінальної пластики була проведена 1964 року американцями **С. Дотгер і М. Джудкінс**.

У 50-ті роки почали застосовувати внутрішньовенні інфузії ліків, інгаляції кисню, введення папаверину і атропіну для усунення спазму вінцевих артерій. Методи лікування змінювалися в залежності від переважання тієї чи іншої гіпотези патогенезу ІМ, і, природно, з розвитком фармакології, інвазивної кардіології, хірургії.

Далі продовжувалося майже сторіччя клінічного вивчення ІМ, і принциповими роботами, що пов'язали патологоанатомічні дані з клінікою, стали пізніше, вже в середині ХХ століття, результати досліджень **В. П. Образцова і М. Д. Стражеска**. Ними ж була запропонована перша клінічна класифікація інфаркту, що складається з трьох форм — status anginosus, status gastralgicus, status asthmaticus. Крім того, виділені варіанти інфаркту — синдром гострої слабкості серця і синдром слабкості судинної системи.

Після відкриття рентгенівських променів і появи рентгенографії, у 1907 році, двоє німецьких учених — **Ф. Джамин і Х. Меркель** опублікували перший рентгенографічний атлас вінцевих судин. 1929 року молодий німецький хірург, **В. Форсманн**, увів собі в праве передсердя гумовий катетер, що було задокументовано рентгенологічно. Його метою було довести безпеку та ефективність такого шляху введення лікарських препаратів під час реанімації. За ці та інші

дослідження ряд вчених разом з **В. Форсманом** пізніше, у 1956 році, були удостоєні Нобелівської премії.

Ідею серця лише як насосу і двигуна кровообігу, знову було поставлено під сумнів сучасними лікарями, зокрема, відомим польським кардіологом **Леоном Мантейфелем-Зоеге** у 1960-х роках.

Найважливішим етапом у лікування хворих на ІМ стало створення відділень інтенсивної терапії для цієї категорії хворих, що дозволило в стислі терміни знизити смертність від цього захворювання, яка впродовж декількох десятиріч була вищою за 30%. У 1961 р. **Д. Г. Джуліан** запропонував ідею інтенсивного спостереження за хворими на ІМ в доповіді, представленій на засіданні Thoracic Society of Great Britain.

Ці підрозділи отримали назву «кардіореанімаційних відділень» — Coronary Care Unit (CCU). У наступному році **Г. Банер і М. Уайт** заснували таке відділення в Сіднейському шпиталі, через нетривалий час такі ж відділення були створені в Канзасі, KWG Brown — в Торонто, Lawrence Meltzer — у Філадельфії. Ефективність таких відділень стала краще зрозумілою після публікації в 1967 р. **Т. Киллипом та Дж. Кимбаллом** результатів лікування в умовах CCU у 250 хворих з ІМ.

Однією з вершин кардіології у XX столітті стала успішна пересадка 3 грудня 1967 року серця від однієї людини до іншої, що здійснив південноафриканський, з Кейптауна, кардіохірург **Крістіан Барнард**. Після нього до трансплантації серця стали звертатися сотні кардіохірургів світу.

На початку 70-х років **Є. І. Чазов** з учнями вперше ввів фібринолізин безпосередньо в інфаркт-залежну артерію. Через 3 роки дану процедуру повторив **К. П. Рентроп**. До появи методу черезшкірної коронарної ангіопластики та стентування цей метод вважався еталоном патогенетичного лікування ІМ. У даний час існує вже кілька поколінь фібринолітиків, позбавлених недоліків перших препаратів і надзвичайно ефективних при ранньому введенні, а даний метод лікування поряд з ургентною ангіопластикою є основним у лікування хворих на ІМ. Він заслужено увійшов до переліку основних досягнень кардіології XX ст.

Внутрішньокоронарне введення фібринолітиків та внутрішньокоронарна ангіопластика і стентування були б неможливі без катеризації серця і ангіографії.

Після експериментів на тваринах, були проведені спершу інтраоперативна ангіопластика вінцевої судини, потім ангіопластика в

пацієнта без наркозу, а 16 вересня 1977 року була здійснена ангіопластика ізольованого стенозу проксимального відділу лівої нижхідній вінцевої артерії у 37-річного пацієнта, якого було проінформовано, що він перший зазнав такої процедури. Це було початком тріумфальної ходи нового методу інтервенційної кардіології по всьому світу.

В Україні вагомий внесок у становлення кардіології зробили **В. Образцов, М. Стражеско, Т. Яновський, В. Василенко, М. Заноздра, О. Грицюк, М. Амосов, О. Шалімов, Ю. Соколов, І. Крижанівська, В. Лазоришинець, К. Руденко та ін.** Завдяки їх зусиллям клінічна кардіологія інтенсивно розвивається в країні вже в середині ХХ століття. У 1970–80-х рр. були створені обласні та міські кардіологічні диспансери, які надалі були реорганізовані у серцево-судинні центри. Логічним продовженням цих організаційних зусиль була поява мобільних кардіореанімаційних відділень, тобто машин, обладнаних необхідною апаратурою і з навченим персоналом.

Необхідно відзначити, що в Україні спеціалізовані бригади швидкої допомоги, так звані швидкі тромбоемболічні бригади (ШТЕБ), були організовані навіть раніше — у Києві в 1963 році. Першим керівником кардіологічної служби швидкої допомоги став **Д. Б. Зільберман**. 1985 року кардіологічних бригад було вже 14.

У середині 80-х років в країні проводилося вже близько 300000 процедур ангіопластики, Приблизно стільки же здійснювалося операцій коронарного шунтування. Перший стент у вінцевій артерії був успішно застосований 1986 р. Спочатку стенти були металевими, проте в кінці століття з'явилися вкриті лікарськими препаратами, що попереджувало розвиток рестенозів. Подібні інновації перейшли у ХХІ ст.

Необхідно відзначити, що вказані досягнення кардіології можна було б доповнити цілим рядом інших, можливо, не менш видатних розробок — це і реабілітація нітратів при ІМ, використання бета-адреноблокаторів, аспірину і клопідогрелю, тікагрелору та прасугрелю, гепаринів, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, статинів, інгібіторів глікопротеїнових рецепторів P_{2b}/P_{2a}, тощо.

Ряд гострих захворювань серця усувається новими технологіями **хірургічного лікуванням**. Значний внесок у розвиток цих технологій кардіохірургії зробили **М. М. Амосов, О. О. Шалімов** та ін. Так, М. М. Амосов запропонував хірургічні технології лікування природжених пороків серця. А під керівництвом О. О. Шалімова була проведена перша в Україні пересадка серця, після чого подібні операції стали регулярними. Сучасна кардіологія вивчає такі

патологічні стани, як ішемічна хвороба серця (ІХС), гіпертонічна хвороба, вроджені та придбані вади серця, цереброваскулярні захворювання та інші.

Проте кардіологія ледве встигає за ростом захворювань серця. Так сьогодні доля кардіологічної патології в структурі смертності населення розвинених країн складає 40–60%. Водночас відбувається зростання захворюваності людей усе більш молодого віку, що робить серцево-судинні захворювання найважливішою медикосоціальною проблемою охорони здоров'я.

Патологія серцево-судинної системи охоплює насамперед, первинні захворювання серця: деякі форми міокардиту, кардіоміопатії, пухлини серця. Також сюди залучають ураження серця під час інфекційних, інфекційно-алергічних, дисметаболічних і системних хвороб і захворювань інших органів [27].

У Міжнародному класифікаторі хвороб, захворювання серця і судин об'єднано в єдиний клас під назвою «Хвороби системи кровообігу» і розподілені на наступні пункти [27]:

- Гострий ревматизм.
- Хронічні ревматичні хвороби серця.
- Гіпертонічна хвороба.
- Ішемічна хвороба серця.
- Легенево-серцева недостатність та хвороби малого кола кровообігу.
- Інші хвороби серця.
- Ураження судин головного мозку.
- Хвороби артерій, артеріол та капілярів.
- Хвороби вен, лімфатичних судин та лімфовузлів, не класифіковані в інших рубриках.
- Інші та неуточнені порушення системи кровообігу.

Кардіологія набуває величезного значення для охорони здоров'я. Для цього в ній розроблений та удосконалюється потужний діагностичний та лікувальний інструментарій. Так, якщо говорити про діагностичні методи, то до їх переліку належать:

- Вимірювання артеріального тиску різноманітними механічними та електронними тонометрами, фонендоскопами;
- Проведення різномітних видів біохімічного аналізу крові, визначення ліпідів крові;
- Електрокардіографія (ЕКГ) є неінвазивним тестом, який вимірює електричну активність серця. Він передбачає розміщення

електродів на грудях, руках і ногах, які визначають електричні сигнали, що генеруються серцем. Отримана ЕКГ може допомогти діагностувати аритмії, ішемію та інші аномалії серця;

• Ехокардіографія (ЕхоКГ) — це неінвазивний візуалізаційний тест, який використовує звукові хвилі для створення зображень серця. Він може надати інформацію про розмір, форму та функцію серця, а також про рух серцевих клапанів і стінок. Ехокардіограми можна робити за допомогою датчиків на грудній клітці або через стравохід (черезстравохідна ехокардіограма), щоб отримати чіткіші зображення;

- Магнітно-резонансна томографія (МРТ);
- Аускультация;
- Функціональні дослідження;
- Холтеровське моніторування;
- Електрофізіологічні дослідження та програмована кардіостимуляція;
- Коронароангіографія.

Сучасна кардіологія в Україні представлена рядом республіканських науково-дослідних і клінічних центрів в Києві, системою факультетів і кафедр кардіологічного профілю у медичних університетах та академіях, мережею відділень кардіології обласних, міських та районних поліклінік і лікарень — державного підпорядкування та приватних. Про стан вітчизняної кардіології красномовно свідчать структура провідних центрів і перелік медичних послуг, які вони надають пацієнтам.

Це, передусім, **Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска Національної академії медичних наук України»** [107].

Інститут є провідним науковим центром, діяльність якого зосереджена на розв'язанні актуальних проблем кардіології. Тематика наукових досліджень в останнє десятиріччя відповідає кардіологічній ситуації в Україні. Тому колектив інституту працює над вивченням патогенетичних механізмів розвитку атеросклерозу та ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії та інших найбільш поширених серцево-судинних захворювань. Удосконалюються методи їх діагностики, лікування та профілактики, разом з цим значна увага приділяється створенню оптимальних технологій боротьби з такими небезпечними формами захворювань та їх ускладненнями, як стенокардія,

інфаркт міокарда, кардіоміопатія, порушення ритму серця, серцева недостатність. Успішно вирішуються проблеми ендоваскулярної кардіології та тромболілізу; запроваджено методи черезшкірної транслюмінальної коронароангіопластики і стентування вінцевих артерій серця у хворих зі стенокардією та гострим інфарктом міокарда.

Сьогодні у ННЦ працюють близько 700 осіб, у тому числі 138 наукових співробітників, із них: 1 академік НАМН України, 1 член-кореспондент НАМН України, 24 професори, 41 доктор і 67 кандидатів медичних наук, 89 лікарів. Серед співробітників інституту 5 заслужених діячів науки, 9 заслужених лікарів, 4 заслужених медичних працівників, 8 лауреатів Державної премії.

ННЦ має клінічну базу на 310 ліжок, яка налічує 10 відділів, де за 5 років (2006–2010) у стаціонарі отримали висококваліфіковане лікування 43 105 осіб, із них 77% — тяжкі й дуже тяжкі хворі; 1845 пацієнтів госпіталізовано через швидку медичну допомогу. За цей час у поліклінічному відділенні консультативну допомогу надано понад 162 900 хворим (близько 32 тис. осіб щорічно).

На базі ННЦ також функціонують: Спеціалізована вчена рада за спеціальностями «Кардіологія» і «Ревматологія» (протягом 2006–2010 років захищено 9 докторських і 50 кандидатських дисертацій); Український організаційно-методичний кардіологічний центр; Український ревматологічний центр; Центр побічної дії лікарських засобів; Кафедра кардіології та функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупіка (головна в Україні). Значна увага в ННЦ приділяється підготовці кадрів. Клінічні та наукові структурні підрозділи є базою підготовки клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів та практичних лікарів України та зарубіжжя. У ННЦ діє 15 різноманітних курсів інформації та стажування на робочих місцях; навчаються 17 аспірантів і 4 клінічних ординатори.

Створені та плідно працюють Асоціація кардіологів України (президент — академік НАМН України В. М. Коваленко), Українська асоціація фахівців із невідкладної кардіології (голова — професор О. М. Пархоменко), Українська асоціація фахівців із серцевої недостатності (голова — професор Л. Г. Воронков), Асоціація аритмологів України (співголова — професор О. С. Сичов), Всеукраїнське громадське об'єднання проти гіпертензії (керівник — професор Ю. М. Сіренко).

Розширюються міжнародні контакти ННЦ, зокрема триває співпраця з Європейським та Американським кардіологічним товари-

твами. Співробітники центру постійно беруть участь у всесвітніх, європейських і національних кардіологічних форумах (Австрія, Німеччина, Нідерланди, Італія, Китай, Португалія, США, Туреччина, Франція, Японія та ін.).

Нині ДУ «ІНЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України динамічно розвивається як спеціалізований науковий, лікувальний та організаційно-методичний центр, колектив якого, володіючи значним кадровим та науковим потенціалом, продовжує працювати над вирішенням актуальних проблем кардіології [107].

Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова має наступні лікувальні напрями [108]:

- Трансплантація серця;
- Воєнна хірургія серця та магістральних судин;
- Патологія аорти;
- Патологія грудної та черевної аорти;
- Ішемічна хвороба серця;
- Патологія міокарду та механічна підтримка серця;
- Порушення ритму серця;
- Пухлини серця;
- Вроджені вади серця у дітей;
- Акушерська кардіологія;
- Інфекційний ендокардит;
- Набуті вади серця;
- Екстрена кардіохірургія;
- Загальна хірургія.

Сучасне технічне оснащення, багаторічний досвід, тісна співпраця з передовими кардіологічними центрами, дозволяють фахівцям закладу проводити високотехнологічні діагностичні та лікувальні, передусім кардіохірургічні, заходи пацієнтам різного віку, незалежно від важкості хвороби та наявності супутніх захворювань.

Київський Інститут серця — центр трансплантології, в якому виконується найбільша кількість трансплантацій серця в Україні [109]. Інститут надає наступні послуги:

- Трансплантація комплексу серце-легені;
- Трансплантація печінки;
- Трансплантація серця у дітей;
- Трансплантація нирки;
- Трансплантація серця у дорослих;

- Лікування гострого коронарного синдрому та інфаркту;
- Ендоваскулярна хірургія;
- Лікування ішемічної хвороби серця та порушень ритму серця;
- Лікування набутих вад серця та патології міокарду;
- Дитяча кардіохірургія;
- Кардіоневрологія.

Інститут серця забезпечує повний комплекс послуг з реабілітації на шляху до здоров'я хворих. Кардіореабілітація — це комплекс медичних, фізичних та психологічних заходів для прискореного відновлення здоров'я людини після проведених операцій на серці або для пацієнтів з метою вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

У поліклінічних відділеннях при вказаних кардіологічних установах проводяться **регулярні огляди та консультації пацієнтів спеціалістами**, які допомагають виявити фактори ризику серцево-судинних захворювань, таких як низька фізична активність, неадекватне харчування, хронічний стрес, високий кров'яний тиск, дисліпідемія, метаболічний синдром та діабет, патологічні зміни на ЕКГ чи ехокардіографії, і дати можливість раннього втручання, попередження чи лікування.

Для медикаментозного лікування серцевих хвороб існує і розробляється безліч як вітчизняних, так і закордонних ліків, які використовуються для зниження ризику розвитку серцевих захворювань у осіб із високим ризиком. Цим спеціально займається фармацевтична кардіологія.

Серцево-судинні захворювання все ж залишаються однією з основних причин смертності та інвалідності в усьому світі, і їх поширеність зростає. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2020-х роках приблизно 17,9 мільйонів людей щороку помирало саме від серцево-судинних захворювань, що становить 31% усіх смертей у світі. Кардіологія відіграє вирішальну роль у профілактиці, діагностиці та лікуванні цих станів. Завдяки використанню ліків, зміні способу життя і таким процедурам, як ангіопластика та шунтування, кардіологи можуть покращити якість життя своїх пацієнтів. Як галузь медицини, кардіологія постійно розвивається, розробляються нові методи лікування та технології для подальшого вдосконалення лікування пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями.

З роками все більш важливе значення набуває **кардіологічна профілактика** серцево-судинних захворювань, вивчення її законо-

мірностей та стратегій у різних клінічних ситуаціях. Впровадження у кардіології ефективних заходів по лікуванню та профілактиці у Західній Європі, США, Австралії, Японії дозволило за останні 20 років вдвічі знизити в цих країнах серцево-судинну смертність. Окрім профілактики серцево-судинних захворювань, великої уваги надається розробці сучасних лікарняних, медикаментозних та апаратурних, засобів лікування цих захворювань [110].

Профілактика є ключовим аспектом кардіології, оскільки багатом серцево-судинним захворюванням можна запобігти або пом'якшити їх перебіг за допомогою зміни способу життя та раннього виявлення патологій [110].

Дотримуючись здорового способу життя та достатньої фізичної активності, зберігаючи пильність щодо факторів ризику і співпрацюючи з постачальниками медичних послуг для лікування основних захворювань, люди можуть зменшити ризик розвитку серцевих захворювань і покращити здоров'я серцево-судинної системи. Здоровий спосіб життя передбачає, наступні заходи [110]:

Регулярна фізична активність протягом принаймні 150 хвилин на тиждень, що може допомогти підтримувати здорову вагу, знизити артеріальний тиск і ризик розвитку серцевих захворювань.

Здорове харчування: впровадження звичок харчування з високим вмістом фруктів, овочів, цільного зерна та нежирного білка з низьким вмістом насичених і трансжирів, солі та доданого цукру може допомогти зменшити ризик розвитку серцевих захворювань. Раціональне харчування передбачає споживання достатньої кількості якісної питної води (3–4% від ваги тіла) за добу та потрібної кількості білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мікроелементів, клітковини.

Регулярне споживання фруктів та овочів, горіхів, цільнозернових, клітковини, жирної морської риби, рослинного протеїну, оливкової олії, що знижує ризики багатьох серцево-судинних захворювань та смертності від них.

Відмова від куріння, адже воно є основним фактором ризику серцево-судинних захворювань, припинення куріння є одним із найважливіших заходів, які люди можуть зробити, щоб покращити здоров'я серцево-судинної системи.

Управління стресом за допомогою таких методів, як активне розслаблення, дихальна гімнастика, використання адаптогенів, медитація, йога або консультування, що може допомогти зменшити ризик розвитку серцевих захворювань.

Важливу роль у кардіології набуває **деонтологія**, тобто область етики, яка визначає моральні принципи, що керують поведінкою професіоналів у конкретній сфері. Для лікарів-кардіологів особливо важливо дотримуватися деонтологічного кодексу, щоб забезпечити найкращу якість медичної допомоги пацієнтам і дотримуватися високих професійних стандартів [40; 110].

Процес лікування в кардіології потребує високого ступеня відповідальності й етичності з боку лікарів. Лікар-кардіолог має дотримуватися таких принципів деонтологічного кодексу, як бережне ставлення до пацієнтів, справедливість, професіоналізм, конфіденційність і повага до хворих. Кардіологічні дослідження і процедури лікування вимагають ретельного спостереження, аналізу й оцінки стану пацієнтів, а також прийняття обґрунтованих й етичних рішень.

Для сучасного лікаря-кардіолога важливо дотримуватися і таких етичних норм у відношенні до пацієнтів, як обов'язкове інформування хворого про його стан, запропоновані методи лікування, варіанти рішень і можливі ризики. Лікар повинен поважати право пацієнта на розуміння і згоду. Крім того, необхідно проявляти справедливість и рівноправ'я по відношенню до всіх пацієнтів, незалежно від статі, віку, раси, національності та соціального статусу.

Проведення досліджень і лікування в кардіології також потребує врахування таких етичних принципів, як бажання добра пацієнту, мінімізація ризиків для учасників дослідження, дотримання приватності та конфіденційності, а також дотримання принципів наукової доброчесності й об'єктивності. Всі дослідження повинні бути попередньо апробовані і затверджені етичним комітетом і отримати згоду пацієнта або його законного представника.

Отже деонтологія в кардіології є невід'ємною частиною професійної діяльності лікарів-кардіологів. Дотримання моральних принципів й етичних норм є основою для забезпечення ефективного лікування серцево-судинних захворювань з наданням високого рівня піклування і послуг пацієнтам. Лікар-кардіолог має бути обізнаний у деонтологічному кодексі, дотримуватись його принципів, приймати етичні рішення на основі високої моральності і керуватись інтересами своїх пацієнтів [40; 110].

Кардіопрофілактика та кардіологічна деонтологія, кардіоетика є тими напрямками медицини серця, які безпосередньо межують з психологією серця, кардіопсихологією як новою галуззю психологічної науки. Щоби краще зрозуміти це, треба досягнути

дані про будову, іннервацію та фізіологію серця і серцево-судинної системи — у зв'язку з іншими системами організму, передусім нервовою системою. Треба бути обізнаними з останніми досягненнями кардіології, яка неперервно розвивається..

Так, про сучасний стан і перспективи української кардіології можна дізнатися з програми роботи XXVI Національного конгресу кардіологів України, що проходив у Києві 23–26 вересня 2025 року під егідою Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України, Всеукраїнської асоціації дослідників України, Всеукраїнської асоціації превентивної кардіології та реабілітації, ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені М. Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України. Перерахуємо в цьому плані назви пленарних та секційних засідань конгресу за днями роботи [122]:

23.09.2025: Фокус-сесія: «Гіпертрофія під мікроскопом: генетика, фармакологія, хірургія — що краще?». Фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина. Артеріальна гіпертензія в умовах війни. Кардіореабілітація. Гендерні особливості в кардіології. Проблеми соціальної і профілактичної кардіології в умовах війни. Кардіоневрологія. Кардіоемболічний інсульт. Частина 1. Кардіоневрологія. Частина 2. Функціональна діагностика.

24.09.2025: Гострі коронарні синдроми та інші невідкладні стани. Антитромботична терапія в клінічній практиці. Коморбідні стани в кардіології. Клінічна аритмологія. Практичні аспекти в аритмології. Об'єднана сесія Міжнародного товариства кардіоонкології (ICOS), COUNCIL OF CARDIOONCOLOGY Європейського товариства кардіологів та Асоціації кардіологів України. Резистентна та вторинна артеріальна гіпертензія. Мультиплікаторна профілактика. Частина 1. Спільне засідання Українського товариства з атеросклерозу. Мультиплікаторна профілактика. Частина 2. Метаболічні порушення та цукровий діабет. JOINT SESSION. Артеріальна гіпертензія. Артеріальна гіпертензія. Частина 1. Артеріальна гіпертензія. Частина II.

25.09.2025: ГКС. Сучасна роль інтервенційних процедур у реперфузійній терапії STEMI пацієнтів Аналіз даних останніх років. Сучасні технології інтервенційних та хірургічних втручань. Частина 1. Сучасні технології інтервенційних та хірургічних втручань Частина 2. Фармакотерапевтична тактика в лікуванні ССЗ. Інвазивна електрофізіологія. Серцево-судинна візуалізація. Загальна практика — сі-

мейна медицина. Спільне засідання Всеукраїнської асоціації інтервенційних кардіологів України та Асоціації кардіохірургів України. Хронічна ішемічна хвороба серця: профілактика, діагностика, лікування, прогноз. Стабільна ішемічна хвороба серця. Серцева недостатність.

26.09.2025 Некоронарні хвороби серця. Генеральна асамблея. Практичні аспекти невідкладної кардіології. Клінічні випадки. Леґенев гіпертензія.

На Конгрес були представлені більше 400 доповідей. Він проходив у змішаному форматі offline та online і передбачав проведення численних лекцій, науково-практичних симпозіумів, круглих столів, конкурсу молодих учених, міжнародного консенсусу, наукових дискусій, дискусійних панелей, панельних дискусій, клінічних семінарів, проблемних доповідей, майстер-класів тощо, що сприяло інтеграції творчих зусиль дослідників у різних напрямках кардіології та формуванню нових теоретичних, експериментальних та практичних підходів у профілактиці та лікуванні хворих [122].

Успіхи кардіології залежать від подальших наукових кардіологічних досліджень у світі, якими займаються численні зарубіжні та вітчизняні наукові і клінічні установи. Так, у Сполучених Штатах є багато наукових центрів серця, що спеціалізуються на вивченні та лікуванні серцево-судинних захворювань. Це зокрема Клівлендська клініка, Майо-клініка, клініка Джонса Гопкінса та ін. Ці установи відомі своїми передовими дослідженнями, інноваційними методами лікування та висококваліфікованими кардіологами і кардіохірургами.

Варто згадати у цьому місці про вітчизняні дослідження серця, зокрема про проведене ще у 60-х роках минулого століття в Києві М. М. Амосовим та його колегами медичне і кібернетичне вивчення проблеми саморегуляції серця та регуляції кровообігу, що знайшло своє відображення в монографії «Саморегуляція серця» [3]. В ході цього медичного та кібернетичного дослідження були розроблені оригінальні математичні моделі роботи серця та серцево-судинної системи на основі узагальнення знань з біології, медицини, соціології, психології і використання електронних обчислювальних машин. На основі цих моделей пізніше був розроблений апарат штучного кровообігу, що знайшов широке використання при операціях на серці. Як на наш погляд, у створених М. М. Амосовим кібернетичних моделях саморегуляції серця цей орган людини визнається унікальним енергетичним та інформаційним центром людської особистості і фактично постає важливою складовою її самосвідомості, Я [3].

Водночас, треба відмітити, що у XXI столітті проблематикою серця займаються на міждисциплінарній основі не тільки біологи і медики, але й представники інших наук. Серед них доцільно назвати, зокрема, математиків. Так, у США існує Інститут математики серця (HeartMath Institute), що як науково-дослідницька установа вивчає [111; 112; 123]:

- серцеву нейрокомунікацію, адже у серці функціонують близько 40 000 нейронів, які можуть працювати незалежно від мозку;

- серцеве електромагнітне поле — воно у 100 разів сильніше за електромагнітне поле мозку, і може вимірюватися за кілька метрів від тіла;

- когерентність, тобто стан, коли серце, мозок і нервова система працюють гармонійно, що позитивно впливає на психіку, імунитет, емоції.

Займаються серцем і у психології. Так, український психолог О. В. Іванова зазначає, що у психотерапевтичній школі Транзакційного аналізу серце часто розглядається як метафора внутрішньої істини, зв'язку з Собою, джерела рішень, що ґрунтуються не на страху чи контролі, а на прийнятті й любові [111].

Коли клієнт повертається до себе — він повертається до серця, віднаходить свою «внутрішню істину» і нове сценарне рішення не з голови, а з глибини. Ось чому людина дійсно здатна обирати серцем. І тому не просто так ми говоримо: «Відчуй, чого ти хочеш, своїм серцем!..», або запитуємо — «Чого хоче твоє серце?».

На роздуми про це О. В. Іванову наштовхнула, зокрема, цитата із роботи Друнвало Мельхиседек «Живи у серці»: «...Існує парадокс, який не є великою таємницею: після зачаття у зародка людини спочатку формується і починає працювати серце, а потім — мозок. Це завжди викликало у лікарів питання: звідки виходить імпульс, що пробуджує, а потім регулює серцебиття. Але, на подив представників медичних наукових кіл, дослідники Інституту математики серця виявили, що серце має свій власний мозок — так, зі справжніми мозковими клітинами. Він дуже маленький, у ньому всього близько сорока тисяч таких клітин, але це саме мозок, якого серцю, мабуть, достатньо.

Приголомшливе відкриття, яке підтверджує теорії вчених, які вже два століття говорять або пишуть про розумність серця. Дослідники Інституту математики серця зробили й інше, можливо ще більш значне відкриття. Вони довели, що в порівнянні з іншими органами

тіла, у тому числі з головним мозком, серце генерує найбільше і найпотужніше енергетичне поле» [111].

Ще один психолог, Шнайдер Р. Х. зі спіробітниками пропонують здійснювати профілактику серцево-судинних захворювань і зміцнення здоров'я за допомогою спеціальної програми Трансцендентальної Медитації охорони здоров'я, що базується на свідомості Махариші. Це питання обговорювалося на сторінках журналу «Етнічність і хвороби» у 2006 році [96].

Все наведене вище дає підстави для розгортання нових психологічних досліджень проблеми серцево-судинної системи, що ми пропонуємо здійснити в межах психології серця, точніше метапсихології серця, яка вивчає його у різноманітних психологічних аспектах. Про актуальність таких досліджень свідчать також дані, існуючі в анатомії і фізіології серця, адже воно тісно пов'язане із нервовою та психологічною системами людини. Розглянемо ці дані далі.

5. АНАТОМІЯ, ІННЕРВАЦІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ СЕРЦЯ І СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ З НЕРВОВОЮ СИСТЕМОЮ ОРГАНІЗМУ — ПРИРОДНИЧО-НАУКОВА ОСНОВА МЕТАПСИХОЛОГІЇ СЕРЦЯ

Поставлені в назві розділу питання дуже складні для сприймання представниками немедичних професій, адже кардіологія на працювала величезний обсяг унікальних знань про серце. Автор книги відчув це, коли вивчав будову серця людини за існуючими атласами, підручниками анатомії людини та даними, розміщеними у Вікіпедії [113–121]. Тому виникла потреба у стислому схематичному викладі існуючих даних — для розуміння основних характеристик серця як центрального органу серцево-судинної системи, у зв'язку з іншими функціональними системами людського організму, передусім з нервовою системою. Останнє є необхідним для переходу до психологічної системи людини, до особистості в її взаємозв'язку із серцем. Адже в енергетичному плані особистість цілковито залежить від кровоносної системи організму, яка живить нервову систему як матеріальну основу психіки людини.

Ще однією обставиною є те, що багато методів психології, зокрема сугестивні, аутогенні, звичайно спрямовані переважно на слово, на абстрактне поняття серця. Разом з цим сам образ серця представлений мінімально, явно недостатньо в уяві та уявленні, і тому оздоровчий психологічний вплив на серце стає недостатньо ефективним. Психотерапевт і тим більше пацієнт неповно уявляють собі предмет оздоровчого впливу, тобто серце, і залишаються, так би мовити, на літературному, фольклорному, метафоричному рівні уявлення про серце.

Щоб оздоровчий вплив точно «влучав» у свою мету, треба насичувати уяву та візуальне мислення змістовними образами та уявленнями про серце і серцево-судинну систему в її тісному зв'язку із нервовою системою. Це, на наше переконання, збільшить дієвість позитивних психотерапевтичних дій на серцеве здоров'я людини. Тому будемо проводити ознайомлення із серцево-судинною системою індуктивно-дедуктивним, понятійно-образним шляхом, візуально характеризуючи серцево-судинну і нервову системи, йдучи від простих до більш складних образів, від мікрогенетичних до макроорганічних візуальних уявлень.

Водночас ми враховуємо принцип наукової реальності, який відповідає думці Г. С. Сковороди про три світи — мікрокосмос, Біблію та макрокосмос, та В. І. Вернадського, за ноосферною концепцією якого ця реальність складається з мікросвіту, планети Земля та космосу. Таким чином, будемо розглядати серце в площині генетичного, тканинного, організменного та системно-тілесного уявлення, тобто йти від понятійного розуміння геному і генів серця, до графічних, візуальних образів серця, як центрального органу людини, та серцево-судинної й нервової системи людини.

Психолог і пацієнт мають пройти у своєму розумінні серця шлях від символу і слова до категорії і концепту серця, розвиваючи власне суб'єктне рефлексивне засвоєння об'єктивного значення цього дуже складного об'єкту. Це потребує руху від мінімального вихідного мотиву-значення символу, поняття і слова «серце» до максимального смислового значення категорії і візуально-мисленнєвого концепту серця і серцево-судинної системи як передумови його свідомого використання у лікуванні та профілактиці серцевих хвороб.

Серце дорослої людини уявляє собою, за визначенням спеціалістів, порожнистий м'язовий орган масою 250–300 г, розташований у грудній клітці за грудиною, з невеликим зсувом вліво, як це показано на рис. 2 [113].



Рис. 2. Розташування серця в організмі людини

Серце розміщується у спеціальній навколосерцевій сумці зі сполучної тканини — **перикарду** (див. далі рис. 4).

Після такої загальної схематичної характеристики зазначимо, що генетична структура серця може бути представлена у вигляді генів. Вони входять до певних хромосом, що складаються із десятків тисяч генів, тобто спеціальних біохімічних сполучень — ДНК і РНК. Гени, хромосоми, геном утворюють певний генетичний напроєкт побудови, розвитку і функціонування усього людського організму та його найважливішого органу — серця. На рис. 3 зображена генетична спіраль ДНК, яка містить десятки тисяч генів, відповідальних за побудову і функціонування організму та усіх органів людини, в тому числі і серця [114].



Рис. 3. Графічне зображення фрагменту генетичної спіралі ДНК, у структурі якої функціонують гени серця

Лише частина генів має відношення до регуляції серцево-судинної системи, що відображено в існуючій міжнародній класифікації генів. Так, за даними генетиків, за розвиток серця в усіх хребетних відповідає консервативний набір генів транскрипційних факторів: NK2, Mef2, GATA, TBX, HAN та ін. Особливо важливими є гени TBX5 та TBX20 [114]. Більш конкретну характеристику генів і геному можна знайти в спеціальній літературі [5; 38]. Спадковий апарат серця

розташовується в ядрі серцевої клітини. Говорячи про частину серцевих генів, варто пам'ятати, що вони тісно пов'язані з іншими генами, про що свідчить, зокрема, «перекручений» характер подвійної спіралі хромосом. Тісно пов'язані між собою і різні, численні (мільйони) клітин, з яких складається тканина серця як м'язового органу.

За даними генетиків, хромосоми мають кінцівки, так звані теломери, від розмірів і структури яких залежить нормальне функціонування, захист ДНК, клітин, органів, організму [121]. Її скорочення веде до зменшення тривалості життя і навіть до появи онкологічного ризику. Збільшення в певних межах призводить, навпаки, до покращення здоров'я, нормалізації стану клітин органів і довголіття організму. За нормальний стан теломери відповідає так звана теломераза, яка регулює, відновлює теломеру. Усе це стосується і серця, його тканин і клітин. На рис. 4 наведене зображення теломери.



Рис. 4. Малюнок теломери — кінцевої ділянки хромосоми, від розмірів і структури якої залежить стан організму, його здоров'я і довголіття, що стосується і центрального органу — серця

Якщо перейти до наступного за масштабом, тканинного, рівня характеристики серця, то необхідно сказати, що клітини м'язів утворюють таку серцеву тканину, що складається із трьох основних типів, див. рис. 5 [115]:

Ендокард — внутрішній епітеліальний шар.

Міокард — середній м'язовий шар;

Епікард — зовнішній сполучнотканинний шар;

Існує також **перикард**, тобто навколосерцева сумка, внутрішня поверхня якого виділяє рідину, зволожуючи серце і зменшуючи його тертя при скороченнях.

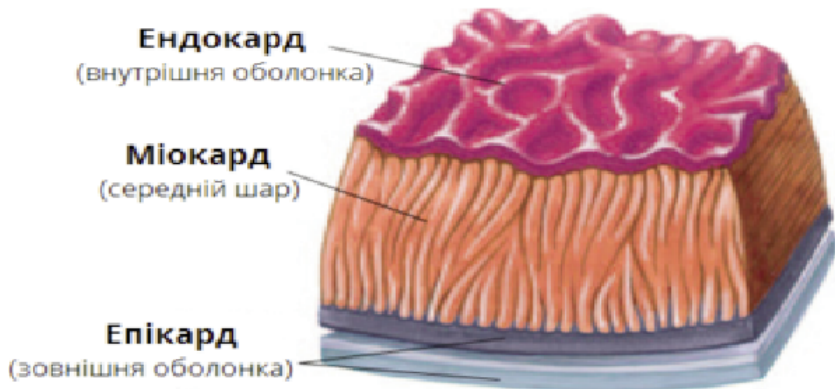


Рис. 5. Серцева тканина у поперековому розрізі

Найтовстішим з них є середній шар — міокард, утворений серцевою поперечно-смугастою м'язовою тканиною. Волокна міокарду сполучаються таким чином, щоб збудження, яке виникає в одній області серцевого м'яза, швидко поширювалося по всьому серцю, і воно скорочувалося, виштовхуючи кров. Саме в цьому шарі може утворюватися, за певних умов, патологія, коли розташовані в ньому судини різко знижують свою пропускну спроможність і виникає інфаркт міокарду.

На рис. 6 [113] зображене серце, як орган, що розташовується у навколосерцевій сумці, перикарді, в якому відбувається його неперервна пульсуюча активність, завдяки чому кров неперервно рухається по судинам. Серце показане ззовні у штучно розкритому перикарді з судинами, які беруть свій початок в серці й утворюють серцево-судинну систему [117]. В серцево-судинній системі, вирізняють два основні види судин — артерії та вени. Трубки, котрі відводять кров від серця — це артерії, трубки, якими кров йде до нього — вени, а проміжну між ними частину в тканинах тіла утворює так зване мікроциркуляторне русло, куди входять артеріоли, капіляри, веноули.

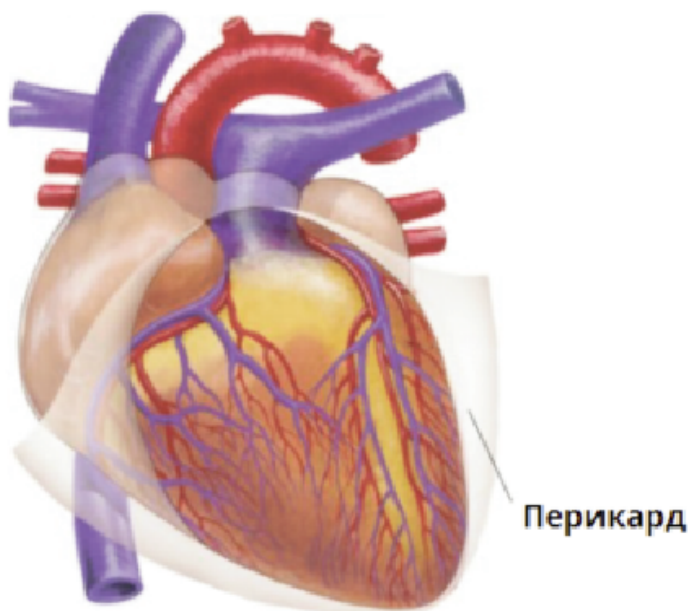


Рис. 6. Серце у штучно розкритому перикарді

У судинах серця та серцево-судинної системи циркулює кров, яка складається з різних типів клітин, як це показано на рис. 7 [117].

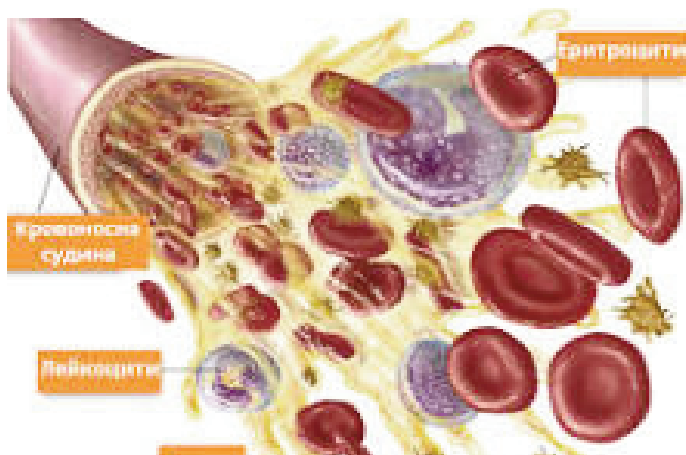


Рис. 7. Схематичне зображення кровоносної судини і кров'яних клітинок

Клітини крові, або кров'яні клітини, що входять до складу крові, утворюються в червоному кістковому мозку в ході гемопоєзу. Існують три основних типи клітин крові — лейкоцити, еритроцити, тромбоцити — та допоміжні типи [117]. Співвідношення об'єму крові та клітин крові (формених елементів крові), називають гематокритом.

Далі, на рис. 8 зображене серце у поперековому зрізі, на якому докладно представлена його внутрішня будова [116]. На ньому видно, що серце складається з лівого передсердя і шлуночка та правого передсердя і шлуночка, з клапанів між кожним передсердям і шлуночком та півмісяцевим клапаном між правим шлуночком і легеневою артерією. Також показана аорта.

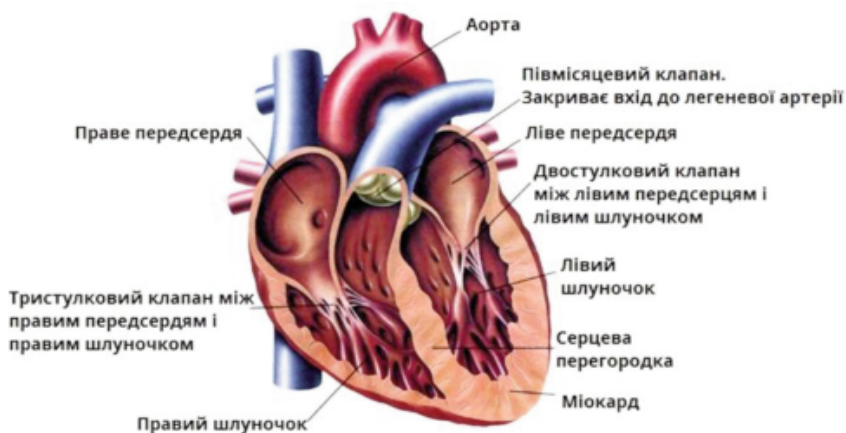


Рис. 8. Серце у поперековому зрізі

Серце людини, як і всіх ссавців, є чотирикамерним органом, що працює як насос, що неперервно циклічно перекачує в організмі кров, як носій кисню, харчових продуктів, відходів розпаду, захисних клітинок тощо, що здійснюється у взаємодії з іншими органами тіла — м'язами, кістками, легеньми, шлунком, печінкою, мозком тощо.

Серце, повторимо це ще раз докладніше, розділене суцільною перегородкою на дві частини — праву і ліву (у правій половині серця тече венозна кров, у лівій — артеріальна). Кожна, права і ліва, половини серця розділена неповною перегородкою на два відділи, які сполучаються: верхній відділ — **передсердя** (праве і ліве), нижній відділ — **шлуночки** (праве і ліве). Отвори між передсердями і шлуночками закриваються **стулковими клапанами**, які сухожильними

нитками прикріплені до стінок серця. Між лівим передсердям і лівим шлуночком знаходиться **двостулковий (мітральний) клапан**, між правим передсердям і правим шлуночком розташований **трислулковий клапан**. Стулкові клапани пропускають кров тільки в одному напрямку: **з передсердя у шлуночок**, але не назад! [91; 117].

Отже, серце є центральним органом серцево-судинної системи (ССС) людини, що забезпечує рух крові замкненою динамічною трубчастою системою. До ССС зараховують *серце-артерії-капіляри-вени*. По ній циркулює рідка сполучна тканина — кров. В систему крові залучені й інші органи — печінка (деактивація токсичних речовин), легені (збагачення киснем крові за допомогою процесу, який називається вентиляцією), кровотворні органи (постійно замінюють складники крові, що загинули шляхом апоптозу чи некрозу), ендокринні залози (виділяють в кров гормони). Разом із кров'яною системою, нерозривно пов'язана з нею і діє лімфатична система (капіляри, судини, вузли, протоки та головний лімфатичний колектор — грудна протока, що впадає у венозну систему) — в якій здійснюється обіг «тканинна рідина — лімфа». Регуляція серцево-судинної діяльності неможлива без спеціалізованої нервової системи. Нерви щільно пронизують серцеву тканину, так само як і капіляри [91; 117].

Кровоносна система забезпечує обмін речовин в організмі. Вона переносить кисень, котрий зв'язується з гемоглобіном в легенях, гормони, медіатори, виводить продукти обміну — вуглекислий газ, водні розчини азотистих шлаків крізь нирки.

Завдання серцево-судинної системи полягає в тому, щоби забезпечити різні клітини потрібними їм поживними речовинами і киснем та усунути їхні відходи, як-от вуглекислий газ та непоживні речовини. Цей безперервний кровообіг працює завдяки кровоносним судинам і насосу — серцю. Артерії — це судини, що доправляють кров, яка залишає серце, до тканин, тоді як вени несуть кров навпаки — від тканин до серця. Разом вони утворюють унікальну транспортну систему кровообігу по усьому організму людини.

Кровообіг — важливий чинник життєдіяльності організму людини і тварин. Кров може виконувати свої різноманітні функції тільки перебуваючи в сталому русі.

Кровоносна система людини та інших хребетних належить до закритого типу, тобто кров за нормальних умов не покидає організм. Деякі види безхребетних мають відкриту кровоносну систему.

Рух крові забезпечує різниця кров'яного тиску в різних судинах.

Кровообіг відбувається двома основними шляхами, так званими **малим і великим колами кровообігу** [12; 13; 40; 66; 117]. Рух крові відбувається через і завдяки серцю. Мале коло кровообігу проходить, як це показане на рис. 9 [117], крізь праве передсердя, правий шлуночок, легеневу артерію, судини легень, легеневі вени. Велике коло проходить крізь ліве передсердя і шлуночок, аорту, судини органів, верхню і нижню порожнисті вени. Напрямок руху крові забезпечується клапанами серця.

Малим колом кров циркулює через легені. Рух крові цим колом починається зі скорочення правого передсердя, після чого кров надходить у правий шлуночок серця, скорочення якого штовхає кров у легеневий стовбур. Циркуляція крові в цьому напрямку регулюється передсердно-шлуночковою перегородкою і двома клапанами: тристулковим (між правим передсердям і правим шлуночком), що запобігає поверненню крові до передсердя, і клапаном легеневої артерії, що запобігає поверненню крові з легеневого стовбура в правий шлуночок. Легеневий стовбур розгалужується до мережі легених капілярів, де кров насичується киснем шляхом вентиляції легень. Потім кров крізь легеневі вени повертається з легенів у ліве передсердя.

Велике коло кровообігу постачає насичену киснем і поживними речовинами кров до усіх органів та тканин. Ліве передсердя скорочується одночасно з правим і штовхає кров в лівий шлуночок. З лівого шлуночка кров надходить до аорти. Аорта розгалужується на артерії і артеріоли, а також доповнена двостулковим (мітральним) клапаном і клапаном аорти.

Таким чином, кров рухається великим колом кровообігу від лівого шлуночка до правого передсердя, а потім малим колом кровообігу від правого шлуночка до лівого передсердя.

Також існують ще два кола кровообігу — серцеве і плацентарне.

Серцеве коло кровообігу. Це коло кровообігу починається від аорти двома коронарними серцевими артеріями, якими кров надходить у всі шари і частини серця, а потім збирається по дрібних венах у венозний вінцевий синус і закінчується венами серця, що впадають у праве передсердя.

Плацентарне коло кровообігу відбувається по замкнутій системі, ізольованій від кровоносної системи матері. Плацентарне коло кровообігу починається від плаценти, яка є провізорним (тимчасовим) органом, через котрий плід отримує від матері кисень, поживні речовини, воду, електроліти, вітаміни, антитіла і віддає вуглекислий газ і шлаки.

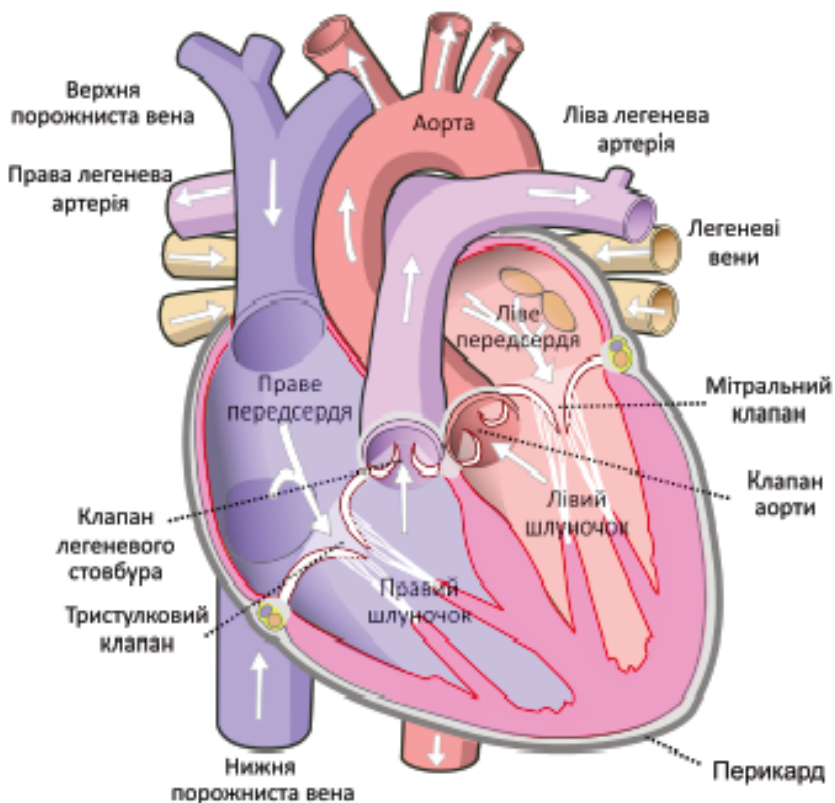


Рис. 9. Початок і кінець серцевих кіл кровообігу

Великі та малі кола кровообігу можна показати більш докладно на рис. 10 [117]. На них видно, як починається і закінчується системний кровообіг (великий обіг), призначення якого полягає у заряджанні м'язів та органів киснем і поживними речовинами, та легеневий кровообіг (малий обіг), завдання якого полягає у забезпеченні киснем (реоксигенації) крові легень та видалення вуглекислого газу (гематоз).

За великого кровообігу, лівий шлуночок серця виганяє кров крізь артерію аорти до капілярів різних органів, де відбуваються різні обміни. Аорта — це пружна і товста артерія, здатна витримувати високий тиск під час серцевого скорочення. Її еластичність сприяє відновленню безперервного потоку, тоді коли серцеві скоро-

чення перериваються. Потім кров повертається до правого шлуночка серця крізь верхню та нижню порожнисті вени.

У малому колі кровообігу, правий шлуночок серця проштовхує кров крізь легеневу артерію до легенів. Правий шлуночок тонше лівого, через те що він повинен забезпечувати кровопостачання лише невеликої частини тіла.

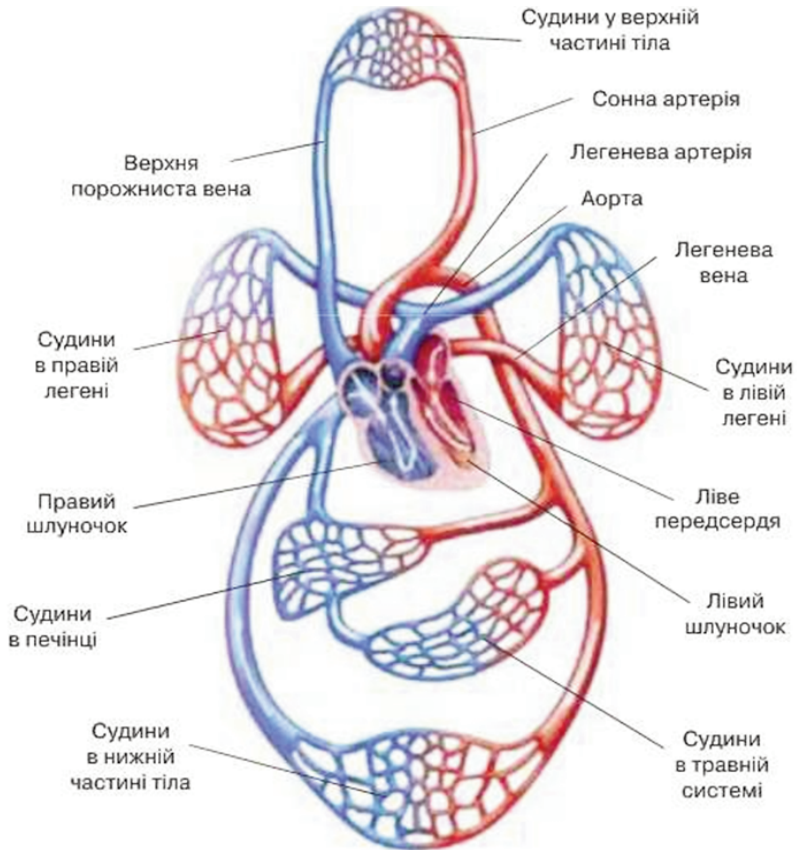


Рис. 10. Система кровообігу людського організму: велике та мале кола

Отож, за системного кровообігу, артерії приносять насичену киснем і поживними речовинами кров до тканин, а вени повертають збіднілу на кисень кров і відходи до серця; в легеновому кровообігу легеневі артерії несуть кров з низьким вмістом кисню, а легеневі вени — багату на кисень кров.

Глибокі та поверхневі вени так званого венозного повернення оснащені клапанами. Ці клапани розташовані кожні чотири-п'ять сантиметрів, вони надають єдиний напрямок кровообігу та запобігають рефлюксу.

Доправляння крові від ніг до серця, є наслідком дії декількох механізмів. Отже, стиснення склепіння стопи, скорочення м'язів литок і стегон штовхають кров вгору. Дихальні рухи також полегшують роботу, зменшуючи тиск у грудній клітці під час кожного вдиху. Ось чому ходьба та фізичні вправи можуть обмежити ризик венозної недостатності.

Фізіологічні механізми кровообігу забезпечують рух крові по артеріям і артеріолам, капілярам та венам усього організму, охоплюючи всі клітини, як це показано на рис. 11 [91; 117]. В капілярах і венах є допоміжні механізми. Рух артеріальної крові шлуночками відбувається до так званої ізофігмічної точки капілярів, де відбувається викид води і солей в інтерстиціальну рідину і розвантаження артеріального тиску до тиску в інтерстиціальній рідині, величина якого близько 25 мм рт. ст. Далі відбувається реабсорбція (зворотне всмоктування) води, солей і продуктів життєдіяльності клітин з інтерстиціальної рідини в посткапіляри під дією всмоктувальної сили передсердь (рідинний вакуум — переміщення атріовентрикулярних перегородок, АВП донизу) і далі — самопливом під дією сил гравітації до передсердь. Переміщення АВП вгору призводить до систоли передсердь і одночасно до діастоли шлуночків. Відмінність тисків створюється ритмічною роботою передсердь і шлуночків серця, що перекачує кров з вен в артерії.

Права половина серця і ліва працюють узгоджено. Серцевий цикл поділяється на загальну діастолу (розслаблення), систолу (скорочення) передсердь, систолу шлуночків. Під час загальної діастоли тиск в порожнинах серця близький до нуля, в аорті повільно знижується з систолічного до діастолічного, у нормі в людини дорівнюють відповідно 120 і 80 мм ртутного стовпчика. Оскільки тиск в аорті вищий, ніж у шлуночку, аортальний клапан закритий. Тиск у великих венах (центральный венозний тиск, ЦВТ) становить 2–3 мм ртутного стовпчика, тобто трохи вищий, ніж у порожнинах серця, таким чином кров надходить у передсердя і, транзитом, в шлуночки. Передсердно-шлуночкові клапани в цей час відкриті. Під час систоли передсердь циркулярні м'язи передсердь перетискають вхід з вен у передсердя, що перешкоджає зворотному потоку крові, тиск у передсердях підвищується до 8–10 мм ртутного стовпчика, і

кров переміщується у шлуночки. Під час наступної систоли шлуночків тиск в них стає вищим від тиску в передсердях (які починають розслаблятися), що призводить до закриття передсердно-шлуночкових клапанів. Зовнішнім проявом цієї події є I тон серця. Потім тиск у шлуночку перевищує аортальний, внаслідок чого відкривається клапан аорти і починається витіснення крові з шлуночка в артеріальну систему. Розслаблене передсердя в цей час заповнюється кров'ю.



Рис. 11. Серцево-судинна
система людського
організму

Фізіологічне значення передсердь полягає головним чином у ролі проміжного резервуара для крові, що надходить з венозної системи під час систоли шлуночків. На початку загальної діастоли, тиск у шлуночку падає нижче від аортального (закриття аортального клапана, II тон), потім нижче від тиску в передсердях і венах (відкриття передсердно-шлуночкових клапанів), шлуночки знову починають заповнюватися кров'ю. Об'єм крові, що викидається шлуночком серця за кожну систолу становить 60–80 мл. Ця величина зветься ударним об'ємом. Тривалість серцевого циклу 0,8–1,0 сек. (за даними Б. Й. Цуканова 0,7–1,1 сек. — див. у наступному розділі), що дає частоту серцевих скорочень (ЧСС) 60–70 за хвилину (55–85 скорочень, див. далі у розділі 6). Звідси хвилинний об'єм кровотоку сягає 3–4 літрів за хвилину (хвилинний об'єм серця, ХОС).

Артеріальна система, капіляри та венозна системи функціонують узгоджено [91].

Артерії, які майже не містять гладких м'язів, але мають потужну еластичну оболонку, виконують головним чином «буферну» роль, згладжуючи перепади тиску між систолою і діастолою. Стінки артерій пружно розтяжні, що дозволяє їм прийняти додаткову кількість крові, що «вкидається» серцем під час систоли, і лише помірно, на 50–60 мм ртутного стовпчика, підняти тиск. Під час діастоли, коли серце нічого не перекачує, саме пружне розтягнення артеріальних стінок підтримує тиск, не даючи йому впасти до нуля, і тим самим забезпечує безперервність кровотоку. Розтягування стінки судини сприймається як удар пульсу. Артеріоли мають розвинену гладку м'язову тканину, завдяки якій здатні активно змінювати власний просвіт і, таким чином, керувати опором кровотоку. Отже на артеріоли доводиться найбільше падіння тиску, і саме вони визначають співвідношення об'єму кровотоку та артеріального тиску. Відповідно, артеріоли називають резистивними судинами.

Капіляри характеризуються тим, що їх судинна стінка представлена одним шаром клітин, так що вони високопроникні для всіх розчинених у плазмі крові низькомолекулярних речовин. Тут відбувається обмін речовин між тканинною рідиною і плазмою крові. Під час проходження крові крізь капіляри, плазма крові 40 разів повністю оновлюється з інтерстиціальної (тканинної) рідини. Обсяг тільки дифузії через загальну обмінну поверхню капілярів організму становить близько 60 л/хв або приблизно 85 000 л/добу. Тиск на початку артеріальної частини капіляра 37,5 мм ртутного стовп-

чика; ефективний тиск становить близько $(37,5 - 28) = 9,5$ мм ртутного стовпчика (рт. ст.). Тиск в кінці венозної частини капіляра, спрямований назовні капіляра, становить 20 мм рт. ст.; ефективний реабсорбційний тиск — близько $(20 - 28) = -8$ мм рт. ст. [12; 13].

Від органів кров повертається крізь **посткапіляри у венули і вени** в праве передсердя, верхньою та нижньою порожнистими венами, а також по коронарних венах (венах, що повертають кров від серцевого м'яза). **Венозне повернення** здійснюється кількома механізмами. По-перше, базовий механізм — завдяки перепаду тисків у кінці венозної частини капіляра, спрямований назовні капіляра близько 20 мм рт. ст., в ТЖ — 28 мм рт. ст.) і передсердь (близько 0), ефективний реабсорбційний тиск близько $(20 - 28) = -8$ мм рт. ст. По-друге, для вен скелетних м'язів важливо, що під час скорочення м'яза тиск «ззовні» перевищує тиск у вені, так що кров «вичавлюється» з вен скороченням м'язів. Присутність же венозних клапанів визначає напрямок руху крові — від артеріального кінця до венозного. Цей механізм особливо важливий для вен нижніх кінцівок, оскільки тут кров венами піднімається, долаючи гравітацію. По-третє, присмоктувальна роль грудної клітки. Під час вдиху тиск у грудній клітці зменшується нижче атмосферного (який приймається за нуль), що забезпечує додатковий механізм повернення крові. Величина просвіту вен, а відповідно і їх обсяг, значно перевищують подібні показники артерій. Крім того, гладкі м'язи вен забезпечують зміну їх обсягу в досить широких межах, пристосовуючи їх ємність до мінливої кількості крові яка обертається. Тому, з точки зору фізіологічної ролі, вени *можна визначити як «ємнісні судини»* [12; 13].

Кількісні показники роботи серця та їх взаємозв'язок [12; 13].

Розрізняють системи низького та високого тиску. Система низького тиску охоплює вени серцево-судинної системи, праве серце, судини малого кола кровообігу, ліве передсердя і лише під час діастолі, також і лівий шлуночок. Система високого тиску залучає лівий шлуночок під час систолі, а також артерії й артеріоли кровоносної системи. Система низького тиску містить майже 85% обсягу крові.

Якщо говорити про кров'яний тиск, то мають на увазі кров'яний тиск в артеріях, які перебувають в системі кровообігу. Він коливається між систолою (фазою викиду серця) та діастолою (фазою наповнення чотирьох порожнин серця) і виражається як подвійне значення цих двох фаз. Спочатку дається систолічне, а потім діастолічне значення. У середньому ці показники для нормально працюючого серця

становлять від 130 до 190 гПа (100–140 мм рт. ст.) для систоли і від 80 до 120 гПа (60–90 мм рт. ст.) для діастолі. Різниця між систолічним і діастолічним артеріальним тиском називається амплітудою пульсу, амплітудою артеріального тиску або пульсовим тиском.

Ударний об'єм серця (V_{contr}) — обсяг, який лівий шлуночок викидає в аорту (а правий — в легеневий стовбур) за одне скорочення. У людини дорівнює 50–70 мл.

Хвилинний об'єм кровотоку (V_{minute}) — обсяг крові, що проходить крізь поперечний переріз аорти і легеневого стовбура за хвилину. У дорослої людини хвилинний об'єм приблизно становить 5–7 літрів.

Частота серцевих скорочень (F_{req}) — число скорочень серця на хвилину.

Серцевий викид і центральний венозний тиск визначається на серцево-судинній діаграмі як точка перетину кривої серцевої діяльності та кривої дії судин.

Артеріальний тиск — тиск крові в артеріях.

Систолічний тиск — найвищий тиск під час серцевого циклу, що досягається до кінця систоли.

Діастолічний тиск — найнижчий тиск під час серцевого циклу, досягається в кінці діастолі шлуночків.

Пульсовий тиск — різниця між систолічним і діастолічним тиском.

Середній артеріальний тиск (P_{mean}). Фізіологічний зміст цієї величини — це такий еквівалентний тиск, щоб при постійності хвилинний об'єм кровотоку не відрізнявся би від спостережуваного в дійсності.

Загальний периферичний опір — опір, який судинна система надає кровотоку. Безпосередньо не можна виміряти опір, але його можна обчислити, виходячи з хвилинного об'єму і середнього артеріального тиску. $V_{\text{minute}} = P_{\text{mean}} R_{\text{perif}}$

Хвилинний об'єм кровотоку дорівнює відношенню середнього артеріального тиску до периферійного опору.

Важливу роль у регуляції функціонування серцево-судинної системи організму відіграє **нервова система**. Вони анатомічно схожі між собою, що видно на рис. 11 і 12 [117; 118]. Схожість між ними полягає в тому, що завдяки серцю, як центральному органу, та розгалуженим по усьому тілу артеріям, капілярам і венам — серцево-судинна система тотально охоплює усі клітини, органи і весь організм людини, виконуючи функцію живлення, обміну речовин та

каналізації відходів. Нервова система виконує таку ж тотальну, але переважно регулятивну, відносно усього організму, роль. Звичайно, що ці дві системи тісно пов'язані між собою.

Нервова система умовно розділяється на дві основні підсистеми: центральну і периферичну [92; 118]. Центральна нервова система (ЦНС) — це головний і спинний мозок, а периферична нервова система (ПНС) — це сукупність нейронів, що поєднують ЦНС з клітинами й органами усього організму. Головний мозок міститься в черепній порожнині черепа, а спинний — всередині хребетної порожнини хребетного стовпа. Дещо спрощуючи, можна сказати, що ЦНС — це те, що знаходиться всередині цих двох порожнин, а периферична нервова система знаходиться поза ними. Насправді ж, існують деякі елементи периферичної нервової системи, які знаходяться в межах черепних або хребетних порожнин. Периферична нервова система названа так, тому що вона знаходиться на периферії — тобто поза головним і спинним мозком. Тобто розділова лінія між центральною і периферичною нервовою системами є умовною.

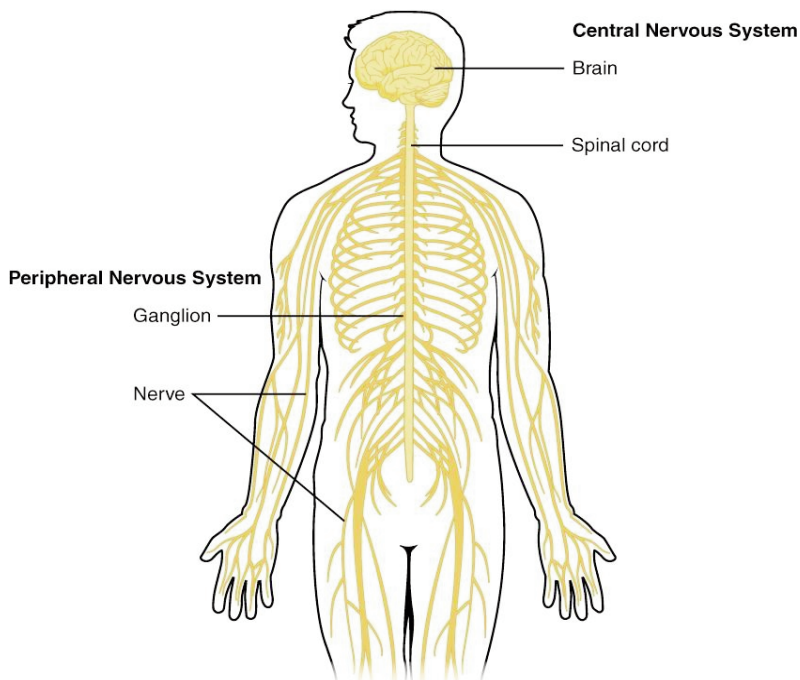


Рис. 12. Центральна і периферична нервова система людського організму

Структури ПНС називають гангліями і нервами, які можна розглядати як окремі її складові. Еквівалентні структури в ЦНС не очевидні з цієї загальної точки зору і найкраще досліджуються в підготовленій тканині під мікроскопом.

Нервова тканина, присутня як в ЦНС, так і в ПНС, містить два основних типи клітин: нейрони і гліальні клітини. Гліальна клітина — це одна з безлічі клітин, які забезпечують каркас тканини, що підтримує нейрони та їх діяльність. Нейрон є більш функціонально важливим з цих двох видів клітин, з точки зору комунікативної функції нервової системи. Для опису функціональних відділів нервової системи важливо розуміти будову нейрона.

Нейрони — це клітини і тому мають сому, або клітинне тіло; нейрони також мають розширення; кожне розширення, як правило, називають процесом. Існує один важливий процес, яким закінчується кожен нейрон — аксон, який є клітковиною, що з'єднує нейрон зі своєю мішенню.

Ще один тип процесу, який відгалужується від соми, це дендрит. Дендрити відповідають за отримання більшої частини вхідних даних від інших нейронів.

Нервова тканина складається з областей, які переважно містять клітинні тіла та області, які значною мірою складаються лише з аксонів. Ці дві області всередині структур нервової системи часто називають сірою речовиною (регіони з багатьма клітинними тілами та дендритами) або білою речовиною (регіони з багатьма аксонами). Кольори, що приписуються цим регіонам, — це те, що можна було б побачити через мікроскоп у «свіжій» або незабарвленій нервовій тканині. Сіра речовина необов'язково сіра. Вона може бути рожевою через вміст крові, або навіть злегка засмаглою, в залежності від того, як довго зберігалася тканина, як це показано на рис. 13 [117]. Але біла речовина біла, оскільки аксони ізольовані багатим ліпідами речовиною під назвою мієлін. Ліпіди можуть виглядати як білий («жирний») матеріал, так само, як жир на сирому шматку курки або яловичини. Насправді, сіра речовина може мати той колір, який їй приписують, тому що поруч з білою речовиною він просто темніший — отже, сірий.

Різниця між сірою і білою речовиною найчастіше застосовується до центральної нервової тканини, яка має великі області, що можна побачити неозброєним оком [118; 119]. При огляді периферичних структур часто використовують мікроскоп і фарбують тканину штучними фарбами.

Мозок — центральний відділ нервової системи, зазвичай розташований у головному (передньому) відділі тіла, який складає компакте скупчення нейронів і дендритів — див. на рис. 13. У багатьох тварин мозок містить також гліальні клітини, оточені оболонкою зі сполучної тканини.

Мозок, як показано на рис. 13, видалений під час розтину, з видаленим частковим відділом, показує білу речовину, оточену сірою речовиною. Сіра речовина становить зовнішню кору мозку.

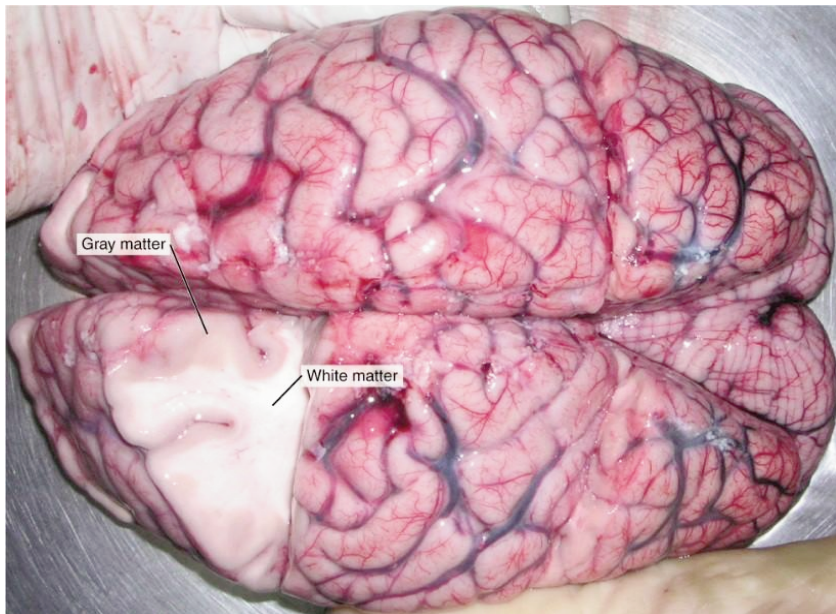


Рис. 13. Відкритий мозок, сіра та біла речовина

Незалежно від зовнішнього вигляду забарвленої або незабарвленої тканини мозоку, клітини тіл нейронів або аксонів можуть розташовуватися в дискретних анатомічних структурах, які потрібно назвати. Ці назви специфічні для того, чи є структура центральною чи периферійною. Локалізована сукупність тіл нейронних клітин в ЦНС називають ядром. У ПНС скупчення тіл нейронних клітин іменуються ганглієм. Термін «ядро» має кілька різних значень в анатомії та фізіології. Це центр атома, де знаходяться протони та нейтрони; це центр клітини, де знаходиться ДНК; і це центр певної функції

в ЦНС. У центральній нервовій системі існує група ядер, які з'єднані між собою і колись називалися базальними гангліями до того, як «ганглії» став прийнятий як опис периферичної структури. Деякі анатоми називають цю групу ядер «базальними ядрами», щоб уникнути плутанини.

На рис. 14 показані основні відділи головного мозку на його поперечному зрізі [119].

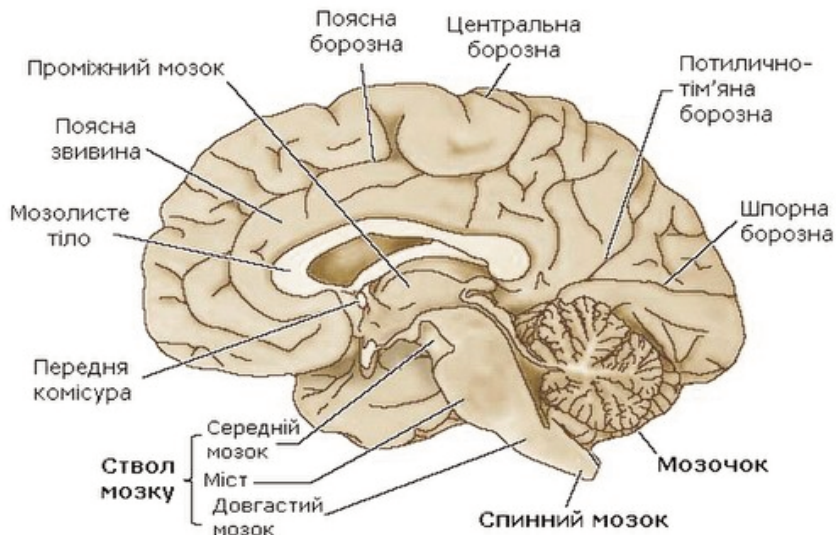
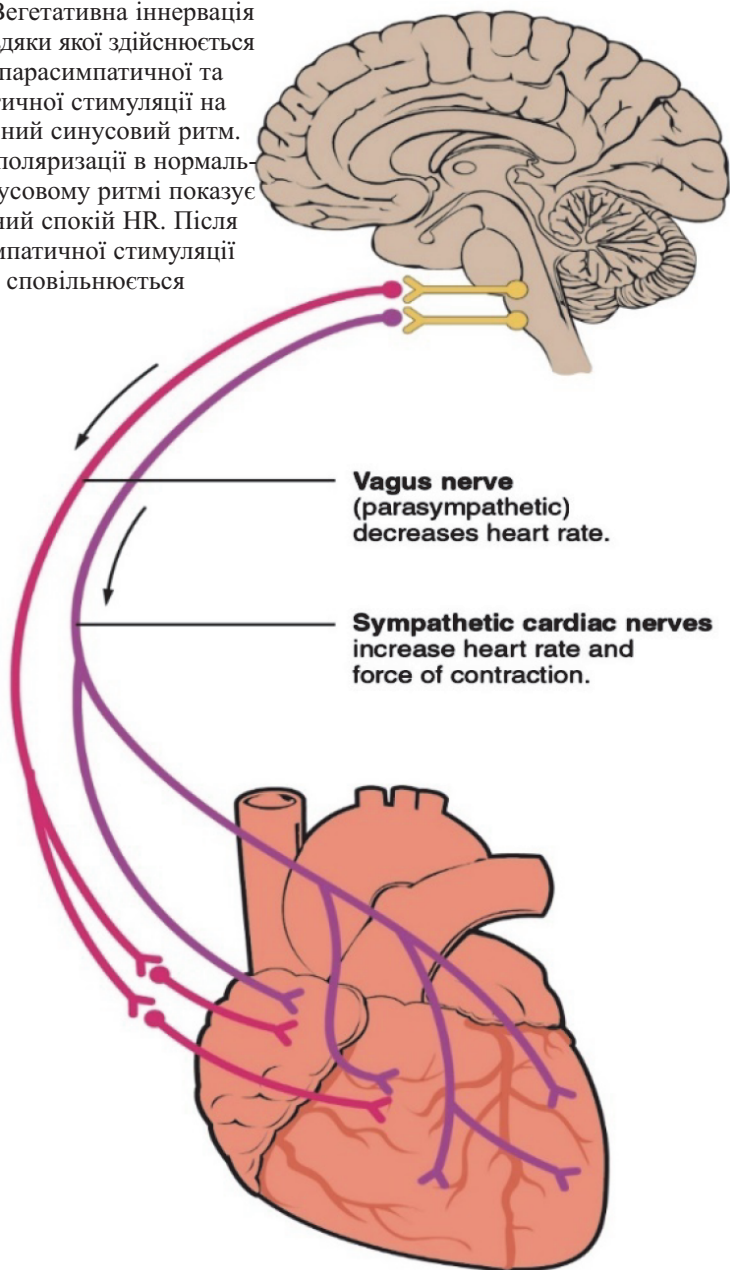


Рис. 14. Головний мозок людини та його основні відділи у поперечному зрізі

Нервова система серця складається з двох відділів, один з яких міститься в ЦНС, у двох центрах довгастого мозку, а другий — у стінках самого серця, що утворює провідну систему серця, як це показано на рис. 15 [91]. Нервова система мозку регулює частоту і силу серцевих скорочень: симпатична нервова система обумовлює посилення скорочень, парасимпатична — їхнє послаблення. У стінках серця знаходиться провідна система мозку, що складається з численних внутрішньосерцевих гангліїв, об'єднаних у гангліозне сплетіння, яке іноді називають «серцевим мозком».

Рис. 15. Вегетативна іннервація серця, завдяки якій здійснюється вплив парасимпатичної та симпатичної стимуляції на нормальний синусовий ритм. Хвиля деполяризації в нормальному синусовому ритмі показує стабільний спокій HR. Після парасимпатичної стимуляції HR сповільнюється



Серцево-судинні центри НС [91].

Нервовий контроль над серцевою діяльністю централізований всередині двох парних серцево-судинних центрів довгастого мозку. Кардіоакселераторні області стимулюють активність за допомогою симпатичної стимуляції кардіоакселераторних нервів, а кардіоінгібіторні центри знижують активність серця за допомогою парасимпатичної стимуляції як одного компонента блукаючого нерва, черепного нерва X. Під час спокою обидва центри забезпечують незначну стимуляцію серця, що сприяє **вегетативному тону**су.

І симпатичні, і парасимпатичні стимуляції протікають через парну складну мережу нервових волокон, відому як **серцеве сплетіння** біля основи серця. Серцеве сплетіння називають провідною системою серця. Кардіоакселераторний центр також посиляє додаткові волокна, утворюючи серцеві нерви через симпатичні ганглії (шийні ганглії плюс верхні грудні ганглії T1—T4) як до SA, так і AV вузлів, плюс додаткові волокна до передсердь і шлуночків. Шлуночки більш насичено іннервуються симпатичними волокнами, ніж парасимпатичні волокна. Симпатична стимуляція викликає викид нейромедіатора норадреналіну (NE) в нервово-м'язовому з'єднанні серцевих нервів. NE скорочує період реполяризації, тим самим прискорюючи швидкість деполяризації та скорочення, що призводить до збільшення HR. Він відкриває хімічно- або лігандні іонні канали натрію і кальцію, дозволяючи приплив позитивно заряджених іонів.

NE зв'язується з рецептором бета-1. Деякі серцеві препарати (наприклад, бета-блокатори) працюють, блокуючи ці рецептори, тим самим сповільнюючи HR і є одним з можливих методів лікування гіпертонії. Перепризначення цих препаратів може призвести до брадикардії і навіть зупинки роботи серця.

Кардіоакселераторні та кардіоінгібіторні ділянки є складовими парних серцевих центрів, розташованих у довгастому мозку. Вони іннервують серце через симпатичні серцеві нерви, які збільшують серцеву діяльність і блукаючі (парасимпатичні) нерви, які уповільнюють серцеву діяльність.

Парасимпатична стимуляція бере свій початок з кардіоінгібіторної області з імпульсами, що проходять через блукаючий нерв (черепний нерв X). Блукаючий нерв посиляє гілки як до СА і АВ-вузлів, так і до ділянок як передсердь, так і шлуночків. Парасимпатична стимуляція вивільняє нейромедіатор ацетилхолін (AЧ) в нервово-м'язовому з'єднанні. AЧ уповільнює HR, відкриваючи хімічно- або ліган-

дні іонні канали калію для уповільнення швидкості спонтанної деполяризації, що розширює реполяризацію і збільшує час до наступної спонтанної деполяризації. Без будь-якого нервового збудження вузол SA встановив би синусовий ритм приблизно 100 уд./хв. Оскільки показники спокою значно менше цього, стає очевидним, що парасимпатична стимуляція зазвичай уповільнює HR. Це схоже на індивідуальне водіння автомобіля однією ногою на педалі гальма. Щоб прискорити, потрібно просто зняти ногу з перерви і дати двигуну збільшити обороти. У випадку з серцем зменшення парасимпатичної стимуляції зменшується вивільнення АГ, що дозволяє HR збільшуватися приблизно до 100 уд./хв. Будь-яке збільшення за цей показник вимагатиме симпатичної стимуляції. Рис. 15 ілюструє вплив парасимпатичної і симпатичної стимуляції на нормальний синусовий ритм. На рис. 16 [120] показана провідна система серця.

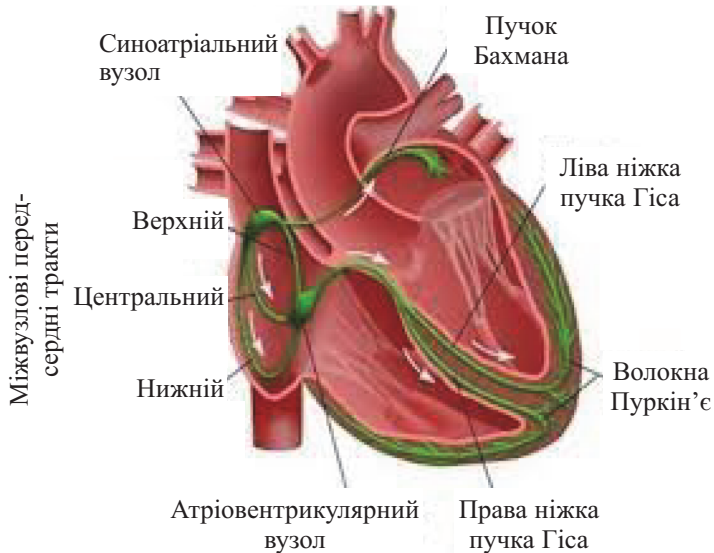


Рис. 16. Провідна нервова система серця

Отже, як свідчать наведені дані, серцево-судинна і нервова системи тісно взаємодіють між собою, тобто між ними існують прямі та зворотні системні зв'язки. Функціональні впливи однієї системи на другу містять в собі глибинні психофізіологічні можливості, які поступово вивчаються в кардіології, анатомії, біології, фізіології, психології людини. Багато закономірностей цієї взаємодії можуть

бути виявлені також у психологічних дослідженнях — у психофізиці, психофізіології, метапсихології серцевої діяльності, що ми покажемо у наступних розділах книги.

Вище вже вказувалося, що у США працює Інститут математики серця — HeartMath Institute (HeartMath. 14700 West Park Avenue. Бюлдер-Крик, Каліфорнія 95006) [111; 112; 123], який займається дослідженням саме взаємозв'язку серця, мозку і психіки. Дослідники Інституту вивчають, як серцевий ритм і серцева частота впливають на мислення, почуття і поведінку людини, як можна використовувати ці знання для покращення її фізичного і психічного здоров'я.

В Інституті математики серця взаємозв'язок між серцевим ритмом і станом здоров'я вивчається з точки зору фрактальної геометрії та динамічних систем. Математики Інституту розробили певну геометричну фігуру серця, так звану кардіоїду, що має форму серця і виступає її математичною моделлю. Вона описується математичним рівнянням, що має вигляд: $(x^2 + (9/4)*(y^2 + z^2 - 1)^3 - (x^2)*(z^3) - (9/200)*(y^2)*(z^3))$. Це рівняння можна використовувати у різних модифікаціях. За допомогою цієї тривимірної моделі серце вивчається спеціальними математичними методами.

Психолог О. В. Іванова у своїх міркуваннях щодо природи серця спирається саме на дослідження американського Інституту математики серця, додаючи на нього власні думки [123]. Так, вона слушно стверджує, що серце виступає не просто насосом, а є «метафорою внутрішньої істини», органом, що сповнений «мудрості». Воно постає «справжнім центром інформації», «взаємодіє з мозком і тілом». Вона вказує на докази дослідників з HeartMath Institute того, що серце надсилає до мозку більше сигналів, ніж мозок до серця. Серце спілкується з мозком і тілом кількома шляхами: нервовими імпульсами, гормонами й нейротрансмітерами, фізичними хвилями (наприклад, пульс-хвилюю), і, що найцікавіше — електромагнітним полем, яке у багато разів сильніше за магнітне поле мозку. Американські дослідники показали, що коли людина перебуває у стані гармонії, вдячності чи спокою, то серце генерує когерентний ритм, тобто узгоджений ритм, у якому фізіологічні, електричні та емоційні процеси працюють у злагоді. А це позитивно впливає на увагу, пам'ять, мислення й творчість. Оксана Іванова впевнена, що ми так часто слухаємо розум, що забуваємо, як звучить серце. А воно говорить тихо, але завжди чесно.

Дослідниця пропонує спробувати почути своє серце за допомогою певних прийомів. «Слухай уважніше своє серце і тоді почувеш,

що воно говорить раніше, ніж розум встигає щось пояснити. Зробіть маленькі практичні справи «Дихання серця», що дозволяють відчувати це. Для цього треба сісти зручно. Закрити очі. Зробити три повільні вдихи. Покласти руку на серце і відчувати, як воно рухається під долонею. Доцільно уявити, що дихаєш саме через серце: повільний вдих — через серце, повільний видих — через серце. З кожним подихом дозвольте напрузі з тіла розчинитися. Згадайте людину, момент чи подію, за яку вона вдячна/вдячний. Відчуйте, як тепло вдячності розширюється в грудях і заповнює все тіло. Побудьте у цьому стані кілька секунд. Ваша серцева хвиля зараз узгоджується з мозком — це і є стан когерентності, коли розум і серце працюють в одному ритмі. Серце — це ваш внутрішній компас, який знає напрямок думання ще до того, як його зрозуміє розум» [123].

Варто також згадати, що в Україні, ще у 1980–2000-х роках професором Одеського університету Б. Й. Цукановим був проведений цикл фундаментальних психофізичних досліджень проблеми часу у психіці індивіда, в ході яких розглядалися цікаві кардіопсихологічні питання [83–90], про що ми докладно вкажемо в наступних розділах посібника.

За кордоном з'являються праці по психотерапевтичній проблематиці серця. Так, вийшла книга А. В. Курпатова та Г. Г. Авер'янова «Психологія серця. Посібник для лікарів загальної практики» [30]. У ній висвітлюється роль «психічного фактору» у кардіології. Розглядаються питання етіології, патогенезу, симптомоутворення, лікування і профілактики серцево-судинних захворювань з точки зору психотерапевта. У ній описується тактика надання психологічної допомоги кардіологічному хворому. Посібник складається з чотирьох частин: 1. Психосоматична проблема. 2. Психічний фактор у кардіологічній патології. 3. Психічні розлади з клінікою серцево-судинних хвороб. 4. Загальні принципи лікарняної взаємодії з хворими кардіологічного профілю. Сам факт видання цієї книги заслуговує на увагу і враховується в нашій роботі по метапсихології серця і кардіопрофілактиці особистості.

Якщо узагальнити усі наведені у попередніх розділах посібника дані про серце, включаючи ті, що притаманні стародавній філософії, Біблії, фольклору, мистецтву, кардіології та психології, то серце постає багатограним, дійсно метапсихологічним органом, який реалізує різноманітні, важливі для життєдіяльності людини функції. Це, передусім, функції своєрідного живого двигуна, насоса

і разом з тим — датчика, еталона, регулятора, живого комп'ютера, стимулятора життєдіяльності людини. Ці функції серцево-судинна система здійснює не окремо, а у тісній інтеграції з іншими системами організму — нервовою, центральною та периферійною, імунологічною, легеневою, січе-статевою, шлунково-кишковою, генетичною, психологічною тощо. Серце і серцево-судинна система, виконуючи свої енергетичні та інформаційні функції, активізує або гальмує кровопостачання в ті чи інші органи, поля і центри головного мозку, ЦНС і ПНС, і тому визиває відповідні модифікації відчуттів, перцепції, образів уяви, мислення, емоцій та почуттів — через зміну їх тону, інтенсивності, полярності тощо. Ця картина змін когнітивної сфери особистості є дуже диференційованою, адже сама серцево-судинна діяльність характеризується різноманітними змінними параметрами — динамікою, обсягом і швидкістю кровообігу, пульсом (кардіологи вирізняють 15 його видів), тиском (нормальним, гіперта гіпотонічним тощо), ступенем насиченості киснем та продуктами живлення, гормонами, вітамінами, еритроцитами та лейкоцитами у різних співвідношеннях тощо. Ця біохімічна гамма складу та фізіологічна палітра функцій крові та кровоносної системи визначає витончені нюанси взаємовпливу між кровоносною системою та станами організму в цілому, його окремими органами, передусім мозком, ЦНС і, врешті-решт, — особистістю, виступаючи важливою енергетичною та інформаційною складовою її центрального утворення — Я.

Звичайно, що ці багатоаспектні взаємозв'язки не могли бути не поміченими, впродовж багатьох століть історичного існування людства, його мудрецами, релігійними діячами, стародавніми лікарями, поетами, митцями, науковцями і просто спостережливими людьми. Це знайшло своє яскраве відображення у Біблії, афоризмах мудрих людей, фольклорі, поезії, музиці, прозі, у наукових концепціях мислителів, кардіологів, психологів тощо. Варто відмітити, що відображення особливостей серцево-судинної діяльності завдяки особистості носить рефлексивний характер і тому є метафоричним, символічним, осмисленим, адже воно є самоусвідомленням народом та окремими його представниками фактичних, об'єктивних даних про роботу серця.

Вказані особливості функціонування серцево-судинної діяльності, у взаємозв'язку з ВНД ЦНС, багатозначно корелюють, через кровопостачання, з життєдіяльністю, соціальною, трудовою, громадянською, родинною поведінкою людини. Корелюють вони і з регу-

лятивною та саморегулятивною системою мозку й особистості. Ця багатозначна інтеркореляція носить, за її визначенням, взаємний характер, що означає вплив серця, як унікального датчика, еталона, регулятора й стимулятора, на стан організму й особистості, так і, зворотним шляхом, — впливу, позитивного і негативного, від органів, передусім ЦНС, організму й особистості, на серце.

Підкреслимо, що в цих унікальних взаємовпливах серцево-судинна система інтегрована з центральною та периферійною нервовою системою, з психологічною системою особистості, що забезпечує можливість регуляції та саморегуляції серця з боку психіки людини, про що йдеться далі у посібнику, в якому докладно деталізуються метапсихологічні, зокрема кардіопсихопрофілактичні аспекти проблеми здоров'я особистості та її серця.

6. ПСИХОФІЗИКА ПУЛЬСУЮЧОГО СЕРЦЯ В УЧЕННІ Б. Й. ЦУКАНОВА ПРО ЧАС У ПСИХІЦІ ЛЮДИНИ ТА ЇЇ ТЕМПЕРАМЕНТ

Борис Йосипович Цуканов (18 жовтня 1946 року — 25 грудня 2007 року) — доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри диференційної та експериментальної психології Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова, закінчив 1968 року фізико-математичний факультет Херсонського державного педагогічного інституту. З 1976 року, перебуваючи в аспірантурі при кафедрі психології Одеського державного університету ім. І. І. Мечникова, здійснював психологічне дослідження проблем сприймання часу під керівництвом відомого вченого, доктора психологічних наук, професора Давіда Генріховича Елькіна (1895–1983), учня Миколи Миколайовича Ланге (1858–1921). 1982 року захистив кандидатську дисертацію за темою «Латентний період реакції та відображення тривалості» в Інституті психології України.

1985 року Б. Й. Цукановим було зроблено наукове відкриття закономірного зв'язку між суб'єктивною помилкою у відтворенні часових інтервалів і типом темпераменту. На цій основі було проведено цикл фундаментальних теоретико-експериментальних та науково-прикладних досліджень, результати яких знайшли відображення у докторській дисертації «Власна одиниця часу у психіці індивіда», що була успішно захищена 1992 року в Київському державному університеті ім. Т. Г. Шевченка. В ході наукових пошуків Б. Й. Цукановим було виділено власну одиницю часу, так званий тау-тип, у структурі психіки людини як показник її темпераменту, побудовано циклоїдну модель часу, що переживається суб'єктом, відкрито закон ходу індивідуального годинника людини, описано сукупність реальних часових властивостей психіки індивіда та особистості. Водночас вчений довів зв'язок тау-типу з індивідуальною тривалістю пульсу, як показника циклічної роботи серця.

У подальших дослідженнях вченим було фактично створено сучасну теорію темпераменту як базової підструктури особистості. Спираючись на фундаментальні ідеї про темперамент Гіппократа, І. П. Павлова, Б. М. Теплова, В. Д. Небиліцина, Г. Айзенка, Я. Стреляу та інших вчених, продовжуючи традиції психологічних досліджень проблеми сприймання часу свого вчителя Д. Г. Елькіна, Б. Й. Цуканов здійснив в ході теоретико-експериментального аналізу та синтезу

методологічно обґрунтоване «сходження від абстрактного до конкретного» у розумінні природи часу в психіці індивіда. Розглядаючи «тау-тип» людини як висхідну одиницю, природжено зумовлений крок ходу внутрішнього годинника індивіда — він вивів з його значення інші, похідні параметри життєдіяльності особистості: її належність до тієї чи тієї типологічної темпераментальної групи, параметри типологічних груп, великий біологічний цикл людини, нормативи режиму життєдіяльності (тривалість сну та бадьорості), типологічно зумовлені ризики й очікувані терміни виникнення або загострення деяких психосоматичних хвороб із числа переважаючих для кожного типу темпераменту, критерії вияву інтелектуальної обдарованості та відсталості, шляхи здійснення профорієнтаційних заходів тощо.

Теорія Б. Й. Цуканова дозволила розробити ефективні програми психопрофілактики, психотерапії аномальних проявів серця людини тощо. Його оригінальний об'єктивний метод (єдиний у світовій науці!) визначення типу темпераменту, групи інфарктного ризику, прогнозу моменту серцевого нападу та психотерапевтичного супроводу кардіологічних хворих у процесі їх видужування був схвалений на вчній раді Київського інституту кардіології імені М. Д. Стражеска. На основі застосування кардіологами і психологами технології кардіопсихотерапії, як вважає вчений, може бути запропонована (і ним вона була дійсно розроблена) ефективна муніципальна «Програма перетворення Одеси на антиінфарктну зону». На жаль, вивчення і використання теоретико-практичної психологічної системи вченого не визвало належної уваги з боку спеціалістів і не набуло поширення у професійній підготовці та діяльності психологів.

Основні наукові праці вченого — «Аналіз помилки сприймання тривалості» (1985 р.), «Фактор часу і природа темпераменту» (1988 р.), «Фактор часу і проблема серцево-судинних захворювань» (1989 р.), «Темперамент — ще один фактор ризику?» (1992 р.), «Диференційна психологія (конспект лекцій)» (1999 р.), «Час у психіці людини» (2000 р.), «Масштаб часу в історії Землі» (2002 р.) [83; 84; 85; 86; 87; 88; 89; 90].

Наше співробітництво з Б. Й. Цукановим впродовж майже двадцяти років (з 1989 по 2007 рік), призвело до переконання, що в ученні талановитого вченого закладені не тільки елементи кардіопсихології, а основи справжньої теорії психофізики пульсуючого серця, що ми покажемо далі в ході додаткової кардіопсихологічної інтерпретації його учення. Для цього необхідно докладно проаналізувати отримані вченим унікальні дані.

6.1. Визначення індивіда й особистості через поняття часової організації життєдіяльності та психіки

Б. Й. Цуканов підходить до визначення індивіда й особистості з позицій загальної та диференційної психології [84]. Він, в цілому, погоджується з думкою більшості вітчизняних та зарубіжних психологів щодо їх природи і проголошує, що «належність людини до біологічного виду «*Homo sapiens*» узагальнюється в понятті *індивід*. Ця належність закріплена на рівні генетичної пам'яті виду і характеризується своєрідною будовою тіла (конституцією). Цей рівень індивідних відмінностей називається конституційним рівнем. Так, на конституційному рівні ми говоримо про відмінності, поділяючи «*Homo sapiens*» на чоловічу та жіночу статі. У межах як чоловічої, так і жіночої статі існують конституційні відмінності за вагою, ростом і певним геометричним співвідношенням різних частин тіла. Можна доповнити ці відмінності кольором шкіри та іншими конституційними атрибутами в будові тіла чи його частин, які визначають расову належність індивіда» [84, с. 7].

Серед психологічних властивостей індивіда Б. Й. Цуканов виділяє передусім дві фундаментальні — чутливість і реактивність — які забезпечують готовність індивіда з моменту його народження до взаємодії з навколишнім світом. Уже на рівні сенсомоторики організація психічної діяльності індивіда характеризується часовими ознаками. Вчений зазначає: «На кожну дію зовнішніх подразників виникає відповідна *реакція*, яка насамперед виявляється в моториці (в рухах). Кожна реакція характеризується латентним періодом, тобто проміжком часу між початком дії подразника і початком відповідного руху. Для опису відмінностей у сенсомоторних зв'язках різних індивідів вводиться поняття *реактивність*. Таким чином, чутливість і реактивність говорять про якісні та кількісні відмінності в складі організації психіки кожного окремого індивіда. Вони говорять про динамічні відмінності в психічному складі індивідів» [84, с. 7–8]. Серед динамічних відмінностей вченим передовсім виділяються часові.

Разом з тим, як зазначає Б. Й. Цуканов, «впродовж певного періоду життя в психіці індивіда виникає якісно і кількісно новий рівень організації — свідомість. Свідомий індивід стає *особистістю*. Тому в межах загальної та в межах диференційної психології дослідників цікавлять відмінності індивідного та особистісного рівнів організації психіки суб'єкта. Якщо чутливість та реактивність є складовими психіки індивіда, тобто зумовлені самою природою (чутливість та реактивність —

фундаментальні властивості всіх носіїв психіки), то свідомість у індивіда виникає в результаті взаємодії із соціальним (людським) оточенням. Особистість відрізняється від індивіда саме свідомістю, як вищою формою психічного відбиття. Особистість, як свідомий індивід, відображає собі навколишній світ у знаннях про нього, відображає себе, свої дії та вчинки в цьому світі, пізнає саму природу і самоусвідомлює свою унікальність. Поєднання індивідних складових психіки із особистісними рисами створює унікальне утворення — індивідуальність. Людська індивідуальність неповторна» [84, с. 8].

Для Б. Й. Цуканова є дуже важливим «питання про взаємозв'язок різних рівнів організації психіки людини. Оскільки людина народжується індивідом, а стає особистістю, то насамперед психологів цікавить питання про вплив одних складових психіки на інші. Це питання про роль біологічного та соціального у виникненні індивідуальних відмінностей. Не має сенсу повторювати крайні варіанти, відомі з курсу загальної психології (біологізаторські та соціологізаторські теорії). В диференційній психології більш важливим є питання про співвідношення спадкового та набутого в психіці індивіда та особистості. На сьогодні деякі дослідники вважають, що спадкове важливе на 100% і набуте важливе на 100%. Звичайно, така відповідь мало кого задовольнить, тому що, виходячи з поглядів вітчизняних дослідників С. Л. Рубінштейна та Б. М. Теплова, треба розглядати співвідношення між спадковим, вродженим та набутим в організації психіки індивіда та особистості. Згідно з поглядами С. Л. Рубінштейна, набуте у психіці особистості виникає завдяки заломленню зовнішнього через внутрішнє. Внутрішнє, згідно з поглядами Б. М. Теплова, зумовлене вродженими властивостями психіки, а не спадковими (генетичними) механізмами. Завдяки зусиллям цих вчених ще раз було підтверджене положення про те, що все спадкове є вродженим, але не все вроджене є спадковим. Саме останнє дало ключ до розуміння індивідних відмінностей у психіці людей в межах диференційної психології» [84, с. 8–9].

Відштовхуючись від цих методологічних положень, Б. Й. Цуканов розробив впродовж майже двадцяти років оригінальних експериментальних досліджень диференційовану картину часової організації психіки індивіда та особистості, яка включає в себе:

– власну одиницю переживання часу, тау-тип, як вихідної у визначенні цілісної структури типів темпераменту і дорівнює тривалості пульсу серця;

– типологічно (темпераментально) зумовлену організацію психологічних властивостей індивіда та особистості;

– відповідні до типу темпераменту психогенетичні диспозиції народження та психічного розвитку індивідів у системі «батьки-діти»;

– закон циклоїдного характеру динаміки життєдіяльності та часової періодизації розвитку індивіда й особистості, базованої на тау-типі, що відповідає тривалості пульсу;

– вплив часових типологічних характеристик психіки на засвоєння і здійснення різних видів діяльності та поведінки людини;

– патопсихосоматичні вияви часових типологічних характеристик індивіда — залежно від тау-типу та нормативної тривалості пульсу;

– технології психологічного супроводження та терапії особистості із тау-типологічно зумовленими відхиленнями у здоров'ї і хворобами, зокрема кардіологічного профілю.

Фактично, вперше у світовій психології індивід та особистість були обґрунтовано представлені в аспекті своєї цілісної часової організації, що має систему типологічних параметрів [84; 90].

6.2. Відкриття власної одиниці переживання часу — τ -типу — як ключового параметру часової організації психіки індивіда, показника психодинаміки серця і темпераменту людини

Розпочавши свої експериментальні дослідження у психології сприймання часу під керівництвом класика вітчизняної психології професора Д. Г. Елькіна, Б. Й. Цуканов поступово й цілеспрямовано занурювався у складну проблематику психології часу, в її проблеми та парадокси, гіпотези та ідеї. Фізик і математик за освітою, психолог за покликанням, він мав можливість критично оцінити природничо-наукові та філософські погляди на сутність часу і сформулювати власну оригінальну позицію в цьому питанні: «Проблема фізичного часу нерозривно пов'язана із пізнаючим суб'єктом, оскільки пояснення перебігу часу, його спрямування та необоротності слід шукати у властивостях людської душі, розуму, свідомості, про що говорили Августин, Декарт, Лейбніц, Кант, Бергсон. Чи не є цей висновок таким вже несподіваним для здорового глузду? Зовсім ні, якщо підійти до суб'єкта-спостерігача як до системи з особливим рівнем організації, відкритої термодинамічної системи, віддаленої від стану рівноваги... Саме в таких системах, виходячи із другого

закону термодинаміки, виникає внутрішній час, він починає текти і стає необоротним...

Фізика неминуcho дійшла до того, що час — ключ до розуміння природи... Але цей ключ знаходиться не у фізичному світі, а в людині» [90, с. 18].

Звідси випливає наступне положення вченого: «Уся подієвість психічного життя характеризується тривалістю, послідовністю і ритмічною структурою. Метрика і топологія часу, що переживається, виявляється у будь-якому психічному акті, починаючи з найпростішого. Час є фундаментальною складовою усієї відображувально-поведінкової взаємодії людини з оточуючим світом. Накопичені дані дозволяють говорити про часову організацію усієї психіки, починаючи з відчуттів і закінчуючи особистістю» [90, с. 19].

Б. Й. Цуканов ретельно аналізує існуючі погляди відомих фізиків, філософів, психологів на проблему часу і формулює свій власний підхід до неї. Він висуває ряд обґрунтованих методологічних положень в цьому напрямі. «Щоб зрозуміти дійсну природу часу, необхідно принципово визначити, що час як реальність існує у вигляді тривалості, що безпосередньо переживається індивідом. Саме завдяки цій тривалості час стає *об'єктом*... для особистості. Те, що дане безпосередньо індивіду, «об'єктивується» у зовнішній світ, і людина починає думати, що вона існує в об'єктивному часі. Насправді ж об'єктивність «реальності особливого роду» (тобто часу — Р. В.) виявляється в тому, що особистість суб'єктивно відображає властивості часу, які скриті в реальних особливостях тривалості, що індивідуально переживається» [90, с. 31].

Для професора Б. Й. Цуканова властива постановка нових принципів питань у контексті проблеми часу, що забезпечує революційний прорив у її розв'язанні. Одним з найсуттєвіших у психології часу він вважає «питання про індивідуальні межі тривалості теперішнього у представників різних типологічних груп. Подібні межі, без сумніву, існують, оскільки кожна людина володіє власним індивідуальним часом, який залежить від самої людини, від її мозку..., що виконує роль головного годинникового механізму... Питання про індивідуальну міру часу — тривалості «дійсного теперішнього» — є стрижневим у загальній організації психіки суб'єкта» [90, с. 31–33].

Низка наступних питань призводить дослідника до логічних кроків у визначенні цієї індивідуальної міри часу: «...Якщо час людини, що індивідуально переживається, залежить від мозку, то цілком

вірогідно, що і власний часовий масштаб особистості та її власний інтелектуальний рівень організації повинен залежати від якості ходу власного годинника індивіда» [90, с. 33]. Це фундаментальне положення вченого визначає шляхи пошуку найбільш адекватного методу дослідження часу, що переживається індивідом. В якості такого Б. Й. Цуканов, після ґрунтовного теоретичного аналізу і ретельної експериментальної перевірки, обирає розроблений ще 1864 року А. Норингом метод відтворення тривалості часу.

Процедурна сторона методу полягає в тому, що суб'єкту пред'являються два послідовних сигнали, які позначають початок і кінець проміжку тривалості у секундному діапазоні (від 1 до 6 секунд), що переживається (to). Від суб'єкта вимагається відтворити такий же проміжок якомога точніше (див. процедуру досвіду у розділі 6.3). Численні експерименти свідчать про те, що між заданим проміжком (to) і відтвореним проміжком (ts) у більшості суб'єктів існують розбіжності, які можуть бути зафіксовані у вигляді певної «помилки» [90, с. 33]. Ця «помилка» втім не стала раніше предметом спеціального психологічного аналізу. Проведення такого аналізу Б. Й. Цукановим призвело до відкриття одиниці переживання суб'єктом тривалості часу. Розглянемо логіку цього відкриття більш ретельно.

Часова «помилка» може бути представлена або як абсолютна величина $\Delta = to - ts$, або як відносна величина $E = ts : to \times 100\%$. Оцінюючи отриману дослідниками відносну часову помилку, Б. Й. Цуканов звернув увагу на те, що вона приблизно однакова у різних авторів: у Вудроу на проміжках від 2 сек. до 30 сек. E дорівнює 16–17%, у Кольмана на проміжках до 3 хвилин $E = 15\%$, Фресс отримав $E = 14$ –16%.

У цих дослідженнях вченим був отриманий ще один парадоксальний результат, який полягає в тому, що середній коефіцієнт відтворення часових проміжків у великій вибірці піддослідних (якщо цей коефіцієнт підраховувати як відношення суми усіх відтворених інтервалів до суми заданих експериментатором інтервалів, тобто $\tau = \sum ts : \sum to$) дорівнює не 1,0, як це слід було б очікувати з точки зору здорового глузду, а 0,9. Інакше кажучи, «середньогруповий суб'єкт» запрограмований на більш швидкісне відтворення часового сигналу, аніж той, що заданий, тобто цей «суб'єкт» має певний «запас» часу. Вірогідніше за все, це пов'язане з існуванням так званого часу реакції на події.

Водночас дослідники встановили, що існують суб'єкти, які недовідмірюють і переоцінюють проміжки часу, і суб'єкти, що перевідмірюють і недооцінюють проміжки часу.

Б. Й. Цуканов провів власне дослідження «помилки» відтворення інтервалів $t_0 = 2, 3, 5$ сек. (за участю 190 піддослідних у віці від 17 до 28 років із використанням механічного хроноскопу «ХР-I» першого класу) і підтвердив дані, отримані декілька десятиліть тому Вудроу, Кальманом, Фрессом. Аналіз експериментальних даних свідчить, на думку вченого, про те, «що методом відтворення тривалості досліджується **жорсткий, вроджений механізм ходу власного годинника індивіда, який вимірює перебіг часу, що переживається**» [90, с. 39].

Разом з цим виникає питання про походження цієї «помилки» відтворення тривалості. Б. Й. Цукановим було встановлено, що тривалість інтервалу сприймається і відтворюється піддослідними як певна послідовність окремих дискретних одиниць часу, з яких складається цей проміжок. Він стверджує, що «оскільки розходження між t_0 і t_s в зоні тривалих інтервалів характеризується $\varepsilon = \text{const}$, то постійність цієї помилки можна пояснити тільки тим, що окрема одиниця часу суб'єкта має бути жорсткою величиною як в акті переживання заданого інтервалу, так і в акті його відтворення. Інакше кажучи, **суб'єкт має власну одиницю часу (τ), за допомогою якої вимірюється тривалість, що безпосередньо переживається**» [90, с. 40].

Для позначення власної одиниці часу індивіда Б. Й. Цуканов вважає доцільним використовувати введений Еренвальдом коефіцієнт $\tau = t_s : t_0$ сек., де t_0 — тривалість заданого суб'єкту інтервалу, а t_s — тривалість відтвореного суб'єктом інтервалу. Б. Й. Цуканов розглядає цей коефіцієнт не як безрозмірний, а як такий, що виражається у секундах.

Відповідно до цього, всяка тривалість, що переживається індивідом, складається з цілого числа власних одиниць часу: $t_s = k \cdot \tau$, де $k = 1, 2, 3, 4, \dots$

Всебічний аналіз Б. Й. Цукановим результатів дослідження особливостей відтворення тривалості «середньогруповим суб'єктом» (а саме про нього можна говорити, коли йдеться про середню «помилку» у вказаних експериментах), дозволяє з'ясувати загальний механізм безпосереднього переживання часу індивідом: «Суть його полягає в тому, що час, який безпосередньо переживається, вимірюється за допомогою своєрідного «кроку», функцію якого виконує власна одиниця часу індивіда» [90, с. 42]. Тобто, конкретний індивід має свій індивідуальний «крок», свою власну одиницю переживання часу... Усі індивідуальні значення одиниці часу конкретних

суб'єктів вміщуються у єдиний неперервний діапазон значень τ . На основі багаторічних експериментів Б. Й. Цукановим було встановлено, що спектр індивідуальних значень τ знаходиться у стійких межах $0,7 \text{ сек} \leq \tau \leq 1,1 \text{ сек}$. Дослідником був побудований графік функції розподілу « τ -типів» на репрезентативній вибірці, що складалась із 1036 піддослідних віком від 18 до 22 років (див. рис. 17).

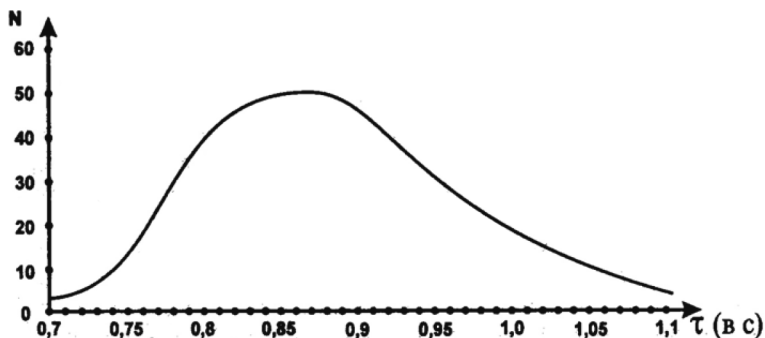


Рис. 17. Розподіл « τ -типів» у людській популяції

Як зазначає Б. Й. Цуканов, дана функція близька до функції Максвелла, що описує розподіл молекул за швидкостями їх руху. Ця тотожність дозволила вченому увести наступну аналогію: «Знайдена функція якоюсь мірою відображає щільність розподілу у людській популяції індивідів з різними швидкісними характеристиками поведінки у часі. Розподіл є асиметричним із правосторонньою асиметрією... З цього випливає, що «поспішаючих» людей значно більше, ніж «повільних» і «точних», тому величина « τ -типу» у «середньогрупових суб'єктів» завжди менше 1 сек. (як у попередніх експериментах по даній вибірці з $\tau = 0,9$ сек). Питання про індивідуальні швидкісні характеристики поведінки у часі стало предметом окремого дослідження і буде розглянуте далі» [90, с. 43].

Слід підкреслити, що висновки щодо τ -типу як одиниці переживання індивідом власного часу, були Б. Й. Цукановим багатократно і докладно перевірені.

По-перше, було надійно доведена висока стабільність τ -типу у неодноразово повторених протягом декількох місяців і років його замірах у 39 суб'єктів віком від 18 до 25 років [90, с. 44–46]. Ці та інші експериментальні дані переконливо свідчать, що τ -тип дійсно виступає жорсткою константою і впродовж життя індивіда не змінюється!

По-друге, було показано, що «цілеспрямовані рухові акти, котрі за своєю тривалістю потрапляють у зону тривалих інтервалів (декілька секунд — Р.В.), складаються із цілого числа власних одиниць часу індивіда. Інакше кажучи, у зоні тривалих інтервалів повинна мати місце умова квантування часу рухів: $t_0 = k \cdot \tau$, де $k = 1, 2, 3, 4, 5 \dots$

Останнє положення було перевірене на матеріалі графічних рухів: рухи при малюванні фігур за зразком, при виконанні «теппінг-тесту», при аналізі пошукових дій по червоно-чорній таблиці Ф. Д. Горбова, при оцінці тривалості дихального циклу.

По-третє, найбільш вражаючим можна вважати **фактично повний збіг усіх значень τ -типу в усьому їх діапазоні від 0,7 сек. з кроком 0,01 сек з розрахованими Б. Й. Цукановим періодами загальноприйнятих у музиці ритмів від *Maestoso* до *Adagio*** (див. табл. 1).

Отже, як підкреслює Б. Й. Цуканов, «отримана відповідність дозволяє сказати, що існуюче розмаїття ритмів, по-перше, визначене спектром індивідуальних значень « τ -типів» у людській популяції. По-друге, у кожного індивіда, як відмічають багато дослідників..., має місце індивідуальний ритм рухів, котрий, згідно з отриманими нами даними, багато в чому пов'язаний з його власною одиницею часу — « τ -типом»... З наших досліджень випливає, що часова структура складних рухів... уявляє собою послідовний ланцюг квантів часу. На шляху до наміченої мети суб'єкт, досягнувши певного результату в межах однієї власної одиниці часу, може зробити наступний крок в іншу одиницю часу, ведучи відлік часу з кінця попереднього акту, як з власного початку...» [90, с. 66].

За результатами проведених досліджень, Б. Й. Цуканов робить також висновок про те, «що у кожної людини власна одиниця часу виконує функцію індивідуального кроку, яким вимірюється тривалість, що безпосередньо переживається. Вона визначає часову структуру різноманітних рухів людини і за рядом критеріїв повністю відповідає «дійсному теперішньому» на «стрілі суб'єктивного часу» у свідомості індивіда» [90, с. 74].

Дуже влучно сказав про це відкриття одиниці власного часу індивіда відомий вітчизняний психолог академік В. П. Зінченко у передмові до книги Б. Й. Цуканова «Час у психіці людини»: «...Суб'єкт вимірює тривалість собою, як він вимірює відстань у ліктях або кроках (порівняйте: людина — міра усіх речей). Але для вимірювання часу він користується не зовнішніми, а внутрішніми засобами, власне, вбудованим в нього годинником. Проте, складність і чарівність

Таблиця 1

Музичні ритми і тривалість періоду між ударами метроному [90, с. 65]

Ритм	Частота ударів в хвилину	Період (у сек.)
Maestoso	84	0.71
	83	0.72
	82	0.73
	81	0.74
Comodo	80	0.75
	79	0.76
	78	0.77
	77	0.78
Sostenuto	76	0.79
	75	0.80
	74	0.81
	73	0.82
Andantino	72	0.83
	71	0.84
	70	0.86
	69	0.87
	68	0.88
	67	0.89
Andante	66	0.91
	65	0.92
	64	0.94
Largehetto	63	0.95
	62	0.97
	61	0.98
	60	1.00
	59	1.01
	58	1.03
Adagio	57	1.05
	56	1.07
	55	1.09
	54	1.11

дослідження полягає в тому, що годинники не однакові, вони індивідуальні. І подальші зусилля автора спрямовані на те, щоб виявити індивідуальні метричні характеристики часового кроку, що переживається. Пошук цих характеристик автор здійснює, звертаючись до переживання... На величезному експериментальному, педагогічному, клінічному матеріалі він показує, як живе і працює виділена ним константа не тільки у переживанні тривалості, але і у поведінці, дії, діяльності, здоров'ї» [90, с. 10–11].

Виявлення власної одиниці переживання часу індивіда, як ми побачимо далі, відкриває шлях для переосмислення та більш глибокого розуміння часової характеристики перебігу всіх психологічних властивостей індивіда й особистості. Тому вважаємо за доцільне навести в цьому місці даний метод у технологічно доцільному вигляді, доступному для використання психологами, які зацікавляться ним [див. 60; 63].

6.3. Об'єктивний метод визначення τ -типу як кількісного показника одиниці індивідуального переживання часу і типу темпераменту людини

Підкреслимо ще раз, що в ході проведення оригінальних теоретико-експериментальних досліджень професор Б. Й. Цуканов встановив, використовуючи методику відтворення часових інтервалів малої тривалості (кілька секунд) у слуховому, моторному та зоровому аналізаторах, фундаментальний факт: представникам з різними індивідуальними психодинамічними особливостями властиві закономірні «помилки», тобто відхилення у «точності» відтворення заданих інтервалів часу. Хоча сама методика відтворення часових інтервалів відома майже півтора століття, але лише Б. Й. Цуканову вдалося довести зв'язок помилки відтворення з тривалістю перебігу індивідуальних властивостей індивіду, зокрема, як це буде показано далі — з типом темпераменту і пульсом серця. Таким чином в експериментальній психології з'явився науково обґрунтований об'єктивний метод визначення типу темпераменту, яким може оволодіти кожний психолог, але за умов дотримання певних правил.

Для цього необхідно мати спортивний секундомір механічного типу (електронний секундомір для цієї мети не підходить) і навчитися точно відмірювати часові інтервали тривалістю від 1 до 5 секунд. Сама процедура діагностування полягає в тому, що дослідник

почергово пред'являє у випадковому порядку інтервали в 1, 2, 3, 4, 5 секунд, а піддослідний (методику можна використовувати для тестування темпераменту вже у дітей віком від 4–5 років, коли вони можуть міцно тримати у руці секундомір і натискати на його кнопку пуску і зупинки ходу) має кожного разу запам'ятовувати тривалість відповідного часового інтервалу, що задається експериментатором клацанням кнопки секундоміру на початку і наприкінці інтервалу. Всі інтервали, що експонуються, попередньо фіксуються у протоколі, а ті, що відтворюються — записуються в ньому ж навпроти експонованих.

Психолог тисне на кнопку точно і чітко, не називаючи тривалості інтервалу. Потім він передає секундомір піддослідному і пропонує йому, не дивлячись на циферблат, натискувати на кнопку таким чином, щоб між першим натисканням і другим був відтворений заданий і запам'ятований інтервал. Потім секундомір знову бере психолог, записує у протокол суб'єктивно відтворений клієнтом інтервал, повертає стрілку секундоміру у вихідну позицію і пред'являє наступний інтервал.

Така процедура повторюється стільки разів, скільки інтервалів експонується і відтворюється. Ми пропонуємо проводити заміри у дві серії. Перша, навчальна, серія (приміром: 4, 2, 5, 3, 1 секунди) складається із п'яти експозицій і відтворювань. В ній людина адаптується до умов тестування і вчиться працювати за означеними правилами. Дослідник може запропонувати піддослідному вести рахунок в умі і таким чином більш точно запам'ятовувати і відтворювати інтервали. Проте, можна працювати і без усного рахування тривалості інтервалів.

Друга серія — контрольна (приміром: 4, 2, 5, 3, 1, 2, 4, 1, 3, 5 секунд). Після експозиції і відтворення всіх інтервалів підраховується показник типу темпераменту, тобто тау-тип (τ). Для цього визначається сума тривалостей об'єктивно пред'явлених інтервалів (ΣT_o) та сума тривалостей суб'єктивно відтворених інтервалів (ΣT_s). Після цього друга сума ділиться на першу і отримується тау-тип даної людини. Наведемо, для прикладу, один із протоколів досвіду.

	Пробна серія					Контрольна серія										
№	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
T_o	4,0	2,0	5,0	3,0	1,0	4,0	2,0	5,0	3,0	1,0	2,0	4,0	1,0	3,0	5,0	$\Sigma T_o = 30 \text{ сек}$
T_s	3,1	2,9	3,9	2,4	0,9	2,4	2,0	6,1	3,2	1,1	1,9	2,8	1,2	2,7	6,1	$\Sigma T_s = 26,6 \text{ сек}$

$$\tau \text{ (тау-тип)} = \frac{\sum T_s}{\sum T_o} = \frac{26,6 \text{ сек}}{30,0 \text{ сек}} = 0,87 \text{ сек.}$$

Отже, в даному прикладі тау-тип дорівнює 0,87 сек.

Що це означає, буде зрозумілим, якщо знайти місце величини 0,87 сек. у діапазоні тау-типів на рис. 18. У даної людини визначений сангвіноїдний тип темпераменту (див. далі у розділі 6.5 рис. 22).

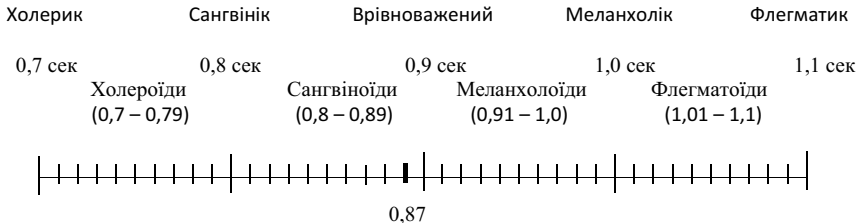


Рис. 18. Місце підрахованого тау-типу 0,87 сек. (сангвіноїд) у діапазоні тау-типів у людській популяції за Б. Й. Цукановим

Як буде показано далі, в ході ретельного вивчення результатів експериментів із багатьма тисячами піддослідних професор Б. Й. Цуканов встановив, що «чисті» холерики «поспішають» і відтворюють часові інтервали швидше, їх тау-тип дорівнює 0,7 сек.; «чисті» сангвініки теж «поспішають», але менше, їх тау-тип сягає 0,8 сек.; «чисті» меланхоліки відтворюють часові інтервали найточніше за усіх, їх тау-тип дорівнює 1,0 сек.; «чисті» флегматики «запізняються» — їх тау-тип найбільший — 1,1 сек. Дослідник виявив також п'ятий, середній тип темпераменту і назвав його врівноваженим — його тау-тип сягає 0,9 сек. Було встановлено, що у людській популяції тау-типи представників «чистих» і «перехідних» типів темпераменту розподіляються по всій шкалі тау-типів між 0,7 секунди до 1,1 секунди рівномірно [90].

При вимірюванні тау-типу важливо також враховувати міру точності відтворення піддослідними інтервалів або якість ходу їх «біологічного годинника». Для цього використовується підрахунок середнього квадратичного відхилення за формулою:

$$\sigma = \frac{\sqrt{\sum (X_i - M_x)^2}}{N},$$

де X_i — величини 10-ти відтворених інтервалів з ряду T_s протоколу тестування піддослідних, M_x — середнє значення серед 10-ти відтворених інтервалів, а N — число вимірювань ($N = 10$).

Залежно від того, які величини σ отримуються, можна виявити задатки обдарованої ($\sigma \leq 0,05$), посередньої ($\sigma = 0,05-0,15$) та недостатньої ($\sigma \geq 0,15$) інтелектуально розвинутої людини [90].

Метод Б. Й. Цуканова — чи не єдиний в експериментальній психології, що дозволяє об'єктивно вимірювати і кількісно визначати тип темпераменту людини і похідні від нього властивості індивіда. Цей об'єктивний метод має незаперечні переваги перед суб'єктивними методами (приміром, опитувальниками), які визначають не стільки тип темпераменту, скільки інші особистісні, приміром, характерологічні властивості людини, що формуються у процесі виховання і самовиховання та системно «надбудовуються» над темпераментом, як природженою, незмінною, базовою властивістю особистості. Тому визначення типу темпераменту за опитувальниками не можна вважати коректним.

Тому, не дивно, що Б. Й. Цуканов звернувся до інтерпретації в новому контексті такої індивідуально-типологічної психодинамічної властивості індивіда, як тау-тип, що має відношення до кількісного визначення типу темпераменту, тривалості і частоти пульсу серця та інших циклічних процесів життєдіяльності людини.

6.4. Циклоїдний характер роботи різних органів життєдіяльності індивіда, передусім пульсації серця — як центрального маятникового часового механізму організму

Важливим аспектом учення Б. Й. Цуканова щодо часу у психіці індивіда є висвітлення закономірний зв'язку «т-типу» із періодичністю, циклічністю різноманітних процесів життєдіяльності людини. В такій високоорганізованій істоті, як людина, спеціалісти виділяють біля 120 ритмів або циклів. Усі вони розподіляються на три великі групи: ультрарадіанні (з періодами менше 24 годин, тобто годинні, хвилинні, секундні), циркадіанні (навколодобові) та інфрарадіанні (з періодами більше доби, тобто добові, тижневі, місячні, річні). Сукупність ритмів визначається спеціалістами як така, що є єдиною періодичною системою коливань життєдіяльності організму. Втім, питання про механізм такої системності залишався відкритим. Б. Й. Цуканов поставив за мету з'ясувати закономірності взаємозв'язку між ультрарадіанними, циркадіанними, інфрарадіанними ритмами та «т-типами».

Йдучи виправданим експериментальним шляхом зіставлення індивідуальних значень «т-типу» з індивідуальними значеннями пе-

ріодів таких важливих для життєдіяльності організму ритмів, як ритм серцевої діяльності (пульс), ритм дихання, періоди бадьорості і сну та інші, він встановив наступне.

Між періодом серцевої діяльності (тобто часовими інтервалами між двома ударами пульсу) та «т-типом» у вибірці з 90 піддослідних існує дуже високий кореляційний зв'язок (на рівні 0,98–0,99), а приблизно у третини піддослідних «т-тип» співпадає з тривалістю пульсу. На основі цих даних Б. Й. Цуканов робить висновок про те, що **серце з його пульсацією виступає в якості своєрідного маятника біологічного годинника людини, тоді як мозок виконує функцію вимірювання ходу часу, що переживається індивідуально!** [90, с. 136–139].

В іншому експерименті вченим було встановлено, що тривалість дихального циклу індивіда визначається цілим числом одиниць переживання часу, тобто «т-типів», за формулою:

$$\text{Тдих.} = K \cdot \tau, \text{ де } K = 2, 3, 4, 5, 6.$$

Водночас спостерігаються певні особливості такого зв'язку для різних типологічних груп. Так, у індивідів холероїдної групи коефіцієнти «К» мали значення від 2 до 5, для представників сангвіноїдної і меланхоліної груп цей коефіцієнт був таким самим, як і у врівноважених, тобто дорівнював 4, хоча і зустрічалися поодинокі винятки. Для представників флегматоїдної групи були властиві коефіцієнти «К», що дорівнювали 5 і 6. Б. Й. Цуканов звернув увагу на ту обстановку, що «середньогрупові суб'єкти» демонструють закономірне співвідношення тривалості дихання і «т-типу», що дорівнює 4:1, що має велике значення для його подальших міркувань.

Цікавими і водночас теоретично і практично значущими виявились отримані Б. Й. Цукановим експериментальні дані щодо нормативних періодів бадьорості та сну для суб'єктів з різними «т-типами». Ці дані руйнують деякі помилкові стереотипи здорового глузду, зокрема, щодо потрібної тривалості сну, які можуть призвести до небажаних наслідків у здоров'ї людей. Одним із таких стереотипів є твердження, що «холерики мають малу тривалість сну, а флегматики велику». Б. Й. Цуканов довів, що все якраз навпаки, але не зупинився на цьому і математично точно вирахував нормативну тривалість сну для більшості «т-типів», що, зрозуміло, має величезне практичне значення. Статистична обробка даних спеціального опитування (задавалося запитання: «Скільки годин у добу Вам потрібно, щоб виспатись і гарно себе почувати? Спробуйте визначити кіль-

кість часу з точністю до чверті години») дозволила сформулювати відповідні функції для кожної типологічної групи. Тривалість сну T_m в годинах може бути розрахована за наступними формулами:

$T_{mx} = 10,6 - \tau$ (год.) для холероїдів ($0,7 \text{ сек.} \leq \tau \leq 0,79 \text{ сек.}$);

$T_{msm} = 23,8 - 17,9\tau$ (год.) для сангвіноїдів, врівноважених та меланхолоїдів ($0,8 \text{ сек.} \leq \tau \leq 1,0 \text{ сек.}$).

$T_{mf} = 9 - 4\tau$ (год.) для флегматоїдів ($1,01 \text{ сек.} \leq \tau \leq 1,1 \text{ сек.}$).

Отже, найбільша тривалість сну у «чистого» холерика ($\sim 9,9$ год.), середня — у врівноваженого (~ 8 год.), а найменша — у «чистого» флегматика ($\sim 4,6$ год.).

На основі цих функцій може бути побудований графік нормативної тривалості сну (T_m , у годинах) в індивідів залежно від їх « τ -типу» (див. рис. 19) [90, с. 145].

Б. Й. Цуканов дає логічне пояснення необхідної тривалості сну, пов'язуючи її з умовною потужністю витрати енергії мозком у представників різних типів темпераменту. Так, у «чистого» холерика ця потужність приблизно в 1,6 разів більша, ніж у «чистого» флегматика. Те, що він має спати майже вдвічі довше, ніж «чистий» флегматик, пояснюється нелінійністю залежності між умовною потужністю витрати енергії та періодами сну, що потребує додаткових комплексних досліджень із залученням біофізиків та інших спеціалістів [90, с. 147].

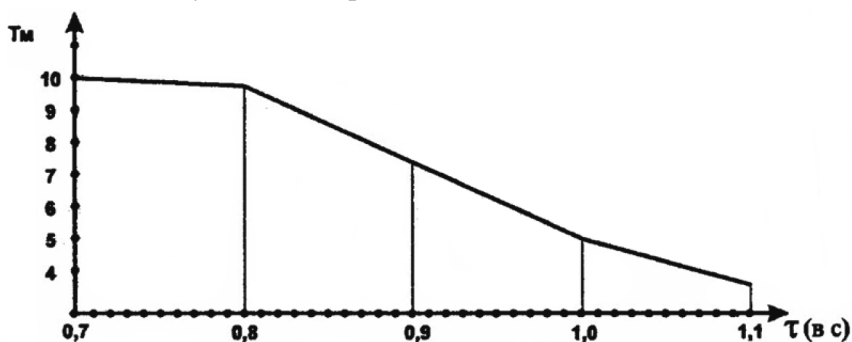


Рис. 19. Нормативна тривалість сну (T_m) у годинах в індивідів залежно від їх « τ -типу»

Пошук наступних, важливих для організму, індивіда й особистості біологічних ритмів Б. Й. Цуканов пов'язує саме з « τ -типами» і так званим передаточним числом, що закладений, на думку вченого, у хід біологічного годинника і дорівнює 1:4. Кожний наступний біологічний цикл людини вираховується за формулою $TN = 4 \times \tau \times TN - 1$,

де TN — період вказаного циклу. Таким чином, ним був вирахований, зокрема, період бадьорості впродовж доби для середньогрупових суб'єктів сангвіноїдної та меланхолоїдної груп [90, с. 149], що співпало з величинами визначених за попереднім методом періодів тривалості сну.

Подальше вивчення інфрадіанних циклів призвів Б. Й. Цуканова (ми випускаємо тут і далі цілий ланцюг ґрунтовних міркувань і розрахунків дослідника) до відкриття великого біологічного циклу індивіда, що вираховується за формулою $C = 8,51 \times \tau$ (років) [90, с. 153].

Універсальність великого біологічного циклу була підтверджена вченим під час його зіставлення із наявними системами вікової періодизації таких відомих спеціалістів, як Дж. Біррен, Д. Б. Бромлей, Г. Гримм та ін., а також — при визначенні моментів загострення серцево-судинних захворювань у групі ризику, про що буде сказано далі [90, с. 153–157].

Великий біологічний цикл індивіда може бути представлений, на думку Б. Й. Цуканова, наочно «у вигляді «сліду» колеса, що котиться без ковзання. Сутність цього уявлення полягає в наступному. З класичної механіки відомо, що якщо зафіксувати точку на ободі колеса у момент його стикання зі шляхом, то після завершення повного обертання колеса точка поопишує арку циклоїди і знову зіткнеться зі шляхом. Цикл завершиться, а слід між началом фіксації положення точки і кінцевим її положенням після повного обертання буде дорівнювати довжині ободу колеса, що котиться» [90, с. 163]. Схема циклоїдної моделі часу, що переживається, у вигляді «колеса, що котиться», тобто великого біологічного циклу, наведена на рис. 20.

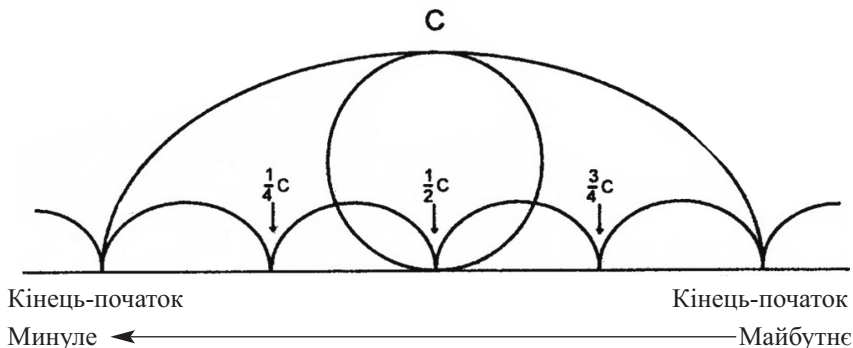


Рис. 20. Циклоїдна модель часу, що переживається індивідом [90, с. 164]

Отже, як підсумовує Б. Й. Цуканов, «великий цикл «котиться» з минулого у майбутнє, а мозок, завдяки «зворотньому ходу» прокачує тривалість, що переживається суб'єктом і знаходиться між початком і кінцем циклу, з майбутнього у минуле. Використовуючи образне порівняння Д. Граніна, «... Мозок, як годинниковий механізм, прокачує час, як насос воду. І кожний індивід, відчуваючи роботу свого «насосу», розуміє, що він живе у часі. Але як мозок інверсує час? Це питання поки залишається великою загадкою» [90, с. 163].

Таким чином, результати проведених Б. Й. Цукановим досліджень свідчать про те, «що власна одиниця часу є кроком ходу центрального годинника індивіда. **Роль головного маятника у цьому годиннику виконує серце людини.** Використовуючи кратність відношення t до тривалості дихального циклу (1:4 для «середньогрупового суб'єкту» — Р.В.) вченому вдалося виявити аналогію ходу центрального годинника з механічним годинником. У механізмі центрального годинника існує певне передаточне число, яке дозволяє встановити зв'язок між ультра-, цирка- та інфрадіанними циклами життєдіяльності організму індивіда. Виділений великий біологічний цикл дозволяє точно пояснити вікову періодизацію, «психологічні переломи», початок психосоматичних зривів у життєдіяльності індивіда» [90, с. 166].

6.5. Власна одиниця часу у психіці індивіда — τ -тип — як вихідний параметр типу темпераменту, показник циклічності серцево-судинної діяльності і часовий квант життєдіяльності організму та особистості

Одним із найважливіших наслідків відкриття Б. Й. Цукановим « τ -типу» як одиниці переживання індивідом власного часу стало теоретичне та експериментальне обґрунтування його інтерпретації як кількісного параметру темпераменту та часового кванту життєдіяльності людини. Це забезпечило введення в експериментальну психологію зручного об'єктивного методу визначення типу темпераменту, який вирішив питання його точної кількісної діагностики.

Тим самим професор Б. Й. Цуканов логічно продовжив відому в історії фізіології та психології лінію вивчення темпераменту, але цього разу — на шляху пошуку взаємозв'язків між типологічними особливостями вищої нервової діяльності людини і особливостями сприймання часу.

У своїх міркуваннях дослідник виходить з наступних положень: «Згідно з отриманим розподілом, ... усіх індивідів людської популяції за «т-типом» можна розташувати у межах $0,7 \text{ сек.} \leq \tau \leq 1,1 \text{ сек.}$ Якщо виходити з умови, що мінімум вирішувальної здатності людської свідомості при розв'язанні задачі «раніше-пізніше» складає... 0,01 сек., то, вираховуючи власні одиниці часу індивідів... з точністю 0,01 сек. і розташовуючи їх у зростаючому порядку з одного краю ($\tau = 0,7 \text{ сек.}$) до іншого ($\tau = 1,1 \text{ сек.}$), не складно отримати суцільний лінійний спектр «т-типів» (усього 41 «т-тип»).

Власна одиниця часу індивіда має жорсткість, **впродовж життя не змінюється** і є одним із об'єктивних показників динамічних властивостей психіки, що називається темпераментом. Щоб знайти відповідність між часовими властивостями людини та її типом темпераменту, необхідно, передусім, з'ясувати, в якому порядку розташовуються відомі типи темпераменту у лінійному спектрі «т-типів» людської популяції» [90, с. 76].

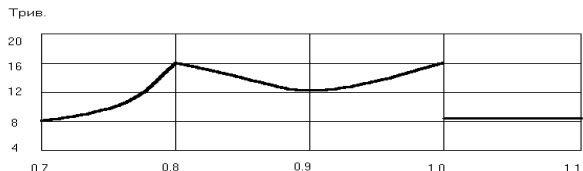
Відповідаючи на це принципове запитання, Б. Й. Цуканов ґрунтовно проаналізував лінійні схеми розташування типів темпераменту Гіппократом (холерик — сангвінік — меланхолік — флегматик), І. П. Павловим (холерик — сангвінік — флегматик — меланхолік), і колову схему Г. Айзенка (холерик — сангвінік — флегматик — меланхолік — холерик), і обрав врешті-решт порядок розташування, запропонований «давногрецьким генієм» Гіппократом.

Для доведення цього варіанту розташування типів темпераменту у суцільному спектрі «т-типів» Б. Й. Цуканов обирає шлях «зіставлення ступеня вираженості індивідуальних особливостей, що виявляються за допомогою особистісних опитувальників і відносяться до властивостей темпераменту, з власними значеннями «т-типів» індивідів. Дослідження проводилося на двох незалежних вибірках здорових суб'єктів віком від 16 до 28 років» [90, с. 78]. Водночас використовувались особистісний опитувальник Г. Айзенка (Е — І: екстраверсія — інтраверсія; S — N: емоційна стабільність — нейротизм), адаптований Ленінградським НДПНІ ім. В. М. Бехтерева, а також опитувальник Я. Стреляу (Зб. — збудження; Гал. — гальмування; Рух. — рухливість), адаптований на кафедрі психофізіології факультету психології Московського державного університету ім. М. В. Ломоносова. У кожного з 347 піддослідних визначався «т-тип» за процедурою відтворення інтервалів у 2, 3, 4, 5 сек. Для узагальнення результатів будувалися графіки, де на вісі абсцис відкладалися

значення « τ -типів», а на осі ординат — значення показників Е — І, S — N, Зб., Гал., Рух. — у балах. Для узагальнення поведінки у суцільному спектрі « τ -типів»: $E;I = f(\tau)$; $N;S = f(\tau)$; $Зб. = f(\tau)$; $Гал. = f(\tau)$; $Рух. = f(\tau)$ — використовувався метод найменших квадратів. Результати узагальнення представлено на рис. 21 (90, с. 79 і с. 81).

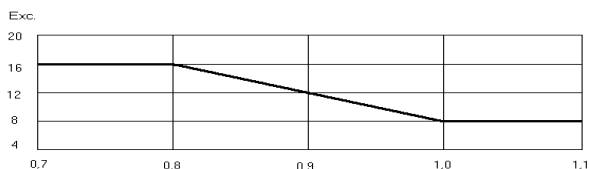
Тривожність за
особистісним
опитувальником
Г. Айзенка

Емоційна стабільність



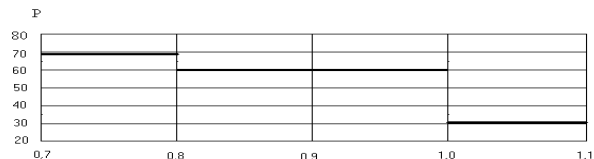
Екстраверсія за
особистісним
опитувальником
Г. Айзенка

Інтраверсія



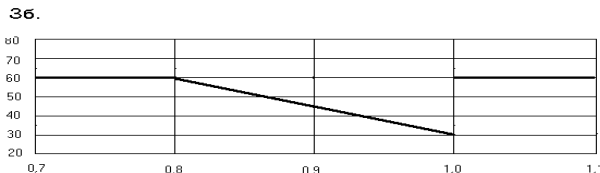
Рухливість НС за
опитувальником
Я. Стреляу

Інертність



Сила збудження НС за
опитувальником
Я. Стреляу

Слабкість збудження НС



Сила гальмування НС за
опитувальником
Я. Стреляу

Слабкість гальмування
НС

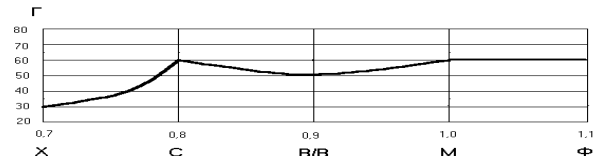


Рис. 21. Структура і динаміка властивостей НС особистості залежно від типу темпераменту (τ -типу) в теорії Б. Й. Цуканова

Математична обробка експериментальних даних дозволила Б. Й. Цуканову виявити принциповий факт: «У двох незалежних вибірках різні функції в межах суцільного спектру «т-типів» мають розрив і змінюють напрямок в одних і тих же критичних точках ($\tau_1 = 0,8$ сек.; $\tau_2 = 0,9$ сек.; $\tau_3 = 1,0$ сек.). Виявлені точки мають певний психологічний сенс: вони ділять суцільний спектр «т-типів» в кожній вибірці на чотири типологічні групи, в межах яких функції змінюються неперервно і зберігають відповідну тенденцію. Не важко побачити, що при переході критичних точок тенденції змінюються. Таким чином, нам на двох незалежних вибірках вдалося довести, що число типологічних груп, що дорівнює чотирьом (а виходячи з графіків функцій, слід говорити саме про групи), реально існує у самій природі людської популяції. ...Реальне існування чотирьох типологічних груп у природі людської популяції приводило до того, що кожний з дослідників темпераменту, покладаючи в його основу ті чи ті типологічні ознаки, неминуче приходив до виявлення кінцевого числа цих груп, які у більшості теоретичних схем відповідають чотирьом класичним типам, пов'язаним із іменем Гіппократа» [90, с. 81–82].

Отже, виходячи з отриманих графіків у суцільному спектрі «т-типів», Б. Й. Цуканов виділив чотири «т-типи», що відповідають чотирьом класичним типам темпераменту, і додав до них ще один, проміжний, середній, або, як він назвав його, «врівноважений» тип. Ці п'ять типів віддалені один від одного на 0,1 сек. ($\tau = 0,7$ сек.; $\tau = 0,8$ сек.; $\tau = 0,9$ сек.; $\tau = 1,0$ сек.; $\tau = 1,1$ сек.). В індивідів з такими значеннями «т-типів» ступінь вираженості показників «екстраверсія-інтраверсія», «емоційна стабільність-нейротизм», «збудження-гальмування», «рухливість» сягають найбільшого, середнього або найнижчого рівня [90, с. 82].

Б. Й. Цуканов дав кожному із зазначених п'яти «т-типів» точну психологічну характеристику, відносячи кожний з них до «чистого» типу темпераменту у класичному розумінні (окрім врівноваженого).

Так, у індивідів крайнього типу ($\tau = 0,7$ сек.) висока екстраверсія та емоційна стабільність, а збудження вдвічі перевищує гальмування, вони цілеспрямовані й агресивні у поведінці. Індивіди з $\tau = 0,7$ сек. наближуються до «чистого» холерика.

Індивіди з $\tau = 0,8$ сек. мають високу екстраверсію й нейротизм, високий рівень збудження і гальмування, які врівноважують одне одного, у поведінці вони відрізняються веселістю, життєрадістю, оптимізмом, рухливістю. Індивіди з $\tau = 0,8$ сек. наближуються до «чистих» сангвініків.

Індивіди з $\tau = 0,9$ сек. знаходяться начебто на умовному нулі, в якому функції займають середній рівень збудження і гальмування, вони виявляють себе як амбіверти. Індивіди з $\tau = 0,9$ сек. названі Б. Й. Цукановим «врівноваженими». До речі, до відкриття цього типу темпераменту майже впритул підійшов І. П. Павлов, однак порушення ним природного порядку наведення типів темпераменту не дозволило його відкрити.

Індивіди з $\tau = 1,0$ сек. мають виражену інтраверсію та високий нейротизм, а гальмування вдвічі вище за збудження, вони чутливі, ранимі, із скритою агресивністю. Індивіди з $\tau = 1,0$ сек. наближаються до «чистого» меланхоліка.

Індивіди із крайнім типом $\tau = 1,1$ сек. демонструють виражену інтраверсію й емоційну стабільність, високий рівень збудження і гальмування, що врівноважують одне одного, їх рухливість вдвічі менша, ніж у всіх інших типів, вони спокійні, незворушні, продуктивно працюють у звичній обстановці. Індивідів з $\tau = 1,1$ сек. можна вважати «чистими» флегматиками.

Як стверджує Б. Й. Цуканов, у межах кожної типологічної групи згадані функції зберігають свою тенденцію поведінки в певному напрямку. Якщо прийняти точку $\tau = 0,9$ сек. за умовний нуль, то ліворуч від неї, у діапазоні $0,8 \text{ сек.} \leq \tau < 0,9 \text{ сек.}$, знаходяться індивіди сангвіноїдної групи (сангвіноїди), ця група закінчується «чистим» сангвініком. Праворуч від цієї точки ($\tau = 0,9$ сек.), в діапазоні $0,9 \text{ сек.} < \tau \leq 1,0 \text{ сек.}$, розташовуються індивіди меланхоліноїдної групи (меланхоліди), ця група закінчується «чистим» меланхоліком. Аналогічно, ліворуч сангвіноїдної групи, в діапазоні $0,7 \text{ сек.} \leq \tau < 0,8 \text{ сек.}$, розташовуються холеріди із крайнім «чистим» холериком. А праворуч від меланхоліноїдної групи, в діапазоні $1,0 \text{ сек.} < \tau \leq 1,1 \text{ сек.}$, знаходяться флегматоїди із крайнім «чистим» флегматиком. Отже, суцільний спектр « τ -типів» складається з чотирьох перехідних типологічних груп, порядок розташування яких може бути зображений графічно на рис. 22 [90, с. 82–83].

Б. Й. Цукановим був підрахований, на наше прохання, кількісний склад типологічних груп. Найбільше в людській популяції виявилось сангвіноїдів (включаючи «чистих» сангвініків) — 44%. Друга за чисельністю група — меланхоліди, яких нараховується 29%. Третя за обсягом група — холеріди, їх 14%. Четверта в цьому рядку — група флегматоїдів — їх 9%. А найменшою є група врівноважених, яких зустрічається усього 4%. Можна вважати, що ці числа вказують на

вірогідність зустрічі спостерігача з представниками того чи іншого типу темпераменту у репрезентативній людській вибірці [90, с. 84].

Отже, Б. Й. Цуканову вдалося переконливо довести «натуральний порядок індивідів у людській популяції», який «створила сама природа і саме в такому порядку вперше побачив розташування типологічних груп «грецький геній в особі Гіппократа», який зміг вловити «в масі незліченних варіантів людської поведінки капітальні риси» [90, с. 84].

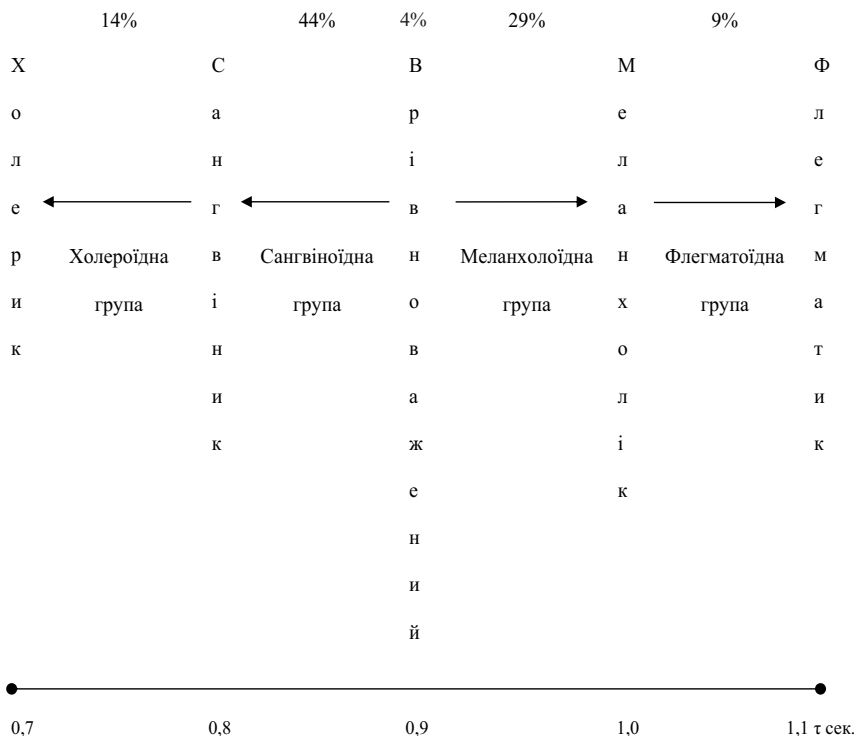


Рис. 22. «Чисті» і перехідні типи темпераментів у людській популяції

Б. Й. Цуканов висуває цікаву гіпотезу про механізм виникнення типів темпераменту. Він пов'язує цей механізм із змінними циклічними геофізичними умовами існування живих істот, починаючи з першої клітини, на планеті Земля. Адже, геофізикам відомий факт, що добовий цикл обертання Землі не завжди дорівнював 24 години, оскільки це обертання поступово уповільнюється приблизно на

0,0015 секунди у 100 років. Тому головною, глобальною у буквальному сенсі, причиною диференціації суспільного спектру « τ -типів» та його розподілу на типологічні групи Б. Й. Цуканов визнає «природний процес уповільнення обертання Землі навколо власної вісі. Це уповільнення призводило до зміни», збільшення циркадіанного, тобто добового, циклу (день-ніч) існування живих систем у різні геологічні епохи. Наприклад, живі істоти (еукаріоти) початку нижнього Рифея, тобто 1,73 млрд років тому, існували у добовому періоді 16,8 годин. «Щоб узгодити свій циркадіанний період з періодом обертання Землі, в еукаріотів повинен бути «крок» для вимірювання власної доби, що дорівнює 0,7 сек. Через $576 \cdot 10^6$ років ($1,15 \cdot 10^9$ років тому, Верхній протерозой) у механізмі глобального біологічного годинника з'являються еукаріоти, котрі змушені вимірювати період уповільненого обертання Землі (19,2 години) з «кроком», що дорівнює 0,8 сек. Ще через $576 \cdot 10^6$ років ($576 \cdot 10^9$ років тому, початок Кембрія) період обертання Землі складає 21,6 години і з'являються еукаріоти, що вимірюють свою добу власною одиницею часу, що вже дорівнює 0,9 сек. Якщо враховувати уповільнення обертання Землі на кожну 0,01 сек., то легко отримати увесь спектр еукаріотів у діапазоні 0,7 сек. $\leq \tau \leq 1,1$ сек. Як відомо, людина відноситься до еукаріотів найвищої організації» [90, с. 191–192].

Зрозуміло, що « τ -тип» виступає в такому разі ще й як показник геофізико-біопсихічної інтеграції людини з природою, як механізм екологічної єдності людини з планетою Земля, на якій вона перебуває. Геном людини доленосно адаптувався до зміни геофізичних, тобто планетарних умов свого існування. Тому Б. Й. Цуканов фактично запропонував принципово нову, глобально-генетичну гіпотезу походження темпераменту. З точки зору цієї гіпотези, найстародавнішим серед чотирьох типів темпераменту виступає холероїдний тип, найсучаснішими — сангвіноїдний і меланхоліоїдний, а флегматіди є типологічним авангардом усього людства, що адаптує його до подальшого уповільнення обертання Землі...

Отже, біологічні істоти, в тому числі і люди, не могли не відреагувати у своїй еволюції на зміну параметрів обертання Землі. Адже вона визначає основний ритм життєдіяльності усього живого на планеті: день (активація всіх процесів життєдіяльності) — ніч (гальмування цих процесів). За тривалий період своєї еволюції живі істоти не тільки пройшли поетапну адаптацію до цього уповільнення ритміки обертання Землі, але і продовжують адекватну упереджу-

вальну адаптацію до нього, зокрема, створили тип темпераменту, завдяки якому усе живе готове до подальшого уповільнення добового циклу. Таким адекватним майбутньому уповільненню типом і є флегматик. Його можна вважати «часовим лідером» людської популяції. В цьому плані група холероїдів виступає «часовим аутсайдером». Він й досі зберігається, можливо, тому, що людський геном «не виключає» варіанту повернення Землі до попередніх параметрів обертання планети (приміром при зіткненні з астероїдом)... Отже, професором Б. Й. Цукановим поставлені нові оригінальні акценти у теоретичному погляді на походження темпераменту. Звичайно, що це породжує питання не тільки до філософів, психологів, геофізиків, але і до генетиків, фізіологів, медиків, педагогів тощо.

Таким чином, проведене Б. Й. Цукановим дослідження дозволило дати принципові відповіді на питання про кількість типологічних груп (їх чотири плюс «п'ятий» — «врівноважений»), про порядок їх розташування у природі людської популяції — він відповідає лінійній схемі, запропонованій Гіппократом (холероїди — сангвіноїди — врівноважені — меланхоліди — флегматоїди). Разом з цим дослідник робить застереження для тих, хто користується особистісним опитувальником Г. Айзенка при визначенні типу темпераменту. Використання колової схеми розташування типів темпераменту не витримує критики. Про це та інші недоречності застосування тесту Г. Айзенка як методу виявлення типу темпераменту український психолог неодноразово повідомляв своєму англійському колезі, який у трьох листах у відповідь від 17.04.1984 р., 08.03.1993 р., 13.11.1993 р. висловив професору Б. Й. Цуканову «свій подив і згоду» [90, с. 86]. Відмітимо, що наш досвід одночасного використання об'єктивного методу Б. Й. Цуканова для визначення типу темпераменту і особистісного опитувальника Г. Айзенка як суб'єктивного методу свідчить передусім про різну валідність цих методів, першого — дійсно як валідного щодо типів темпераменту, а другого — щодо певних рис характеру. Визначати тип темпераменту за особистісним опитувальником Г. Айзенка є некоректним. Утім, одночасне використання цих методів надає інші можливості у роботі психолога [60; 63].

Б. Й. Цукановим поглиблено розуміння «чистих» типів темпераменту. На його переконання, «природний порядок розташування типологічних груп дозволяє надати поняттю «чистого» типу темпераменту певний психологічний смисл. По-перше, кожний з чотирьох «чистих» класичних типів є крайнім у своїй типологічній групі.

По-друге, «чисті» типи (сангвіник і меланхолік) уявляють собою своєрідний кордон, на якому закінчується одна типологічна група і починається наступна. Таку ж функцію виконує і «врівноважений» тип, розрізняючи сангвіноідну і меланхоліодну групи. Крім того, «врівноважений» тип є точкою, через яку проходить вісь симетрії, що розподіляє суцільний спектр «т-типів» на дві великі групи інваріантних типів... Як видно, природа надала «чистим» типам цілком конкретні функції і чітко визначила для них точки локалізації у лінійному порядку розташування типологічних груп» [90, с. 84–85].

Характеризуючи далі «чисті» типи темпераменту, Б. Й. Цуканов додає, що, «строго кажучи, «чистий» тип у природі не існує, оскільки це усього лише певна абстракція. В природі існують реальні індивіди, котрі тією чи тією мірою наближуються до подібної абстракції. І чим ближче та чи інша людина до «чистого» типу, тим яскравіше вона виявляє себе у вибраному виді діяльності» [90, с. 85]. Дослідник посилається на відомі приклади видатних особистостей, які належали до «чистих» типів темпераменту, а також наводить дані власних досліджень, що підтверджують це положення [90, с. 85–86]. Водночас, високих результатів досягають люди не тільки з «чистим» типом темпераменту, але і такі, що мають «якісний» годинник, показником чого, зокрема, може бути точність вимірювання «т-типу», що відображається як середнє квадратичне відхилення «т-типу» у ряді замірювань (див. у розділі 6.3.).

Отримані видатним вченим дані щодо темпераменту мають безпосереднє відношення до серцево-судинної діяльності людини, адже вона функціонує теж з певною якістю, яка може бути порушена при тому чи іншому темпераменті певною хворобою серця. Як показав дослідник, два типи темпераменту, сангвіноідний і меланхоліодний, можуть утворювати індивідуально-типологічні передумови для виникнення, в певних важких життєвих ситуаціях, таких серцево-судинних хвороб, як інфаркт міокарда, гіпертонія, інсульт тощо. Але головним відкриттям вченого було встановлення зв'язку тау-типу з пульсом серця як вихідним параметром циклічності серцево-судинної діяльності і життєдіяльності.

Наведені дані свідчать про те, що тау-тип постає унікальною часовою одиницею життєдіяльності, яка, з одного боку, безмежно диференціюється на більш дрібні часові інтервали, а з іншого — інтегрується з геофізичними, добовими та річними, циклами обертання Землі навколо власної вісі та Сонця і, за нашим переконанням, з

безкінечними циклами пульсації планет і зірок Всесвіту. Як буде показано далі, така диференціація та інтеграція відбувається в обох напрямках масштабування часу за певною закономірністю, підпорядковуючись, зокрема, передатковому числу 4 (відмітимо той факт, що самих типів темпераменту Б. Й. Цуканов, услід за Гіппократом, нараховує $4 + 1$ врівноважений) і тягнеться до безкінечності в обох напрямках диференціації-інтеграції масштабування тау-типу. Це означає, що тау-тип, виступаючи показником пульсації серця, водночас є зафіксованим на рівні організму часовим квантом, від якого бере початок різномасштабна циклічна диференціація та інтеграція цієї часової одиниці індивіда. Можна передбачити, що психофізика пульсуючого серця певним чином, через диференціацію-інтеграцію тау-типу пов'язана з класичною фізикою, квантовою фізикою, геофізикою і космофізикою пульсуючого Всесвіту. Тобто можна гіпотетично говорити про своєрідний взаємозв'язок тау-типу як часового кванта з ритмікою мікрокосмосу та макрокосмосу.

Це дає підстави констатувати, що в експериментальній психології, завдяки Б. Й. Цуканову, з'явився **новий, об'єктивний, оперативний, зручний метод визначення типу темпераменту та часового кванту серцево-судинної діяльності людини як універсальних показників життєдіяльності людини, що пов'язані з циклічними глибинними внутрішніми мікропроцесами життя людини та зовнішніми космічними умовами його часового перебігу, з якими резонує серце.**

6.6. Структура τ -відповідних, типологічно зумовлених психодинамічних, темпераментальних властивостей індивіда та особистості

Маючи у своєму розпорядженні унікальний кількісний показник міри переживання власного часу та типу темпераменту, Б. Й. Цуканов здійснив ряд експериментальних досліджень, у яких відкрив закономірності й особливості прояву різноманітних психологічних властивостей індивіда й особистості, залежно від зміни « τ -типу» в усьому спектрі його значень від 0,7 сек. до 1,1 сек. Внаслідок проведення даного циклу досліджень ним була отримана узагальнена структурна характеристика τ -відповідних якостей індивіда та особистості.

Не вдаючись у процедурні деталі цієї низки досліджень, надамо стислий виклад їх результатів.

Найбільш цікавим можна вважати отримані вченим за допомогою авторської анкети дані щодо психологічної відносності перебігу часу у його переживанні суб'єктом. Для цього Б. Й. Цуканов обґрунтував розподіл індивідів в усьому спектрі « τ -типів» на три нерівноцінні групи:

1) індивіди, що «поспішають»: $0,7 \text{ сек.} \leq \tau \leq 0,94 \text{ сек.}$ (їх 80% від усієї популяції);

2) «точні» індивіди: $0,95 \text{ сек.} \leq \tau \leq 1,0 \text{ сек.}$ (їх 12%);

3) «повільні» індивіди: $\tau > 1,0 \text{ сек.}$ (їх 8%).

Вчений висунув припущення, що ті індивіди, які «поспішають», «точні» і «повільні» індивіди існують у різних часових умовах, тому в них повинні мати місце суттєві розбіжності в оцінці суб'єктивної швидкості перебігу часу, який переживається» [90, с. 112].

Так, експериментатор задавав піддослідним з різними τ -типами (від 0,7 сек. до 1,1 сек.) запитання: «Вам вистачає часу у житті?», яке в деяких випадках доповнювалося запитаннями: «Ви відчуваєте хід часу? Він йде швидко чи повільно?»

У результаті опитування було з'ясовано, що психологічна відносність перебігу часу може бути представлена таким чином.

У групі межово «поспішаючих» суб'єктів (холероїдна група) час «летить», у групі «поспішаючих» суб'єктів (сангвіноїдна група) час «біжить», у групі трохи «поспішаючих» суб'єктів (поблизу «крівноваженого» типу) час «рухається».

У групі «не поспішаючих» суб'єктів (меланхолідна група) час «стоїть, не рухається з місця».

У групі «повільних» суб'єктів (флегматоїдна група) час «рухається кроком» [90, с. 117].

Б. Й. Цукановим був зроблений висновок, що «швидкість перебігу часу, що переживається (V), зворотнопропорційна індивідуальній величині «дійсного теперішнього», тобто « τ -типу»: $V \sim 1 : \tau$. Підставляючи у цю формулу реальні значення « τ -типу», можна отримати орієнтовні коефіцієнти суб'єктивної оцінки швидкості перебігу часу. Так, межово «поспішаючі» суб'єкти, в яких час «летить», мають коефіцієнт, що дорівнює 1,4–1,3, «точні» суб'єкти — 1, а повільні суб'єкти — менше одиниці. Тобто, «ліворуч від суб'єктів, що живуть у «нерухомому» часі, знаходяться суб'єкти з прискореним перебігом часу, а праворуч знаходяться суб'єкти з уповільненим перебігом часу» [90, с. 119]. В одній і тій же ситуації представники крайніх типів темпераменту по-різному оцінюють перебіг подій у часі, їх

оцінки можуть відрізнятись у 1,5–2 рази, що слід враховувати при організації різних, особливо швидкоплинних видів діяльності людини.

Дуже важливими і новими для експериментальної психології слід визнати дані Б. Й. Цуканова щодо особливостей переживання індивідами з різними «т-типами» часової спрямованості у тріаді «минуле-теперішнє-майбутнє». Для визначення індивідуальних розбіжностей у часовій ретро- та перспективі піддослідним, після заміру їх «т-типів», задавалися наступні запитання: «Яке значення у Вашому житті має минуле, теперішнє і майбутнє? Яке з цих часів Вас приваблює і чому?» Пропонувалося давати відповіді у вільній формі, починаючи з найбільш значущого часу [90, с. 121–125].

Дослідником були отримані вражаючі дані, які свідчать про те, що у «різних «т-типів» неоднакове суб'єктивне відношення до минулого, теперішнього й майбутнього... Судячи з відповідей, у діапазоні 0,7 сек. $\leq \tau \leq 0,86$ сек. знаходяться суб'єкти із чіткою орієнтацією у майбутнє. В діапазоні 0,86 сек. $\leq \tau \leq 0,94$ сек. для суб'єктів найбільш значущим є теперішнє. Суб'єкти, котрі віддають перевагу минулому, знаходяться у діапазоні 0,94 сек. $\leq \tau \leq 1,11$ сек.» [90, с. 125–126].

Отже, належність до того чи іншого «т-типу» розподіляє всіх суб'єктів на три групи з різними орієнтаціями у часовій ретроспективі і перспективі. Відповідно до цього, «...реалізовані, актуальні та потенційні зв'язки... набувають у суб'єктів з різною часовою орієнтацією різного ступеню значущості, що... дозволяє одним «жити у минулому», другим ... орієнтуватись у теперішньому, а третім — «жити у майбутньому» [90, с. 129].

Визначення Б. Й. Цукановим часових особливостей індивідів з власною швидкістю ходу часу та власною часовою перспективою (ретроспективою) дозволило йому говорити про наявність у кожній типологічній групі свого узагальненого часового профілю особистості. Він наводить п'ять таких профілів для кожної з п'яти «т-типологічних» груп — холероїдів, сангвіноїдів, врівноважених, меланхолідів, флегматоїдів. Наведемо докладну характеристику цих профілів [90, с. 130–131].

Так, представники холероїдної групи є межово «поспішаючими», вони живуть у постійному суб'єктивному дефіциті часу. Час здається їм таким, що «летить» і за ним треба намагатися встигнути. Вони спрямовані у майбутнє, скоріше прагнуть досягнути поставленої мети. Як стверджує Б. Й. Цуканов, І. П. Павлов слушно називав їх «нестримним» типом (див. рис. 23).

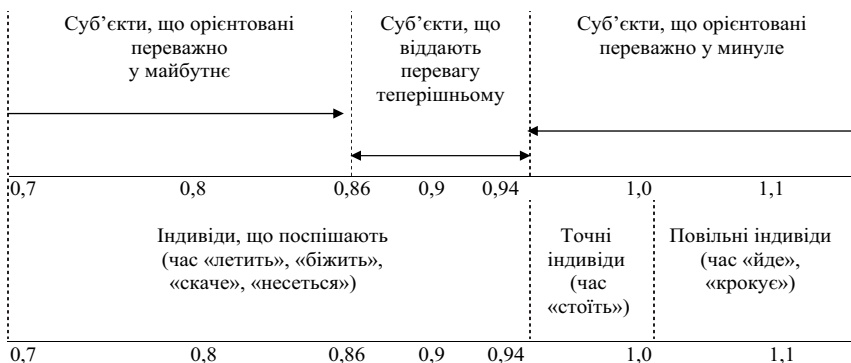


Рис. 23. Схема відношень індивідів до часу

Індивіди сангвіноїдної групи є «поспішаючими», вони також живуть у суб'єктивному дефіциті часу. Для них час «біжить» і тому вони бояться «не встигнути». Майбутнє є бажаним для них, цікавим, його хочеться швидше наблизити, побачити. І. П. Павлов характеризував їх як «живий» тип.

Для представників «врівноваженого» типу час «плине не дуже швидко», тому у житті його «майже вистачає». Вони не мають орієнтації у майбутнє або минуле, тому вони віддають перевагу життю у теперішньому («тут і тепер»).

Індивіди меланхолідної групи не відчувають суб'єктивного дефіциту часу, час для них «стоїть», вони начебто загальмовані та знерушені у ньому. Вони зорієнтовані у минуле. Тому І. П. Павлов слушно назвав їх «гальмівним» типом.

Представники флегматоїдної групи не відчувають суб'єктивного дефіциту часу, вони мають «надлишок часу» тому, що він плине «повільно і рівномірно», вони прив'язані до минулого. І. П. Павлов точно назвав їх «спокійним» типом.

Б. Й. Цуканов зауважує, що дані профілі виявляють себе як досить стійкі утворення, які людство у процесі відтворення зберігло у стійких межах типологічних груп впродовж усієї попередньої історії. Тому індивідуально зумовлені особливості відношення до часу наклали свій відбиток на діяльність суб'єктів, їх філософські узагальнення, політичні погляди, поетичні твори, що неодноразово відмічали дослідники проблеми часу... За думкою І. Г. Білявського..., аналіз таких відбитків дає можливість достатньо точно відродити індивідуальну своєрідність історичних особистостей» [90, с. 130–131].

Водночас, дослідник не погоджується з тими, хто намагається покласти особливості переживання часу в основу типології особистості. Адже «ці особливості, що видаються за часові властивості особистості, пов'язані із природженим механізмом власного годинника індивіда.

Безперечно, індивід є носієм людської особистості... і в онтогенезі в особистості складається певне ставлення до часу, який переживається і хід якого забезпечує механізм індивідуального годинника. Але в онтогенезі час, як підкреслював Фресс..., стає для особистості своєрідним «об'єктом» з певною цінністю. Час можна «витратити», «дарувати», «віддавати», «берегти», «розтринькувати», «марнувати» тощо... Особистість будує своє ставлення до часу в історичному і навіть космічному масштабі, включаючи до нього і час життя свого носія — індивіда. Тому між профілем індивідуально зумовленого ставлення до часу, що переживається, і часом особистості немає лінійного зв'язку.

Деякі дослідники психологічного часу особистості спрямовують свої зусилля на те, щоб допомогти особистості «оволодіти часом життя,... змінити перебіг суб'єктивного часу, стискаючи його і розтягуючи, прискорюючи і затримуючи його», навчити особистість «керувати власним часом для найбільш повної творчої самореалізації»... Розв'язання такої задачі можливе за однієї неодмінної умови: треба виходити з індивідуальних особливостей перебігу часу, що переживається, з особливостей, які зумовлені ходом власного годинника індивіда, а не ігнорувати закони його ходу. Щоб володіти часом, треба, за влучним виразом Фресса, досягти «мудрості старих» і прийняти час таким, яким він даний кожному із нас, з його тривалостями, нестачами і ненадійністю... Час не можна стиснути поспішністю і не можна розтягнути очікуванням, оскільки швидкість його ходу у кожного індивіда відносна. Істинна здатність керувати часом відкривається особистості лише тоді, коли вона набуває вміння пристосовувати свою діяльність так, щоб не попадати ані в ситуацію примусового поспіху, ані в ситуацію примусового очікування. В цьому і полягає справжнє мистецтво володіння часом, яке можна виховувати у кожній особистості і довести до досконалості на основі знання про особливості ходу власного годинника» [90, с. 131–133].

За нашими спостереженнями, в умовах жорсткого нівелювання в соціальних умовах навчання та праці та ігнорування різної типологічного відношення до часу, часової орієнтації індивідів у майбутнє, «тут і тепер» та минуле може стати чинником виникнення латентного

стресу у цих трьох групах людей, а при хронічному та інтенсивному його характері — і чинниками виникнення функціональних відхилень і хвороб, в тому числі і серцевих. Про це йдеться далі у розділі 6.9.

6.7. Психогенетичний закон репродукції нащадків і типологічно визначені диспозиції народження індивідів у системі «батьки-діти», залежно від тау-типу, тобто показчика пульсової динаміки серця батьків

Не менш цікавим, аніж попередні, є відкриття Б. Й. Цукановим закономірності відтворення, народження батьками дітей з визначеними «т-типами». Ним було встановлено, що відтворення «т-типів» при переході від покоління до покоління є не випадковий, а закономірний процес.

Для виявлення цієї закономірності вченим було проведено обстеження 50 сімей, що мають одного, двох, трьох і більше дітей (сібсів). У батьків та дітей (старше шести років) вимірювався «т-тип». Батьки (батько — ♂; мати — ♀) і діти (перша дитина — S_1 , друга дитина — S_2 , і-та дитина — S_i) розміщувалися за своїми індивідуальними значеннями «т-типів» на лінії суцільного спектру «т-типів». Проведений після цього аналіз співвідношення «т-типів» батьків і дітей дозволив визначити три основні варіанти комбінацій розташування батьківських пар, в яких зберігаються стійкі напрямки відтворення нащадків (див. рис. 24) [84, с. 32–37].

I комбінація характеризується тим, що батьки, які належать до холероїдної та (або) сангвіноїдної груп, прагнуть відтворити нащадків у напрямку незайнятих меланхолідної та флегматоїдної груп.

II комбінація виявляється в тому, що батьки, які відносяться до меланхолідної та (або) флегматоїдної груп, прагнуть народити дітей протилежним чином — у напрямку незайнятих сангвіноїдної та (або) холероїдної груп.

«Інакше кажучи, якщо батьки знаходяться у типологічних групах по один бік від вісі симетрії, що проходить через точку «врівноваженого» індивіда у суцільному спектрі «т-типів», то процес відтворення нащадків йде у напрямку зони вільних типологічних груп» [90, с. 95].

III комбінація батьківських пар характеризується тим, що їх «т-типи» займають протилежні відносно вісі симетрії типологічні групи.

Водночас з'ясувалося, що нащадки за своїми «т-типами» відтворюються у зонах вільних типологічних груп, що знаходяться між батьками, і виявляють тенденцію набувати «т-тип» у порядку від матері до батька [90, с. 95].

Комбі- нація	Група				
	холероїдна	сангвіноїдна	меланхоліїдна	флегматоїдна	
I	1	 	S_1	S_2	S_3 →
	2		 	S_1	S_2 →
	3			S_1	S_2 →
	4			S_1	S_2 →
II	1	← S_3	S_2	S_1	 
	2	← S_2	S_1	 	
	3	← S_2	S_1		
	4	← S_2	S_1		
III	1		S_1	S_2	S_3 → 
	2	 S_3	S_2	S_1	
	3			S_1	S_2 → 
	4	 S_2	S_1		

Позначення в таблиці:  – мати,  – батько, $S_1, S_2, S_3, \dots$ – сібси (діти).

Рис. 24. Напрямки репродукції тау-типів при народженні дітей залежно від положення батьків у типологічних групах за Б. Й. Цукановим [84, с. 34]

Б. Й. Цукановим було сформульовано загальне правило відтворення «т-типів» у системі «батьки-діти»: «напрямок репродукції сібсів будь-якою батьківською парою задається початковими умовами — положенням (місцем) батьків у типологічних групах» [84, с. 35].

З цього правила випливає низка важливих наслідків.

1. Одна і та ж батьківська пара репродукує нащадків з різними типами темпераменту («т-типами») у напрямі, що заданий початковими умовами (наявними у батьків «т-типами»).

2. Різні за початковими умовами (вихідними «т-типами») батьківські пари можуть репродукувати нащадків того ж самого типу темпераменту, тобто так званих «психодинамічних близнюків» (з тожними «т-типами»).

3. На процес репродукції «т-типів» накладається обмеження, яке виявляється в інверсії напрямку репродукції, що забезпечує, разом із попередніми наслідками, відтворення типологічних груп у стійких межах. Це означає, що за умови, коли процес репродукції нащадків сягає крайньої групи (це холероїди або флегматоїди), то подальша репродукція йде у зворотньому напрямі. Даний коливальний процес спостерігається особливо чітко у багатодітних батьків, які народили четверо і більше дітей.

Відкритий Б. Й. Цукановим механізм інверсії та коливання процесу репродукції в межах чотирьох основних типологічних груп показує, «що в принципі будь-яка батьківська пара потенційно здатна народити представників усіх типологічних груп» [84, с. 35].

Дослідник робить загальний фундаментальний висновок, теоретичне й практичне значення якого для наукової психології, генетики і педагогіки спеціалістам ще доведеться усвідомити повною мірою у майбутньому: «Якщо розглядати три комбінації в цілому, то репродукція індивідів у людській популяції являє собою коливальний процес, аналогічний коливанням маятника. Ці коливання здійснюються від одного крайнього стану («чистий» холерик) до другого крайнього стану («чистий» флегматик), що симетричні положенню рівноваги, яке і знаходиться в точці «врівноваженого» типу. Не важко зрозуміти, що саме коливальний процес репродукції здатний забезпечити збереження незмінного числа типологічних груп у неперервному потоці поколінь людської популяції.

На відміну від механічних безперервних коливань маятника, коливання репродукції нащадків становлять собою дискретний, квантований процес. Нашадки, репродуковані у напрямі, заданому початковими умовами, розносяться на лінії суцільного спектру індивідів по типологічним групам на фіксовані «відстані», як від одного з батьків, так і один від одного. Такою фіксованою «відстанню» між одним із батьків та першою дитиною, між першою і другою дитиною і т. д., є розмір типологічної групи» [84, с. 35–36].

Сформульований Б. Й. Цукановим «дискретний закон репродукції» має й інші наслідки, які дозволяють зрозуміти природу продукування «т-типів» у людській популяції. Так, вчений стверджує, що «між психічними складовими темпераменту батьків і дітей не має спадкової залежності...» [84, с. 36]. Мова йде, звичайно, про пряму передачу одного й того ж «т-типу» від батьків до дітей. Виняток утворюють лише так звані «психодинамічні близнюки». Не важко

помітити, що дія відкритого вченим «психогенетичного закону» дивним чином відповідає закону еволюції Ч. Дарвіна, за яким природний відбір забезпечується спадковістю і мінливістю. «Психогенетичний закон» відтворення нащадків діє через складний механізм закономірного заповнення усіх типологічних груп популяції в певних кількісних межах (холероїдів — 14%, сангвіноїдів — 44%, «врівноважених» — 4%, меланхолоїдів — 29% і флегматоїдів — 9%), а сімей — представниками різних типологічних груп за принципом доповнення. Згадаємо, що термін «сім'я» можна трактувати і як «сім Я», з яких два «Я» — це батьки, а п'ять «Я» — нащадки, які заповнюють усі п'ять типологічних груп і роблять таку повноцінну сім'ю унікальною популяційною одиницею, яка здатна адекватно, різноманітно реагувати на часові виклики оточуючого середовища. Тому повноцінні сім'ї тягнуться саме до означеного в її назві чисельного складу. Відмітимо, що такою ж за складом є і сім'я одеського професора...

Б. Й. Цуканов, як справжній вчений, констатує, що «у психогенетичному законі репродукції багато незрозумілого. Ясно лише те, що головна роль в цьому процесі відводиться матері. Так, в усіх трьох комбінаціях напрям репродукції задається місцем матері у лінійному порядку типологічних груп. Це наводить на думку, що у матері існує своєрідний механізм «чутливості» до прямого репродукції. Другий механізм можна назвати «післяродовою пам'яттю матері», в якому повинно фіксуватися місце попередньої дитини, щоб наступна була зсунута на відстань, визначену умовами квантування. Ці механізми підіймають матір на рівень Геї-Реї-Кібелі, Праматері всіх богів, культ якої ще у стародавніх народів відображає велику силу материнства і велике таїнство народження життя» [84, с. 37].

Зрозуміло, що відкритий Б. Й. Цукановим «психогенетичний закон репродукції» має бути самим ретельним чином врахований спеціалістами у галузі генетичної, педагогічної та вікової психології, стати основою для розвою нового наукового напрямку — психогенетики. Даний закон важливий і у кардіопсихологічному плані, адже за ним схильність до переважаючих серцевих хвороб, що притаманні сангвіноїдам і меланхолоїдам, не передається генетично, приміром, коли у батьків народжуються холероїди та флегматоїди.

6.8. Якість ходу власного годинника індивіда та успішність, продуктивність, креативність засвоєння і здійснення особистістю різних видів діяльності, в залежності від точності визначеного тау-типу як показника пульсу серця

Важливим аспектом розробленої Б. Й. Цукановим теорії часу у психіці людини постає тісний зв'язок між якістю ходу власного годинника та успішністю (продуктивністю, оперативністю, точністю, ефективністю тощо) діяльності особистості. Йому вдалося знайти точні докази того, що часова організації індивіда та особистості визначає успішність різних видів діяльності — спортивної, музичної, пізнавальної, взагалі інтелектуально насиченої.

Цього разу вчений відшуковує показники якості роботи власного годинника індивіда у самій процедурі визначення « τ -типу», його точності, стабільності при відтворенні різних, як це видно з самого методу визначення « τ -типу» (див. розділ 6.3) секундних інтервалів (1, 2, 3, 4, 5 сек.). Звичайно, що при відтворенні різних інтервалів індивід може демонструвати значення ті, що відхиляються від середнього значення « τ -типу». Ступінь же стабільності « τ -типу» можна виміряти за допомогою середнього квадратичного відхилення δ . Зрозуміло, що при мінімальному значенні δ показник « τ -типу» демонструє більшу стабільність, за чим стоїть більш висока якість ходу власного годинника, або, як говорить вчений, досягається аналог «доброго» годинника. Останній має задовольняти двом наступним умовам [90, с. 168]:

- 1) $t_i \rightarrow \tau = \text{const}$;
- 2) $\delta \rightarrow 0$.

Отже, для ідеального варіанта «доброго» годинника властива умова $\delta = 0$. Але в дійсності вона не виконується — через те, що «у психіці індивіда існує мінімальна межа розв'язувальної здібності, яка дорівнює приблизно 0,01 сек... Крім того, не виключені систематичні погрішності вимірювальної апаратури, яка застосовується в методі. Тому друга умова (умова низької варіативності t_i) слід розглядати як індивідуальну міру, що показує ступінь реального наближення до аналогу «доброго» годинника (межово $\delta = 0,01$ сек.).

Виявлені дослідником закономірності відтворення « τ -типів» у людській популяції свідчать про те, що кожний суб'єкт народжується зі своїм центральним годинниковим механізмом. Оскільки якість ходу власного годинника залежить від природжених можли-

востей індивідуального мозку, то цілком вірогідно припустити, що у людській популяції існують індивіди з аналогом «доброго» годинника та індивіди з різними відхиленнями від нього» [90, с. 168].

У зв'язку з цим, Б. Й. Цуканов формулює гіпотезу про те, що «максимальне наближення до аналогу «доброго» годинника повинне мати місце у тих людей, які досягли високої продуктивності у вибраному виді пізнавальної діяльності» [там само].

Доведення цієї гіпотези здійснювалося шляхом вимірювання «т-типу» і δ у представників трьох груп. Перші дві групи складали професійні працівники і студенти з високими показниками пізнавальної і навчальної діяльності. Зокрема, в першу групу увійшли вчені — геологи, математики, фізики, філософи, хіміки, історики, психологи з науковим ступенем кандидата або доктора наук, які закінчили школу із золотою чи срібною медаллю, а вищий навчальний заклад — з «червоним» дипломом. Як з'ясувалося, всі вони продемонстрували стабільність властивого їм «т-типу», а розбіжності значень середнього квадратичного відхилення не виходила за межі $0,02 \text{ сек.} \leq \delta \leq 0,06 \text{ сек.}$

У представників другої групи — студентів різних факультетів Одеського державного університету імені І. І. Мечникова (дослідження проводилось у 1988 році), що закінчили школу із золотою медаллю і мали високий бал в атестаті (не нижче 4,8 за 5-бальною системою) — також виявився стабільний «т-тип» в усіх типологічних групах із середнім квадратичним відхиленням у межах $0,04 \text{ сек.} \leq \delta \leq 0,08 \text{ сек.}$

У третю групу були включені учні 8–10-х класів однієї зі шкіл м. Одеси з низьким показником успішності навчання (середній бал менше 3,5). Вони продемонстрували приблизне виконання умови $t_i \approx \text{const}$ для різних типологічних груп, а діапазон індивідуальних значень середнього квадратичного відхилення був майже в 4 рази ширшим, аніж у перших двох групах: $0,12 \text{ сек.} \leq \delta \leq 0,28 \text{ сек.}$

Б. Й. Цуканов провів також додаткове дослідження «т-типу» в учнів з розумовою відсталістю, що навчалися в Одеській допоміжній школі № 75. Всього було обстежено 72 учня з 2-го по 9-й клас з діагнозом «олігофренія у ступені дебільності». Під час дослідження було встановлено, що «у випадку розумової відсталості власна одиниця часу індивіда не є стабільною, а змінюється стрибком залежно від глибини розумового дефекту. Інакше кажучи, за наявності стрибка, у психіці олігофренів відсутня власна структура часу, що безпосередньо переживається. Тому можна думати, що труднощі із засвоєнням

часових понять, труднощі із формуванням уявлень про метричні властивості часу, порушення орієнтування у минулому та майбутньому в олігофренів багато в чому визначається відхиленнями від аналогу «доброго» годинника» [90, с. 180–181].

На основі проведеного дослідження Б. Й. Цуканов робить висновок, що «продуктивність пізнавальної діяльності суб'єкта визначається не самою по собі належністю до одного з п'яти «чистих» типів, а якістю ходу його власного годинника» [90, с. 174]. Тим самим було підтверджено висунуту гіпотезу.

Вчений робить також наступний принциповий висновок: «Найвищий рівень здатності до навчання і оволодіння закономірностями оточуючої дійсності, за інших рівних умов, спостерігається в тих індивідів, суб'єктивний хід часу яких максимально відповідає ходу «доброго» годинника. Згідно з отриманими даними, до групи з високими інтелектуальними задатками відносяться ті індивіди, у яких $\sigma \leq 0,05$ сек. Ці задатки впродовж життя можуть перетворюватись у ті чи ті інтелектуальні здібності» [90, с. 174].

І, навпаки, як стверджує Б. Й. Цуканов, «до суб'єктів із послабленим інтелектом можуть бути віднесені ті індивіди, в яких виявляються великі варіації ходу власного годинника ($0,1 \text{ сек.} \leq \sigma \leq 0,2 \text{ сек.}$). Судячи по середньому балу успішності їх навчання, здатність до нього в них невисока» [90, с. 175].

Водночас, дослідник робить необхідне застереження: «Ми не маємо наміру зводити проблему інтелекту до годинникового механізму. Аналог «доброго годинника» слід розглядати як одну із передумов високого інтелекту. Якщо індивід з «добрим годинником», то у нього є потенційна можливість виявити високий рівень розуміння, широту пізнання, глобальну здатність «правильно мислити» у вибраному виді діяльності. Монтень говорив, що мозок добре влаштований коштує більше, ніж мозок добре наповнений... Ми будемо не далекі від істини, якщо скажемо, що мозок, влаштований подібно до годинникового механізму з високим ступенем організованості й упорядкованості (тобто з мінімумом варіацій власного ходу), володіє якістю виробляти високоорганізовану й упорядковану психічну функцію абиякого рівня. Тому цілком можливо, що такі риси інтелекту, як легкість, вишуканість, витонченість, оригінальність, що виявляються у розв'язанні творчих задач, пов'язані з характеристиками ходу «доброго» годинника» [90, с. 175].

Б. Й. Цукановим було також проведене оригінальне дослідження ходу власного годинника у музично обдарованих учнів Оде-

ської спеціальної музичної школи імені П. С. Столярського. На основі обрахування « τ -типів» і середніх квадратичних відхилень таких видатних виконавців, випускників цієї школи, як Е. Гілельс, Л. Гілельс, М. Фіхтенгольц (використовувалися дані обстеження цих музикантів Д. Г. Елькіним), вчений визначив, що показниками музичної обдарованості можуть виступати, за наявності інших рівних умов, таких як добрий звуковисотний слух, почуття ритму та ін., наступні умови: $\tau \rightarrow 1,0$ сек. та $\sigma \rightarrow 0,01$ сек. Дані умови є індивідуальною мірою наближення до аналогу дуже «доброго» годинника. Це означає, що показником музичної обдарованості є належність до «чистого» меланхоліка як найбільш точного суб'єкта із максимально стабільним, тобто якісним, ходом власного годинника [90, с. 182]. Інакше кажучи, музична обдарованість безпосередньо пов'язана с роботою серця, з його пульсацією та типологічними даними музикантів, що серед іншого, має велике профорієнтаційне і доленосне значення. Автор цих строк, маючи $\tau = 1,0$ сек., зрозумів тільки у дорослому віці глибинну причину своєї любові до музики і пожалкував, що в дитинстві батьки не віддали його до музичної школи, хоча така можливість була.

Звичайно, що ці та розглянуті раніше дані мають величезне значення для диференційної психології та психологічній практиці, для розв'язання завдань виявлення, розвитку і підтримки обдарованої молоді.

6.9. Патопсихосоматичні прояви часових типологічних характеристик індивідів, в залежності від тау-типу, та ризик виникнення інфаркту міокарду серця

Один із найбільш цікавих і практично значущих аспектів теорії Б. Й. Цуканова пов'язаний з ідеєю Гіппократа про «переважаючі» хвороби. Борис Йосипович повертає нас до вихідних положень вчення «давньогрецького генія» про психосоматичну єдність людини, за якими «переважаючі» хвороби є одним із об'єктивних показників належності індивіда до певної типологічної групи. Більш того, Гіппократ як лікар визначав типи темпераменту не стільки за відомими рідинами (жовч, кров, чорна жовч, лімфа), скільки за хворобами, що локалізуються у певних типологічних групах і не виходять за їх межі.

До «переважаючих» відносяться хронічні неінфекційні захворювання, серед яких перше місце займають серцево-судинні хвороби (ССХ), оскільки цими хворобами, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, страждає одна четверта частина дорослого населення планети. Хвороби серця, зокрема, ішемічна хвороба серця (ІХС), виступають причиною кожної другої смерті, кожної третьої інвалідності, призводять до величезних економічних втрат.

Б. Й. Цуканов, виходячи з власної теорії часу, звернув увагу на ту обставину, що ІХС є *хронічним* захворюванням, розвиток і перебіг якої має часову розгортку, а така її клінічна форма, як інфаркт, виявляється у певному віці [90, с. 90].

Вчений висунув припущення, що у людській популяції існують індивіди, що «віддають перевагу» і хворіють ІХС. Якщо такі індивіди або їх групи існують, то можна завчасно виявити так звані фактори ризику появи цієї хвороби у даних індивідів. Звичайно, що було б доцільно шукати ці фактори ризику у самому факті належності індивідів до певних типологічних груп, в їх розташуванні у певних місцях усього спектру «т-типів».

Б. Й. Цуканов врахував водночас ту обставину, що одним із головних факторів ризику, що призводить до ІХС, у кардіології визнається артеріальна гіпертонія. Тому в ході спеціального експерименту він визначав систолічний артеріальний тиск (САТ) та діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) у здорових чоловіків і жінок (усього 134 особи віком від 19 до 26 років) та властиві для них «т-типи» і виявив зони, в яких розташовуються представники з гіпотонічною тенденцією. Ним було встановлено, що у холероїдній ($0,7 \text{ сек.} \leq \tau < 0,8 \text{ сек.}$) і флегматоїдній ($1,0 \text{ сек.} < \tau \leq 1,1 \text{ сек.}$) групах розташовуються індивіди з гіпотонічною тенденцією, а в певних підгрупах сангвіноїдів ($0,8 \text{ сек.} \leq \tau \leq 0,86 \text{ сек.}$) та меланхоліодів ($0,94 \text{ сек.} \leq \tau \leq 1,0 \text{ сек.}$) містяться індивіди з гіпертонічною тенденцією. Для «врівноважених» індивідів властива середньостатистична норма систологічного та діастолічного артеріального тиску ($p = 120/70 \text{ мм рт. ст.}$) [90, с. 90–91].

Коли ж Б. Й. Цуканов провів вимірювання «т-типів» у 90 постінфарктних хворих перед випискою із відділення реабілітації 3-ї міської кардіологічної лікарні м. Одеси, то був виявлений цікавий факт. Усі обстежені постінфарктні хворі чітко розподілилися на дві групи з «т-типами», що були властиві для виділених раніше здорових інди-

відів — сангвіноїдів та меланхолоїдів — із гіпертонічною тенденцією. Цей розподіл представлений на рис. 25 [90. с. 92].

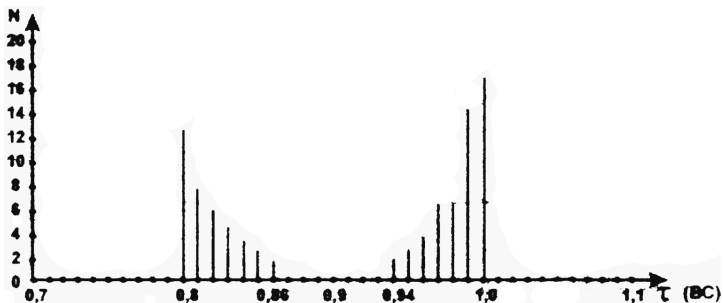


Рис. 25. Розподіл кількості постінфарктних хворих (N — вісь ординат) у суцільному спектрі «т-типів» (вісь абсцис) за Б. Й. Цукановим [90 с. 92]

Отже, Б. Й. Цуканову «вдалося виявити вельми важливий факт: ішемічна хвороба серця локалізується в межах тільки тих типологічних груп індивідів, для яких вона є «переважаючою», і за межі цих груп не виходить. Сама хвороба окреслила межі обох груп «чистими» сангвініками і «чистими» меланхоліками, що перенесли інфаркт міокарда.

Між індивідами обох груп має місце також ряд якісних відмінностей у перебігу клінічної форми хвороби. Так, у індивідів сангвіноїдної групи вона носить різкий, гострий характер. В цій групі переважають трансмуральний і великоосередковий інфаркт. Повторний інфаркт загрозово небезпечний для життя. Процес реабілітації у цих хворих триває повільно. В індивідів меланхолоїдної групи, навпаки, перебіг хвороби відрізняється меншою виразністю. Тут частіше зустрічається дрібноосередкований інфаркт. Хворі можуть перенести два-три і більше інфарктів, але процес їх відтворення відбувається швидше» [90, с. 92–93].

Вчений зробив розрахунки кількості «т-типів», що містяться у діапазонах $0,8 \text{ сек.} \leq \tau \leq 0,83 \text{ сек.}$ і $0,97 \text{ сек.} \leq \tau \leq 1,0 \text{ сек.}$, в яких зосереджений основний масив постінфарктних хворих, і отримав «26% від загальної кількості індивідів, що входять у репрезентативну вибірку «т-типів» людської популяції (рис. 25). Це відповідає світовій статистиці ССХ, що наведена вище» [90, с. 93].

Б. Й. Цуканов пояснює цей факт саме вченням Гіппократа, за яким у психосоматичній структурі однієї четвертої частини усіх індивідів,

що відносяться до сангвіноїдного і меланхолоїдного типів темпераменту, є «місце найменшого спротиву» саме по відношенню до серцево-судинних хвороб.

Дослідник провів систематичне вивчення власної одиниці часу в індивідів з іншими хронічними неінфекційними захворюваннями — хворобами печінки, нирок, шлунку і т.д. — і отримав дані щодо їх локалізації у певних типологічних групах суцільного спектру «т-типів». Обстежувалися хворі, що лікувались у міській клінічній лікарні та у міжнародному центрі здоров'я м. Одеси. На рис. 26 наведена схема локалізації «переважаючих» хвороб у суцільному спектрі «т-типів» [90, с. 94].

Ця схема, в цілому, відповідає тому, як Гіппократ пояснював походження хвороб у представників чотирьох типів темпераменту переважанням однієї з чотирьох рідин в організмі. Проте, належність індивіда до певного типу темпераменту з притаманними йому «переважаючими» хворобами не означає фатальної приреченості на захворювання цією хворобою. Тип темпераменту свідчить лише про те, «що в організмі даного індивіда є система, в якій у певний період життя може початися розвиток захворювання». Це «перевідкриття» Б. Й. Цукановим внутрішньоіндивідуальних чинників появи патогенних процесів дозволяє психологам по-новому осмислити механізми детермінації психосоматичних захворювань [60]. Зрозуміло, що завдяки цьому вперше з'явилася можливість точно визначити групи ризику виникнення тих чи тих захворювань у представників певних типологічних груп.

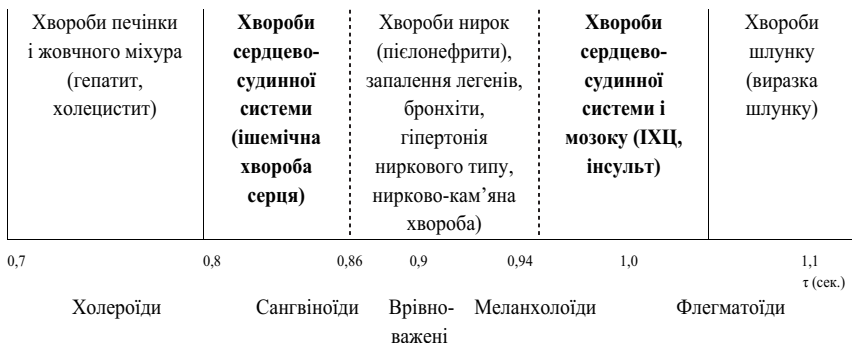


Рис. 26. Схема типологічних груп і відповідних до них «переважаючих» хвороб у суцільному спектрі «т-типів» [90, с. 94]

Водночас, вчений не обмежується тільки цим аспектом патогенезу «переважаючих» хвороб, але робить ще одне фундаментальне відкриття, довівши, що «прояв хронічних неінфекційних захворювань має часову розгортку, що визначається ходом власного годинника індивіда» [90, с. 94].

Йому вдалося встановити закономірності періодизації у процесі перебігу і загострення передусім серцево-судинних захворювань, пов'язавши її з великим біологічним циклом. Було висунуте, а потім доведене припущення, що начало цих захворювань співпадає або з кінцем поточного великого біологічного циклу, або з кінцем його чверті. Для доведення цього припущення вченим визначався «т-тип» у 289 хворих на інфаркт (перший і повторний) чоловіків і жінок та відповідний до нього індивідуальний великий біологічний цикл, які порівнювалися з віком серцевого нападу (нападів). Усі кількісні дані заносились у спеціальні таблиці й узагальнювалися. Проведене ним порівняння розрахункових і статистичних віків показало, що у «середньо-групових хворих» (у відповідних сангвіноїдній та меланхоліодній підгрупах) «хвороби серця починаються у віці, що визначається через ціле або дрібне число прожитих великих біологічних циклів, а початок хвороб співпадає з кінцем поточного циклу, або з кінцем його чверті» (див. рис. 27 і 28) [90, с. 157].

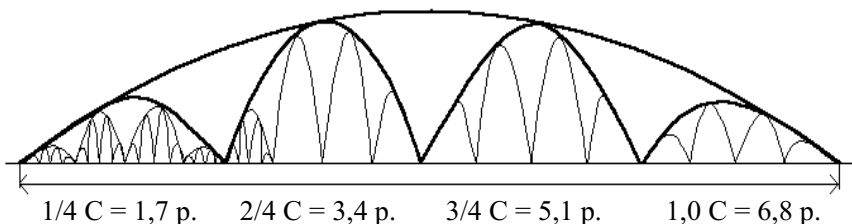


Рис. 27. Четвертна диференціація великого життєвого циклу $C = 6,8$ років для «чистого» сангвініка з $\tau = 0,8$ сек. [90, с. 157]

Б. Й. Цуканов встановив, що «для більшості обстежених хворих спільним є те, що гіпертонічні кризи, приступи стенокардії, інфаркти не тільки співпадають із кінцями поточних циклів, або з кінцями їх чвертей, але і починають повторюватися з періодичністю $1/4C$; $1/2C$; $3/4C$; C ; $1\ 1/2C$ і далі залежно від належності до типологічної групи і віку індивіда. Хвороба набуває хронічного характеру, іноді заявивши про себе на раніших етапах онтогенезу» [90, с. 160].

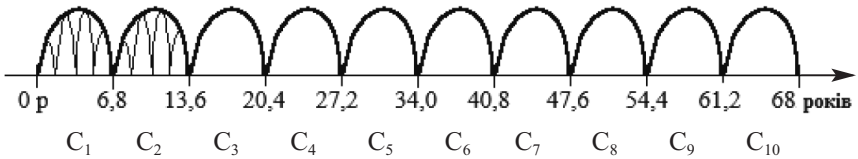


Рис. 28. Кратна С-періодичність для «чистого» сангвініка з $\tau = 0,8$ сек. з умовно прогнозованою тривалістю життя $T_{ж} = 6,8$ р. х 10 циклів = 68 років, за Б. Й. Цукановим [90, с. 157]

Учений попереджає, що «крім індивідів, у яких кінець поточного великого циклу проявляється у серцевих болях, є значна кількість хворих, у яких хвороба відбувається безсимптомно, у скритій формі. Це найбільш небезпечна форма, оскільки вона часто призводить до раптової смерті» [90, с. 161].

За даними Б. Й. Цуканова, зустрічається немало кардіологічних хворих, у яких кожна $\frac{1}{4}C$ ділиться на чотири частини, в кінці яких також відбуваються хворобливі прояви. Те ж саме буває і з діленням кожної $\frac{1}{16}C$ на чотири частини, коли $\frac{1}{64}C$ -періодичність є багатодововою і кожний цикл виявляється у різких перепадах артеріального тиску. У таких хворих кризи, напади стенокардії або інфаркту можуть повторюватися, начебто чергуючись одне з одним [там само].

«С-періодичність» виявлена вченим також і у процесі перебігу хвороб нирок у представників «врівноваженого» типу та наближених до нього сангвіноїдів і меланхолоїдів — у діапазоні $0,87 \text{ сек.} \leq \tau \leq 0,93 \text{ сек.}$ [90, с. 161].

Таким чином, Б. Й. Цукановим математично точно описано фундаментальний факт вияву хронічних неінфекційних «переважаючих» хвороб з певною «С-періодичністю», що має очевидне прогностичне та профілактичне значення для практичної психології і психотерапії. Цей факт покладено ним в основу створення медико-психологічної технології кардіопсихотерапії, на основі якої запропоновано муніципальну програму перетворення Одеси на антиінфарктну зону [6].

Б. Й. Цуканов пояснює, поглиблюючи погляди Гіппократа, вірогідний механізм «С-періодичності» процесу патогенезу хронічних неінфекційних хвороб таким чином. У кожного індивіда, відповідно до наявного у нього типу темпераменту, тобто « τ -типу», в організмі існує так зване «місце найменшого опору», яке стає найвразливішим у кінці поточного великого біологічного циклу або поточної чверті. Оскільки за життя людина переживає ряд великих біологіч-

них циклів, то впродовж життєвого шляху індивід проходить ряд критичних вікових точок, в яких і «спостерігається симптоматика хронічних неінфекційних захворювань» [90, с. 162].

Вчений дає пояснення цього явища, пов'язуючи природу температури із біоенергетичними процесами в організмі людини. Він підкреслює, що ці процеси описуються законами термодинаміки відкритих систем, які далекі від рівноваги і обмінюються з оточуючим середовищем речовиною й енергією під час метаболічних циклів. З точки зору біофізики, основне завдання організму при цьому — зберегти себе у невірноваженому стані за рахунок відтоку ентропії в оточуюче середовище. «З точки зору термодинаміки метаболічних циклів, після здійснення одного обертання циклу через певний час система (живий організм) знову повертається у первісний стан... Якщо будь-який метаболічний цикл розглядати з позицій біоенергетичних характеристик (термодинамічний потенціал, ентропія системи), то організм дійсно повертається до первісного стану, тобто цикл є замкненим. Але якщо розглядати будь-який цикл життєдіяльності організму на «стрілі внутрішнього часу» (адже від початку циклу до його завершення пройшов час), то він не може бути замкненим, оскільки організм після завершення циклу вже буде в іншому стані. Будь-який біоенергетичний цикл має розгортку на «стрілі внутрішнього часу» організму, в якому початок і кінець циклу рознесено на тривалість його періоду. За цей період в організмі здійснюється низка тих внутрішніх змін, котрі, якщо говорити про людину, призводять до того, що вона піросла, змужніла, дозріла, постаріла, що власне і виявляється у віковій періодизації» [90, с. 162–163].

Використання циклоїдної моделі «коліс, що котяться» для опису часу, що переживається індивідом, дозволяє відповісти на запитання про початок «переважаючих» хвороб. Б. Й. Цуканов знову звертається до аналогій: «Арка циклоїди на нашій схемі відображає повне обертання «колеса» біологічного циклу. Якщо площині під аркою надати сенс біоенергетичного потенціалу індивіда, то початок хронічних неінфекційних захворювань буде співпадати з кінцем біологічного циклу або з кінцем його поточної чверті, тобто з окремими віковими точками життя, в яких цей потенціал сягає мінімуму. Інакше кажучи, в точках з біоенергетичним мінімумом місце найменшого опору у тієї чи тієї людини стає найбільш вразливим. І часом достатньо незначного впливу зовні, щоб захворювання проявилось. У точках біоенергетичних спадів у людей спостерігаються неприємності

на роботі, розлади у сім'ї, захворювання. Однак це пояснення слід розглядати як попереднє, оскільки в нас немає кількісних вимірювань біоенергетичного потенціалу індивіда. Крім того, здійснення вимірювань впродовж великого біологічного циклу через відомі причини вельми трудомістне і потребує спільних зусиль біофізиків, медиків, фізіологів, психологів» [90, с. 165].

Б. Й. Цуканов подає ще одне пояснення щодо причини початку «переважаючих» хвороб на основі уявлення про так звану фазову сингулярність, під якою розуміється злиття часових фаз різних циклів в окремій точці. Він говорить: «Згідно нашої моделі (див. рис. 27 і 28), фазова сингулярність (ФС) має місце в точках, де кінець попереднього великого циклу зливається з початком наступного циклу... В межах великого циклу є ще декілька точок фазової сингулярності...

Використовуючи передаткове число (4 — Р. В.) у зворотньому порядку, можна показати, що у ... точках фазових сингулярностей великого циклу зливаються кінцівки і початки все менших і менших періодів «коліс, що котяться», аж до дихальних циклів і циклів «дійсного теперішнього». Як видно, в окремо взятій фазовій сингулярності безліч кінцівок і початків життєвих циклів індивіда стикаються у миттєвість неймовірно малих розмірів. В цьому і полягає небезпека фазової сингулярності, оскільки у мить зміни кінцівок початками організм начебто гине і народжується знову. Відмітимо, що ще Леонардо да Вінчі пропонував розглядати життя як неперервний процес «загибелі — народження». Дійсно, в ряді досліджень встановлено, що причиною раптової зупинки дихання, фібриляцій серцевої м'язи, що призводить до смерті, є фазова сингулярність... Статистика стенокардій та інфарктів, наведена нами (див. у [90 — Р. В.]), переконливо свідчить, що початок захворювань співпадає з тією чи тією фазою сингулярності в межах поточного великого біологічного циклу індивіда. Порівняння розрахункових циклів з відомими віковими періодизаціями також переконливо показує, що фазова сингулярність виконує роль межі між періодами життя індивідів, що змінюють одне одне. Фазовою сингулярністю можна пояснити вікові поворотні пункти, в яких спостерігаються «психологічні переломи» особистості. В цілому, циклоїдна модель «коліс, що котяться» дозволяє побачити важливу роль фазових сингулярностей у життєдіяльності організму індивіда та у його часі, що суб'єктивно переживається» [90, с. 165–166].

6.10. Прикладні аспекти психофізики пульсуючого серця в ученні Б. Й. Цуканова та перспективи її подальшої інтеграції з генетикою, медициною, математикою, фізикою, квантовою механікою, геофізикою, космофізикою, теорією відносності та хронопсихологічною ретро- і прогностикою тощо

Відомий вислів Б. Больцано «Немає нічого практичнішого за добру теорію» повною мірою відноситься до теорії часу у психіці індивіда та особистості, що створена професором Б. Й. Цукановим. Вже розроблений ним метод визначення «т-типу», як об'єктивного кількісного параметру типу темпераменту і пульсу серця, має бути належним чином оцінений психологами, педагогами, медиками, соціологами. Адже після відкриття професора експериментальні методики, зокрема, опитувальники, що використовувалися раніше для визначення типу темпераменту, не можна вважати достатньо точними, оперативними, коректними. Метод Б. Й. Цуканова відкриває нові можливості для довгоочікуваної реалізації індивідуального підходу у системі освіти, що до останнього часу залишався декларативним побажанням вчителів і шкільних психологів через відсутність саме такого об'єктивного методу визначення типу темпераменту.

Розраховані вченим рекомендації щодо типологічно відповідної, нормативної тривалості сну і бадьорості можуть бути покладені в основу уточнення та удосконалення психогігієнічно доцільного режиму життєдіяльності людини у психології праці, ергономіці, інженерній психології.

Визначені професором Б. Й. Цукановим критерії якості власного годинника — стабільність «т-типу» та мінімізація середнього квадратичного відхилення — доцільно використовувати при виявленні інтелектуально, музично та спортивно обдарованої молоді.

Величезне значення має визначення «т-типу» у професійній орієнтації, зокрема, на наукові, спортивні професії, на професію музиканта. Відмітимо також, що за нашими даними, виявлена дослідником закономірна спрямованість у минуле, теперішнє та майбутнє представників певних типологічних груп може розглядатись як професійно важлива якість для таких професій, як, відповідно, історик, артист, інженер, конструктор, проектувальник тощо. Встановлені професором закономірності щодо відносних часових позицій людини, переважно типологічно спрямованих у минуле, сьогодення та майбутнє, по-новому

характеризує спостерігача у відомому експерименті А. Ейнштейна, в якому визначається відносність в оцінюванні суб'єктом швидкості світу, що стало висхідним моментом формування теорії відносності.

Але найбільш вражаючий ефект можна очікувати від застосування розробленої Б. Й. Цукановим в ході тривалих досліджень медико-психологічної технології супроводження і підтримки, кардіопсихопрофілактики, кардіопсихотерапії хворих на інфаркт міокарду, інсульт та інші хвороби серця. Адже розроблений вченим науково-методичний інструментарій дозволяє не тільки констатувати належність людини до найбільш уразливих груп (у сангвіноїдній та меланхолідній ділянках суцільного спектру «т-типів»), але і передбачати момент серцевого нападу, тобто завчасно виділяти групи ризику і прогнозувати час, коли цей напад може наступити, що є наріжним каменем профілактичної кардіології. Вчений володіє ноу-хау у цій ключовій ланці допомоги кардіологічним хворим — алгоритмом точного визначення цієї групи і точного часу, коли може наступити інфаркт або інсульт. Цей алгоритм опрацьований професором, він спирається на результати багаторічних досліджень і практичної роботи з постінфарктними хворими у кардіологічних клініках. Це дозволило психологу разом із кардіологами здійснювати упереджувальні заходи: своєчасно виділяти клієнтів кардіологічного профілю, брати їх під медико-психологічний контроль, а перед точно спрогнозованим у часі серцевим нападом, у точці «фазової сингулярності», поміщати їх до клініки, де у контрольованих умовах інфаркт відбувається ... як закономірний фізіологічний процес і не залишає ніяких патологічних наслідків, не говорячи вже про летальний фінал...

Підкреслимо, що, розроблена й апробована на сотнях інфарктних хворих, медико-психологічна технологія кардіопсихопрофілактики і кардіопсихотерапії була обговорена на вченій раді і схвалена спеціалістами Київського інституту кардіології імені М. Стражеска та Одеського центру здоров'я сім'ї. Наприкінці 90-х років ця технологія була запропонована у формі спеціальної муніципальної програми, що передбачала перетворення Одеси на антиінфарктну зону [6]. Що означає впровадження цієї програми в масштабах міста, країни, світу, важко переоцінити...

Б. Й. Цукановим був також визначений дискретний хід глобального біологічного годинника в масштабах еволюції життя та відкритий феномен «державного групового суб'єкту» [90, с. 191], що дозволило ретроспективно вирахувати й уточнити дати визначних

подій в історії людства, а з іншого боку — точно спрогнозувати час деяких драматичних подій у новітньому житті сучасних держав світу, приміром, Росії й України. Розробка такого прогностичного інструментарію та його впровадження у систему економічного, політичного, соціального тощо планування може забезпечити нові перспективи досягнення добробуту, миру і благополуччя народів світу.

Отже, в ході двадцятирічних наукових досліджень Б. Й. Цуканову вдалося, вперше у світовій психології, розкрити фундаментальні закономірності часової організації індивіда та особистості. Вони викривті вченим через науково обґрунтоване визначення метрики (тривалості і швидкості) та топології (послідовності) переживання часу суб'єктом, тобто його перебігу, спрямованості, необоротності, розподілу на минуле, теперішнє і майбутнє, ритмічної структури, циклоїдності, С-періодичності тощо. Сама діяльність індивіда та особистості має квантову часову структуру виконання рухових актів різної складності, що залежить від «т-типу» та його кратності [90, с. 189–190]. Природа часу розуміється дослідником не як окремий об'єкт, а як властивість психіки індивіда, його розуму, свідомості, в цілому — особистості.

Український психолог має незаперечний пріоритет у відкритті ряду базових часових типологічних особливостей психіки людини, індивіда, особистості, детермінації відтворення типів темпераменту у потоці зміни поколінь людської популяції, тривалості фаз бадьорості і сну у добовому циклі життєдіяльності людини, періодизації життєвого шляху, хроніки психосоматичних «переважаючих» хвороб, їх загострення у точках фазової сингулярності, створенні нового підходу до визначення інтелектуального потенціалу особистості, періодичності життєвих явищ і подій як окремого індивіда, так і групового та державного суб'єкта, що мають закономірно орієнтований у часі характер, визначаються «т-типом» як власною одиницею переживання часу суб'єктом, «кроком» ходу його біологічного годинника, показчиком пульсу серця тощо.

Час, як філософська і психологічна категорія виступає грандіозним мега-фактором організації еволюційних, історичних та онтогенетичних, процесів, в тому числі життєдіяльності та психічної діяльності людства й окремої людини.

Вченим було показано, що загальне відношення особистості до часу власного життя, його динаміку «слід описувати не у масштабі прожитих людиною років, а у масштабі пережитих великих біологічних циклів його організму», що відповідають С-періодичності

[90, с. 195–196], в ході яких людина має здійснювати великі для кожного вікового періоду діяння.

Ми вважаємо, що звернення професора Б. Й. Цуканова, фізика за освітою і психолога за покликанням, при аргументації своїх психофізичних поглядів на час у психіці людини, до фізичних і математичних моделей, законів і закономірностей математики, класичної і сучасної фізики, геофізики, біології, генетики, медицини, не кажучи про психологію і педагогіку, є не випадковим, а цілковито виправданим. Таке звернення є свідченням необхідності продовження розпочатого ним міждисциплінарного дослідження фундаментальної проблеми, яке він безумовно продовжував би здійснювати, якщо б не передчасна смерть. Тому нам, його прихильникам і послідовникам, слід краще визначити перспективи цього унікального дослідження. Розглянемо докладніше деякі з них.

Так, ми вже вказували вище, що тау-тип постає унікальною часовою одиницею життєдіяльності, яка, з одного боку безкінечно диференціюється на більш дрібні часові інтервали, а з іншого — інтегрується з геофізичними циклами обертання Землі та з безкінечними циклами пульсації планет і зірок Всесвіту. Така диференціація та інтеграція відбувається в обох напрямках масштабування часу. Згадаємо в цьому плані ідеї Б. Й. Цуканова щодо ретрогностики та прогностики часової динаміки. Закономірності відповідної диференціації та інтеграції, тобто дифінтеграції, визначаються передатковим числом 4, коли дифінтеграція здійснюється безкінечно в обох напрямках масштабування часу. Це означає, що тау-тип, виступаючи показником пульсації серця, водночас є зафіксованим на рівні організму часовим квантом, від якого бере початок різномасштабна циклічна диференціація та інтеграція циклів часу. Це може бути виражено у двох протилежних за своїм напрямком формулах: $С_{\text{ко}} = \tau \times 0,25 \times K \rightarrow 0$, при $K \rightarrow \infty$, та $С_{\text{ко}} = \tau \times 4 \times K$, що $\rightarrow \infty$, при $K \rightarrow \infty$, де $С_{\text{ко}}$ — тривалість циклів мікропроцесів, $С_{\text{ко}}$ — тривалість циклів макропроцесів, τ — тау-тип у сек., а K — коефіцієнт кратності розмірного квантування, що змінюється від 1 до ∞ . Б. Й. Цуканов показав інтеграцію тау-типу у більш крупні цикли — добові, місячні, річні, серед яких від особливо виділяє великий біологічний, життєвий цикл $C = 8,51 \times \tau$ (років).

Диференціація тау-типу на більш дрібні циклічні утворення певним чином відповідають відомому спеціалістам по квантовій фізиці процесу розмірного квантування, який призводить послідовний квантовий аналіз макрокосмічно-мікрокосмічної дійсності до рівня елект-

ронів і фотонів. Розмірне квантування тау-типу проходить послідовні стадії, на яких розглядаються все більш диференційовані мікроструктурні коливальні акти організму, приміром, у вигляді м'язового та температурного тремору, мікроструктурних коливань очей, електричних ритмів електрокардіограми та електроенцефалограми тощо. За ними стоять квантовані рухи зовнішніх та внутрішніх органів і кінець кінцем — клітинних утворень і окремих клітин, включаючи статеві, з їх внутрішньоклітинними органелами, хромосомами і генами... Адже все в живому організмі знаходиться у дискретно-неперервному русі. Цей напрямок перспективних досліджень має здійснюватися спільно біохіміками, генетиками, психофізиками та квантовими фізиками.

Отже, можна передбачити, що психофізика пульсуючого серця певним чином, через дифінтеграцію тау-типу пов'язана, з одного боку, з законами генетики, класичної і квантової фізики, а з іншого — геофізики і космофізики пульсуючого Всесвіту. Тобто можна гіпотетично говорити про тісний взаємозв'язок тау-типу як часового кванту, показника пульсації серця з ритмікою мікрокосмосу та макрокосмосу.

Професор Б.Й. Цуканов, як психофізик, пояснював зв'язок пульсової динаміки також із законами термодинаміки. Ми вважаємо в цьому плані, що наявність відмінностей у визначенні тау-типу у різних представників людської популяції може бути пояснена, при великому середньоквадратичному відхиленні — дією ентропії, якій протистоять механізми негентропії, такими як творчість і рефлексія. Останніми механізмами краще володіють обдаровані і талановиті представники людності з більш якісним тау-типом, тобто низькими значеннями середньоквадратичного відхилення. Це дозволяє їм здійснювати продуктивну творчу діяльність на відмінному рівні в інтересах популяції. Ці процеси слід докладніше дослідити у перспективі на міждисциплінарній основі.

Слід також підкреслити вже наведений вище факт пристосування людської популяції, як провідної частини живої природи, біосфери, до поступового, впродовж багатьох мільйонів років, уповільнення обертання Землі. В ході такого еволюційного пристосування відбуваються певні зміни у типологічному складі людства, зокрема поява і формування глобальної флегматоїдної типологічної частини популяції як її авангардної групи. Звичайно, що за цим фактом стоїть дія певних популяційних, соціогенетичних механізмів. Певну роль в цьому геогенетичному адаптаційному явищі відіграють, в ході розвитку інтелекту людської популяції, як про це говорив у свій час Ж. П'яже, процеси асиміляції, акомодатії та обертання інтелектуальних операцій.

Отже, тау-тип, як кількісний параметр пульсації серця та часового кванту серцево-судинної діяльності людини виступає універсальним показником життєдіяльності людини, що пов'язаний з циклічними глибинними внутрішніми мікропроцесами життя людини та вершинними зовнішніми космічними умовами його часового перебігу. Про це свідчить його відповідність законам класичної та квантової фізики, теорії відносності та інших наук.

Вказані факти психофізики пульсуючої діяльності серця все краще усвідомлюються спеціалістами різних галузей науки, про що свідчать, зокрема, дослідження Інституту математики серця США, зокрема у напрямку математичного моделювання серцево-судинної системи. Слід також відзначити, що розробка математичних, кібернетичних моделей саморегуляції серця здійснювалася ще значно раніше, у 60-х роках ХХ ст., вітчизняними спеціалістами під керівництвом М. М. Амосова.

Блискуче продовжуючи справу свого вчителя, одеський психофізик розбудував новий поверх оригінальної наукової школи Д. Г. Елькіна — Б. Й. Цуканова, подальший розвиток якої здійснюють його учні та послідовники — Л. Бровер, О. П. Віткова, О. І. Воронов, О. Е. Гуменюк, Т. В. Дєдова, З. О. Кіреєва, С. М. Коваль, А. В. Молдаванова, І. І. Павелко, Е. О. Помиткін, Л. В. Помиткіна, В. Ф. Прісняков, Л. М. Пріснякова, В. В. Рибалка, І. І. Савєнкова, О. М. Сагайдак, І. А. Страцинська, В. Б. Цуканова, Ю. Б. Цуканова, Н. Л. Шаргородська, І. О. Шеренговий, О. Ю. Шинкарьова та ін.

Таким чином, Б. Й. Цукановим виконана величезна робота з об'єднання та узгодження між собою у межах єдиної теорії часу у психіці індивіда та особистості розрізнених поглядів на природу часу. Його творчі здобутки мають безумовну перспективу і мають бути продовжені сучасними і майбутніми науковцями на міждисциплінарній основі. Як пише сам вчений, «приймавши... час, як реальність особливого роду, дану кожному у механізмі ходу власного годинника, людина здатна зрозуміти його загадкову природу і з'ясувати його властивості без Хроносу античних греків і дволикого Янусу стародавніх римлян» [90, с. 197]. Дійсно, час у психіці індивіда та особистості піднесений у психологічних дослідженнях Б. Й. Цуканова до висоти Часу, який виступає визначальним природним чинником людського життя, що, перефразовуючи ідеї Г. С. Сковороди, творить часову єдність мікросвіту, символійного (біблійного) світу та макросвіту через переживання людиною вічності життя як божественної цінності.

7. КАРДІОПАТОГЕННА ПСИХОДИНАМІЧНА НЕКОНГРУЕНТНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ, ЇЇ ПСИХОЛОГІНА КОРЕКЦІЯ ТА ЦИКЛОЇДНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ МОМЕНТУ НАПАДУ СЕРЦЕВИХ ХВОРОБ

У ході вивчення та впровадження у практику теоретичних і прикладних аспектів учення Б. Й. Цуканова, нами були виявлені важливі факти. Так, при зіставленні типу темпераменту з іншими властивостями особистості та зі станом її здоров'я спостерігалися певні психодинамічні невідповідності, які ми означили відомим у психотерапії поняттям неконгруентність. Цей термін широко використовував К. Роджерс (1902–1987) в ході своєї клієнт-центрованої психотерапії, виділяючи так звану функціональну невідповідність між досвідом клієнта, його самооцінкою та спілкуванням з іншими.

У нашому випадку, в ході психологічного консультування на основі аналізу даних комплексної психодіагностики клієнтів, в яку входив об'єктивний метод визначення типу темпераменту, можна було виявити випадки помітної невідповідності, неконгруентності в психодинамічному відношенні — між типом темпераменту та іншими властивостями особистості, такими як духовність, психосоціальність, комунікація, мотивація, риси характеру, самосвідомість, досвід, інтелект, психосоматика, психогенетика. При значній інтенсивності та тривалості психодинамічна неконгруентність виступає патогенним чинником виникнення та загострення відхилень у здоров'ї та хвороб клієнта, включаючи і кардіологічні хвороби.

Профіль відхилень від нормального стану здоров'я і хвороб співпадає, як встановив Б. Й. Цуканов, з так званими переважаючими хворобами, відомими ще з часів Гіппократа, тобто два з половиною тисячоліття тому. Значне місце разом з цим займають кардіологічні відхилення і хвороби. Розглянемо цю проблему докладніше, спираючись на певні теоретичні положення та експериментальні факти з нашої практики.

Водночас доцільно виходити з того принципового положення, що кожна людина народжується з конкретним природженим і тому незмінним протягом життя типом темпераменту. Останньому мають відповідати певні психодинамічні показники психічної діяльності людини — сила, енергетичність, працездатність, інтенсивність психічних процесів, їх рухливість, темп, швидкість, емоційність тощо.

Тип темпераменту визначає жорсткі вимоги до психодинамічних характеристик формування, прояву і перебігу онтогенетично нових властивостей особистості. Вони формуються в процесі психічного розвитку і саморозвитку людини на сталій природній психофізіологічній основі з певними можливостями і обмеженнями. Через ряд причин зовнішнього (приміром, різні привнесені ззовні фактори соціального нівелювання), внутрішнього (незнання своєї індивідуальності, власного типу темпераменту) та інтегративного (невміння гармонійно поєднувати зовнішнє і внутрішнє в організації своєї діяльності та поведінки) планів, вказані психодинамічні характеристики особистісних новоутворень часто і в масовому порядку не відповідають, навіть суперечать природно заданим, що несвідомо або свідомо ігноруються людьми.

Внаслідок цього виникає зовнішньо і внутрішньо детермінована патогенна психодинамічна неконгруентність, тобто гостра суперечність між властивостями особистості, яка за певних обставин закономірно призводить до типологічно відповідних психодинамічних, психосоматичних відхилень і хвороб. Знаючи неадекватний у даному відношенні спосіб життя, тип темпераменту та психодіагностично виявлений профіль психодинамічно неконгруентної особистості, укорінений в її структуру, можна послабити патогенний вплив психодинамічної неконгруентності на психічне й соматичне здоров'я людини. Тим самим можна значною мірою звільнити її від відхилень і хвороб — якщо використовувати спеціальні засоби комплексної психодіагностики, психологічного консультування і корекції, компенсації, — від неконгруентного стану такої особистості і повернути її до стану конгруентності, більш міцного здоров'я, передусім кардіологічного.

Методологічні передумови розробки та функціонування особистісно центрованого консультування і корекції особистості клієнтів із патогенною психодинамічною неконгруентністю складаються з ряду вихідних принципів:

а) **принцип особистісного підходу** як методологічна основа здійснення всіх етапів діяльності консультанта, що полягає в цілісному розумінні, вивченні, корекції, компенсації, гармонійному розвитку особистості — на базі культурно-психологічної концепції особистості, в центр якої покладена тривимірна, поетапно конкретизована психологічна структура особистості [60; 61; 63];

б) **принцип методологічної єдності** об'єктивної психодіагностики, інтерпретації, корекції і компенсації особистісних відхилень

неконгруентного клієнта, міжособистісної взаємодії психолога із замовниками консультативного процесу та цілісної послідовності етапів роботи психолога;

в) **принцип комплексної психодіагностики** якостей особистості клієнта та його близьких і рідних — відповідно до вказаної концепції особистості, що забезпечує процедуру психологічного консультування необхідною емпіричною базою — психодинамічними характеристиками таких підструктур особистості, як передусім психофізіологія, тип темпераменту, а також — психогенетика, психосоматика, інтелект, досвід, самосвідомість, характер, спрямованість, спілкування, психосоціальність, духовність;

г) **принцип цілісної концептуальної інтерпретації** впорядкованого, за культурно-психологічною концепцією, структурою особистості, масиву тестових даних про особистість, порівняння між собою сталих, природжених психофізіологічних її якостей (специфічних для кожного типу темпераменту) та набутих в ході онтогенезу новоутворених якостей (духовних, психосоціальних, комунікативних, мотиваційних, характерологічних, рефлексивних, едукативних, інтелектуальних, емоційних тощо), котрі, як свідчить практика, у значній частині клієнтів можуть бути психодинамічно відмінними, автономними і значно не відповідати першим, що дозволяє виявити внутрішньоособистісні невідповідності, суперечності (певні різновиди психодинамічної неконгруентності) і похідні від них психологічні та психосоматичні відхилення, в тому числі і патогенні, хворобливі стани особистості, її конфліктні стосунки у сім'ї, поведінці і навчанні;

д) **принцип культурно- та природовідповідної гармонізації** психодинамічно неконгруентної особистості на основі спеціальної програми переходу від неконгруентності до конгруентності особистості та способу її життя; засобами здійснення цієї програми виступають психологічна корекція неадекватного співвідношення психодинамічних характеристик якостей особистості, елементів способу життя, або психологічна компенсація (у випадку неможливості повної корекції) за допомогою амортизації, зняття наслідків перебігу патогенної психодинамічної неконгруентності особистості та способу її життя;

е) **принцип гармонізуючої корекції** психодинамічно неконгруентної особистості та способу її життя, переводу її у більш конгруентний стан засобами професійної переорієнтації, перевиховання і самовиховання особистості, спеціального психокорекційного тренінгу особистості, проектування нового психодинамічно більш адекватного

способу життя, передусім режиму життєдіяльності, відмова від неконгруентногенних і вибір більш адекватних типів темпераменту конгруентних занять, профіля навчання, професії тощо, закріплення нового, конгруентного статусу структури особистості та її способу життєдіяльності, навчальної і професійної діяльності;

є) **принцип психологічної компенсації** остаточної або застарілої психодинамічної неконгруентності особистості спеціальними засобами зниження, зняття суперечностей неконгруентності так званими соціально-психолого-індивідуальними амортизаторами;

ж) **принцип цілеспрямованої міжособистісної взаємодії** в ході консультативної роботи практичного психолога з клієнтами та їх рідними, що має на меті досягнення достатнього рівня усвідомлення останніми закономірностей виникнення, перебігу та засобів позбавлення патогенних наслідків психодинамічної неконгруентності особистості.

У відповідності з вихідними принципами та теоретичним розумінням причин виникнення і перебігу патогенної психодинамічної неконгруентності, нами передбачається наступна процедура особистісно центрованого консультування і корекції:

1. Прийом замовлення від клієнта та первісна ідентифікація особистісної проблеми як психодинамічної.

2. Проведення комплексного психодіагностичного обстеження особистості клієнта за комп'ютеризованим або бланковим комплексом методик.

3. Проведення концептуальної інтерпретації комплексу психодіагностичних даних та даних щодо здоров'я клієнта, ідентифікація конгруентної та неконгруентної особистості.

4. Розробка в ході консультації програми корекції психодинамічних стереотипів способу життя та проявів властивостей особистості клієнта із патогенною неконгруентністю та втілення цієї програми у життя. Проведення в разі необхідності спеціального психокорекційного тренінгу з підвищення рівня конгруентності особистості та способу її життя.

5. Аналіз в ході консультації наявних у клієнта та формування більш адекватних засобів компенсації, амортизації патогенної неконгруентності та контроль за її впровадженням у життя проблемної особистості.

6. Формування та закріплення, в цілому, здорового, конгруентного способу життя та конгруентного статусу особистості клієнта.

Психоконсультативна робота із психодинамічно неконгруентними клієнтами та їх близькими має здійснюватись у повній відповідності з вказаними методологічними принципами та з положеннями Етичного кодексу психолога про відповідальність, компетентність, захист інтересів клієнта, конфіденційність тощо [44].

Вихідне комплексне психодіагностичне обстеження особистості передбачає застосування комплексу методів, серед яких центральне місце займає саме метод об'єктивного визначення типу темпераменту Б. Й. Цуканова. Ми використовували для цього спеціальний комп'ютеризований психодіагностичний комплекс КПДК, розроблений у 1990-ті роки у Київському природничо-науковому ліцеї № 145 під загальним керівництвом директора ліцею М. М. Левтика, технічним керівництвом його заступника, викладача інформатики Л. А. Федоріва, та нашим науковим керівництвом, обдарованими ліцеїстами цього закладу освіти. Варіант КПДК, створений у 1991 році, включав до свого складу 12 методик, результати проведення яких зводилися у наступній карті тестування (див. рис. 29).

Наведемо стислий опис методів комп'ютеризованого психодіагностичного комплексу КПДК-1991 (це один з перших варіантів його розробки, після якого було запропоновано кілька більш досконалих варіантів, зокрема — КПДК-1996) в тому порядку, який відповідає їх розміщенню на карті тестування. Послідовність експозиції методик комп'ютером учням зафіксована у нумерації тестів. Комплекс дозволяє автоматично експонувати тестові завдання і підраховувати результати тестування. Він включає:

1. Опитувальник спрямованості інтересів учнів до навчальних дисциплін ОДАНІ, повна назва якого «Орієнтовно-діагностична анкета навчальних інтересів», яка створена С. Я. Карпіловською на основі модифікації анкети інтересів А. Голомштока і А. Мешковської. У комплексі ця методика називається Тест-12. Опитувальник складається з 90 запитань, що дозволяють виявити наявність і рівень розвитку інтересів учнів до 15 навчальних предметів і видів професійної діяльності, тобто на кожен з них припадає 6 питань. Це інтереси до таких предметів, як математика, хімія, географія-геологія, історія, філологія-журналістика, фізика, педагогіка, які умовно об'єднані у дві групи інтересів — до предметів «абстрактного, мислительного», переважно теоретичного, аналітичного типу та до протилежних до неї групи інтересів до предметів «конкретного, художнього», переважно практичного, синтетичного типу, приміром, мистецтва,

електротехніки, техніки, біології, медицини, сфери обслуговування, військової справи, спорту.

Фамилия, имя _____ А. _____ СШ № 132 _____ класс _____ 9-Б
 Область _____ Район _____ Город _____ Киев _____
 Дата рождения (число, месяц, год) _____ 3.02. 1977 г.
 Дата тестирования (число, месяц, год) _____ 11.05. 1992 г.

Тест 9. (Е.Климов)

Зн	Чел	
30	-37	
Худ	Пр	Тех
30	62	-3

Тест 12. (ОДАН1, С.Карпиловская)

Мт	Хм	ГГ	Ис	Фж	Фз	Пд		Еа
25	-25	100	0	-16	8	0		13
Мс	Ер	Тх	Бл	Мд	СО	Вн	Сп	Ес
-8	-50	0	8	8	25	33	16	6

Тест 3д. (С.Айзенк)

Екс	Инт	Эмс	Эмл	К
18%	82%	36%	64	42%

Тест 5д. (В.М.Русалов)

СЕР	СПд	СТ	СЕМ	
17	17	50	75	
Ер	Пд	Т	Ем	К4
42	67	67	75	67

Инт. сп.

А Т7 76
 С Т10 90
Еа 62
Ес 88

Т6 80
 Т8 80
Ра
Рс

Т4 30
 Т11 93
Е 74 **Р**

Тест 1. (ВНД)

2сс	Інер	Сиг	
50	60	42	
Исс	Рух	Сиз	СлЕ
60	40	36	63

Тест 2. (В.Цуканов)

t	б	Kv
0,94	0,06	6,17%
меланхолоид		

Предварительные выводы:

Рис. 29. Карта тестування учня А. за допомогою КПДК-1991

Ці дві групи інтересів відповідно позначаються літерами Еа і Ес, у відповідні до них колонки заносяться середні дані.

2. Опитувальник спрямованості інтересів до професій, заснований на тестовій таблиці інтересів Є. О. Клімова — Тест-9. Опитувальник включає в себе 31 запитання, що відповідають п'яти основним типам професій: 1) Людина-Знак, 2) Людина-Людина (обидва типи відносяться умовно до більш «теоретичних» інтересів) і 3) Людина-Художній образ, 4) Людина-Природа, 5) Людина-Техніка (останні три типи — більш «практичні» інтереси). За допомогою цього опитувальника можна виявити професійні орієнтації учнів, а в сукупності з даними за попереднім тестом — отримати інформацію про навчальну мотивацію і напрямок професійного самовизначення учня.

3. Особистісний опитувальник для учнівської молоді С. Є. Айзенк — Тест-3Д. За допомогою цього поширеного серед психологів тесту знаходяться дані про такі риси характеру особистості, як екстраверсія (інтраверсія) і нейротизм (емоційна стабільність) у віці від 7 до 15 і більше років. Він розроблений С. Є. Айзенком на основі модифікації особистісного опитувальника для дорослих, який був раніше запропонований їй чоловіком Г. Айзенком. Тест включає в себе 56 запитань: 22 запитання спрямовані на з'ясування наявності у дітей якостей екстраверсії (інтроверсії), 22 запитання — емоційної лабільності, нейротизму (емоційної стабільності), а за допомогою 12 запитань вивчаються тенденції до помилкових відповідей або показу себе з кращого боку, ніж це є насправді. Робота з опитувальником не вимагає багато часу (8–10 хвилин), вона не викликає особливих труднощів у молоді.

4. Опитувальник структури темпераменту В. М. Русалова — Тест-5д. Він призначений для виявлення таких психофізіологічних, психодинамічних, якостей особистості школярів, як предметна і соціальна ергічність (працездатність сенсорних систем), предметна і соціальна пластичність (здатність до гнучкого зміни програм діяльності та поведінки), предметний і соціальний темп, предметна і соціальна емоційність. Фактично обрані якості наближаються до відповідних рис характеру. Опитувальник містить 105 запитань. Передбачена також шкала контролю брехні.

5. Тест на перевірку здібностей до розуміння мовних зв'язків; він узятий з батареї південнокаліфорнійських інтелектуальних тестів ДАТ (диференційована перевірка здібностей) — Тест-7. У комплекс була включена половина завдань цього тесту (так само, як і інших тестів з батареї ДАТ) — для того, щоб вирівняти задану тривалість роботи з ним з тими, що властиві субтестам батареї Р. Амтхауера (один з яких був включений в комплекс КПДК-1991), а також для того, щоб зменшити витрати часу на тестування по всьому психодіагностичному комплексу (1,5–2,0 години). Зазначений тест дозволяє виявити здібності до логічного мислення на мовному матеріалі. За даним тестом потрібно вибрати пару слів, за допомогою яких заповнюються порожнечі в реченні, що повинно мати певний сенс.

6. Тест на перевірку здібностей до просторової уяви з батареї ДАТ — Тест-10. Суть тесту полягає в тому, щоб по розкритій у площині фігурі знайти відповідну їй об'ємну фігуру серед кількох запропонованих.

7. Тест на перевірку здібностей до абстрактного мислення (пошук закономірностей в числовому ряду) — Тест-6. Цей тест узятий з батареї інтелектуальних тестів Р. Амтхауера. Він полягає в тому, що потрібно проаналізувати ряд чисел, знайти правило, що поєднує ці числа в закономірний ланцюг і визначити число в ході обчислення.

8. Тест на перевірку здібностей до абстрактного мислення (пошук закономірностей у геометричному рядку) з батареї ДАТ — Тест-8. За цим тестом потрібно проаналізувати кілька фігур і знайти продовження їх ряду, тобто вибрати відповідну фігуру з декількох запропонованих.

9. Тест на перевірку математичних здібностей (ДАТ) — Тест-4, що складається із завдань на виконання арифметичних дій, для чого потрібно проявити певну кмітливість.

10. Тест на розуміння механічних зв'язків (ДАТ), що містить в собі різні фізичні і технічні завдання — Тест-11.

Всі зазначені шість інтелектуальних тестів об'єднані у дві групи — за індивідуальним когнітивним стилем. До групи «аналітичного» когнітивного стилю входять три тести: Тест-7 (розуміння словесних зв'язків), Тест-6 (абстрактне мислення в процесі пошуку закономірностей в числовому ряду), Тест-4 (математичні здібності), а в групу «синтетичного» когнітивного стилю включені Тест-10 (просторова уява), Тест-8 (абстрактне мислення при пошуку закономірностей в рядку фігур) і Тест-11 (розуміння механічних зв'язків). Для кожної групи підраховується свій середній показник (відповідно Еа і Ес), а також — загальний показник розвитку інтелекту (Е). Інакше кажучи, тестова перевірка дозволяє виявити певну інтегральну та диференціальну картину розвитку структури індивідуальних інтелектуальних здібностей у школярів.

11. Типологічний опитувальник вищої нервової діяльності (ВНД) — Тест-1. Він складається із семи груп запитань (шкал), відповідно — інертність нервової системи (НС), рухливість НС, сила гальмування, сила збудження, слабкість НС, рівень прояву першої та другої сигнальної систем за ученням І. П. Павлова, який є фізіологічною передумовою формування більш абстрактного «мислительного» і більш конкретного «художнього» стилю вищої нервової діяльності людини.

12. Об'єктивна методика визначення типу темпераменту, розроблена професором Б. Й. Цукановим — Тест-2. Цей метод полягає в тому, що піддослідному послідовно пред'являється серія звукових

(на початку і в кінці експозиції) і зорових (у вигляді білого квадрату на екрані комп'ютера) сигналів. Після цього потрібно відтворити тривалість кожного сигналу, натискаючи й утримуючи клавішу комп'ютера «пробіл» стільки, щоб тривалість сигналу учня дорівнювала тривалості еталонного сигналу. На основі досить великої кількості експериментів автором методу Б. Й. Цукановим було доведено, що для представників конкретного типу темпераменту притаманна своя, типологічно обумовлена «помилка». Якщо розділити сумарну тривалість власних сигналів випробуваного на сумарну тривалість еталонних сигналів в серії пред'явлених і обчислити середню величину, то можна визначити «тау-тип» кожної людини, його часову, динамічну константу, по якій його можна віднести до того чи іншого типу темпераменту. Підрахунок «тау-типу» та середнього квадратичного відхилення відбувався автоматично комп'ютером.

Так, повторимо, для «чистих» холериків притаманний «тау-тип», що дорівнює 0,7 сек., для сангвініків — 0,8 сек., для врівноважених — 0,9 сек., для меланхоліків — 1,0 сек., для флегматиків — 1,1 сек. Між ними знаходяться проміжні показники, що належать, відповідно, холероїдній, сангвіноїдній, врівноваженій, меланголоїдній і флегматоїдній групам людей.

У карті тестування рівні проявів майже всіх показників представлені у відсотках (крім останнього, Тесту-2), щоб можна було легше порівнювати між собою отримані тестові дані і формувати уявлення про індивідуальні прояви властивостей кожної особистості. Результати тестування обраховувалися автоматично, виводилися на екран комп'ютера і фіксувалися піддослідним у карті тестування.

Процедурою комп'ютерного тестування було передбачено застосування психогігієнічних пауз, щоб запобігти передчасній втоми учнів і зниження їх працездатності. Такі перерви на відпочинок робляться після кожного третього тесту і складають від 5 до 8 хвилин. Паузи передбачають активний відпочинок і включають в себе деякі фізичні вправи для м'язів рук, ніг, очей і т.д.

Забезпечувався контроль і допомога піддослідним з боку психолога, чергового вчителя, старшокласників з групи комп'ютерного тестування, щоб забезпечити точність розуміння піддослідними інструкцій тестів і внесення ними результатів перевірки у відповідні місця карти тестування. На рис. 29 в карті тестування наведені результати тестової перевірки властивостей особистості учня А. Розглянемо їх більш детально.

Аналіз тестових даних щодо особистості учня А. доцільно почати з розгляду його темпераменту. Він має меланхолійний темперамент (див. дані в рис. 29 по Тесту-2), що чітко проявляється майже в усіх інших протестованих властивостях. Так, якщо проаналізувати результати опитування по Тесту-1 (опитувальник ВНД), то побачимо, що слабкість нервової системи досягає рівня 63%, (а сила збудження (36%), сила гальмування (42%), навпаки, низькі, рухливість мала (40%), інертність — помітна (60%). Тобто, визначення меланхолійного типу темпераменту у дитини збігається, як за об'єктивною методикою Б. Й. Цуканова, так і з суб'єктивною самооцінкою (що не завжди трапляється при визначенні темпераменту за допомогою опитування). В цілому, як свідчить подальший розгляд даних, особистість учня може бути визнана як відносно конгруентна, але при його тау-типі 0,94 сек. може бути властивий ризик виникнення у майбутньому серцевих хвороб (інфаркту або інсульту), що передбачає необхідність надання йому психологічних рекомендацій з метою уникнення гострої психодинамічної неконгруентності..

Слабкість нервової системи учня виявляється в «економній», вузькій і трохи однобічній організації його навчальних і професійних інтересів. Для неї характерна помітна «контрастність», що слід вважати закономірним явищем і ні в якому разі не є негативним проявом індивідуальності учня. У нього виділяються інтереси до географії-геології (100%), військової справи (33%), сфери обслуговування (25%), математики (25%), спорту (16%), фізики, біології, медицини (по 8%). Можна припустити, що для учня з такою сукупністю інтересів притаманне переважно екологічне спрямування творчих профільних пошуків, тобто є мотиваційні передумови для цілеспрямованого пошуку творчих ідей і виходу на творчий екологічний проєкт. Такий же висновок випливає з результатів Тесту-9, за яким у підлітка домінує інтерес до професій, пов'язаних із природою (62%).

Якщо оцінювати інтелектуальні здібності школяра, то за загальним індексом тестової перевірки його можна віднести до категорії обдарованих. Він вирішив в цілому 74% всіх тестових завдань, що становить орієнтовно $IQ = 148\%$. За наявними критеріями такий показник свідчить саме про обдарованість школяра (згідно з ними, починаючи з $IQ = 111\%$ і вище людина характеризується як така, що має підвищений рівень розумових здібностей, а при $IQ = 140\%$ і вище — вважається інтелектуально обдарованою).

При аналізі індивідуального стилю інтелекту підлітка в нього був виявлений синтетичний, конкретний, «художній» стиль ($E = 88\%$, а відповідний йому $IQ = 176\%$) при високому рівні прояву та аналітичному стилі ($Ea = 60\%$, а $IQ = 120\%$). Інакше кажучи, при виборі сфери пошуку творчих ідей і теми власного творчого проєкту доречно було б звернути увагу учня на глобальні екологічні проблеми, пов'язуючи їх з географічними, геологічними, космологічними, біологічними закономірностями, орієнтуючись на роботи таких вчених, як В. І. Вернадський, Д. І. Чижевський та інші.

З огляду на високий рівень розвитку технічних здібностей учня, його просторової уяви, абстрактного мислення на образному матеріалі, було б доречно шукати задуми творчого проєкту для нього на перетині екологічних проблем і проблем географії, геології, математики, біології, медицини, фізики. Доцільно було б познайомити обдарованого підлітка із кваліфікованими фахівцями з названих сфер науки, заздалегідь готуючи його до творчих контактів з ними.

Водночас, аналіз характерологічних якостей дитини свідчить, що такі контакти можуть бути нелегкими для нього, враховуючи притаманну йому помітну інтравертованість ($Int = 82\%$) і тривожність ($ЕМЛ = 64\%$) по Тесту-3д. Тест-5д підтверджує ці дані, оскільки предметна і соціальна емоційність сягають рівня 75% . Тобто, такого учня треба заздалегідь готувати до творчого спілкування з фахівцями за певною програмою.

Доречно також тримати під контролем його емоційну сферу, наприклад, почати оволодіння ним технікою емоційної психорегуляції, методами виховання почуттів і т.д. Без такої підготовки провідні інтереси підлітка можуть залишитися нереалізованими, втраченими або деформованими. Як можливий варіант закріплення і розвитку цих інтересів учня можна запропонувати здійснити тривалий самостійний індивідуальний пошук творчих ідей в рамках роботи над проєктом, з поступовим зверненням до фахівців з власними ідеями. Саме такі рекомендації і були надані учневі в ході психологічного консультування. На основі цих даних була також розроблена індивідуальна програма початкової професійної підготовки в умовах ліцею і програма підготовки до вступу на географічний факультет Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Однак виявлені риси індивідуальності підлітка не обмежуються лише згаданими особливостями. Якщо звернути увагу саме на співвідношення деяких рис його особистості, то можна було зробити

висновок, що вони утворюють небезпечний синдром так званої стресової нестійкості, неконгруентності юної особистості, що власне приблизно 5–7% всіх учнів. Цей синдром створює індивідуально-психологічні передумови для виникнення серйозних особистісних проблем, які можуть заблокувати розвиток дитини як творчої обдарованої особистості. Йдеться про наявність в учня А. високої тривожності, яка, внаслідок замкненості, інтравертованості характеру, не знаходить виходу назовні, а, навпаки, локалізується у внутрішньому світі дитини. При значному рівні уяви все це може викликати тривалий стан напруги, глибокого хвилювання, дистресу (особливо в період іспитів, контрольних робіт, хвороб, психотравм і т.п.), що може виснажувати слабку нервову систему і призводити до хворобливих станів. Тому такий учень потребує, як свідчить наш досвід, спеціальної психологічної допомоги, психолого-педагогічного супроводу для забезпечення психодинамічної конгруентності його особистості на наступних етапах життя. Відповідні заходи повинні бути спрямовані на доцільну корекцію способу життя, роботу з патогенними тенденціями і використання саногенних, оздоровчих засобів, що передбачає в даному випадку уточнення сенсу життя (наприклад, на основі визначення спрямованості творчості і професійної перспективи), деяке підвищення рівня соціальної активності, залучення до мистецтва (долаючи іноді існуючий, як у А., негативний інтерес до нього), оволодіння технікою аутогенного тренування, зокрема релаксації, встановлення адекватного режиму праці і відпочинку (учневі А. це вкрай необхідно, як меланхоліду, що має слабку від природи нервову систему), здійснення профілактичних заходів щодо запобігання перевтоми, конфліктів і т. д. Учням із близьким до нього проявом індивідуальності вкрай необхідне залучення до повноцінної творчої діяльності, як до засобу формування адекватного сенсу життя, і до ефективного методу природної реабілітації негативних емоційних станів. Це можна зробити за допомогою спеціальних методів стимуляції, активізації творчої діяльності.

Наведені дані свідчать про те, що даний підліток, який стає на шлях розвитку творчої особистості, вимагає особистісного підходу з боку педагогів і психологів, який можливий на основі ретельного комплексного вивчення властивостей його особистості, що виявляються за допомогою методів комп'ютеризованої психодіагностики. Хоча він і відноситься до категорії відносно конгруентних осіб, в нього відсутні скарги на погане здоров'я, але в його особистості

проглядають певні тенденції до виникнення психодинамічної неконгруентності та патогенного процесу.

Тому, у додаток до комплексного психодіагностичного обстеження особистості юних клієнтів був розроблений спеціальний опитувальник щодо стану їх здоров'я.

Опитувальник щодо стану здоров'я клієнта

1. Чи вважаєте Ви себе абсолютно здоровою людиною? Підкресліть: Так Ні

2. Чи скаржитесь Ви на стан власного здоров'я? Так Ні

3. Чи звертались Ви до лікаря зі скаргами на здоров'я? Так Ні

4. Якими хворобами Ви хворіли у своєму житті? Перерахуйте і запишіть нижче точний діагноз _____ -

5. Чи були у Вас розлади, відхилення у функціонуванні, хворобливі стани таких органів, як:

а) печінка і жовчний міхур (підкресліть тут і якщо треба далі) Так Ні

б) серце (підвищений артеріальний тиск тощо) Так Ні

в) нирки Так Ні

г) легені Так Ні

д) мозок (головний біль, запаморочення тощо) Так Ні

е) шлунок та кишкова система Так Ні

6. Чи є у Вас хронічні хвороби? Так Ні

7. Якщо є хронічні хвороби, то які (напишіть):

8. Чи лежали Ви у лікарні і з якою хворобою: Так Ні

9. Чи оздоровлювалися Ви у санаторіях та медичних центрах (в яких) і від яких хвороб Так Ні

10. Чи хочете Ви покращити власний стан здоров'я Так Ні

Підкреслимо, що для виявлення психодинамічної конгруентності чи неконгруентності слід здійснити спеціальний аналіз, порівняння, зіставлення певних груп масиву психодіагностичних даних у порядку, який визначається концепцією психологічної структури особистості [60; 62; 63]. Разом з цим у центрі такого зіставлення мають стояти властивості типу темпераменту клієнта та очікувані, залежні від нього (але не тільки від нього) особливості інших базових підструктур особистості. Адже, енергійність, інтенсивність, рухливість, темп, циклічність, з якою відбувається прояв усіх базових властивостей особистості (оскільки вони мають процесуальну природу) визначаються психодинамічними можливостями нервової системи, що значною мірою визначаються типом темпераменту.

В ідеальному випадку ці підструктури особистості — інтелект, досвід, самосвідомість, характер, спрямованість, спілкування, психосоціальність, духовність — мають функціонувати з тією енергією, швидкістю, темпом, на яку генетично, природжено запрограмована нервова система певного типу. Звичайно, можливі певні тимчасові відхилення у той чи той бік психодинамічних проявів цих підструктур, приміром, у випадку оперативної мобілізації, інтенсифікації в екстремальних умовах. Але вслід за цим, як правило, відбувається демобілізація, релаксація, повернення до нормального, типологічно зумовленого рівня взаємовідповідності або конгруентності. Аргументом на користь таких очікувань виступає принцип системності, цілісності, єдності особистості. Проте, такі очікування не завжди виправдовуються. Більше того, часто спостерігаються протилежні випадки.

Розглянуті вище психодіагностичні дані учня А. свідчать про те, що в нього немає помітних психодинамічних невідповідностей між типом темпераменту й іншими властивостями особистості, є лише певні тенденції до цього. Тому він не скаржився на здоров'я, хоча і вказував на часту втомлюваність від навчання та напруженого режиму занять у ліцеї, від довготривалих поїздок у міському транспорті тощо. Особистість учня А. можна віднести до числа відносно конгруентних.

Разом з тим, в ході концептуальної інтерпретації масивів психодіагностичних даних у значної частини клієнтів, підлітків, юнаків, молодих людей виявлялися певні стійкі дисгармонії особистості, які відносяться нами саме до типу психодинамічної неконгруентності, тобто помітної або контрастної невідповідності, за параметрами психодинаміки, між типом темпераменту, як показником генетично, природжено заданої сили, рухливості, врівноваженості

нервової системи людини (що є сталим, практично незмінним психофізіологічним фундаментом особистості) та іншими її психологічними підструктурами — інтелектуальною, едукативною (досвід), рефлексивною, характерологічною, мотиваційною, комунікативною, психосоціальною, духовною. Приміром, флегматоїд, який за всіма очікуваннями має бути інтравертом, демонструє екстравертний тип характеру, а холероїд, навпаки — інтравертний.

Особистісні новоутворення можуть набувати в ході неадекватного виховання і способу життя суперечливих, відносно заданих типом темпераменту, психодинамічних властивостей, що і призводить кінець кінцем статистично до стійкої неконгруентності і як наслідок — до психосоматичних і патопсихологічних відхилень. Розглянемо це питання докладніше.

Нагадаємо ще раз, що стародавній грецький лікар Гіппократ виділяв чотири типи темпераменту — холеричний, сангвінічний, меланхолічний і флегматичний. Як показав вже в наш час Б. Й. Цуканов, порядок наведення типів в цьому рядку має принциповий характер. Холеричний і флегматичний темпераменти є крайніми типами у майже нормальному розподілі представників усіх типологічних груп і мають протилежні психодинамічні властивості та малу чисельність.

Холероїдам (їх у людській популяції 14%) властива сильна нервова система, вони найбільш рухливі, у порівнянні з іншими, навіть імпульсивні, невірноважені, з переважанням збуджувального процесу над гальмівним.

Сангвіноїди (їх 44%) — сильні, врівноважені, рухливі, працездатні.

Врівноважені (їх 4%) — середній з-поміж інших тип темпераменту, для якого властиві проміжні між сангвіноїдами і меланхолідами психодинамічні характеристики.

Меланхоліди (їх 29%) — слабкі, з низьким рівнем працездатності, надмірно емоційні, схильні до перевтоми і стресів, чутливі, тривожні.

Флегматоїди (їх 9%), хоча і мають сильну нервову систему, але інертні й повільні, і в цьому відношенні помітно поступаються іншим типам темпераменту.

Підкреслимо, що наведені психодинамічні властивості нервової системи є природженими, стабільними, практично незмінними протягом життя.

Це означає, що вже взаємодія представників різних типів темпераменту у суспільному та популяційному загалі може визивати

певні суперечності та різного рівня навантаження на нервову систему людей, навіть напруження і стрес, що часто не усвідомлюється людьми і навіть спеціалістами — психологами і лікарями.

Так, **флегматоїдам** (9%) протистоїть переважаюча частина популяції (91%), яка випереджає їх за темпом спільної діяльності, тому вони, як правило, працюючи в єдиній популяції, не встигають за іншими типологічними групами, часто впадають у хронічний цейтнот та у відповідний **стрес цейтноту**.

Холероїдам (14%) протистоїть майже така ж велика за чисельністю частина людської спільноти (86%), яка гальмує їх природжений швидкий темп життєдіяльності, що може призводити їх до певної дезорганізації поведінки, до відповідного напруження, стресу, але протилежного типу. **Це стрес імпульсивності та дезорганізованості**.

Для **меланхолоїдів** (29%) властивий **стрес тривоги і перенапруження**, а для **сангвіноїдів** (44%) — так званий **стрес незадоволених амбіцій**, що може призводити до відхилень і хвороб серцево-судинної системи.

Ми розглядаємо тут властиві для кожного типу темпераменту стреси, які, до речі, визнавали й усвідомлювали в ході психологічного консультування деякі наші клієнти, але не могли пояснити їх походження. Підкреслимо це — «міжтемпераментальна» причина цих стресів залишається «невідомою» для більшості клієнтів і для більшості практичних психологів і психотерапевтів, оскільки вони, як правило, незнайомі з ученням Б. Й. Цуканова та його методом об'єктивного визначення типу темпераменту...

Повторимо ще раз вражаючі дані Б. Й. Цуканова щодо кількості типологічних темпераментальних груп, яка є стабільною у людській популяції. Серед 100 людей з репрезентативної вибірки 14 належать до холероїдної групи, 44 — до сангвіноїдної, 4 — до врівноваженої, 29 — до меланхолоїдної, 9 — до флегматоїдної групи. Цей порядок і цей кількісний розподіл представників різних типів темпераменту має принциповий характер, з якого психологам, соціологам, педагогам ще слід зробити відповідні висновки. Адже психодинамічна неконгруентність виникає вже внаслідок самого спілкування, інтеракції, взаємодії між представниками різних типів темпераменту. Це перша принципова причина.

Другою важливою причиною виникнення психодинамічної неконгруентності є залучення людей з різними типами темпераменту в одні і ті ж види спільної діяльності, в яких їх індивідуальні психо-

динамічні розбіжності не враховуються, нівелюються. Адже, приміром, на виробництві для виконання різних професійних діяльностей не передбачені індивідуальні, темпераментально визначені, режими, норми праці. Представники різних типів темпераменту мають, як правило, працювати в одному темпі, ритмі, при одних нормах продуктивності тощо! Теж саме стосується і громадянської, побутової поведінки. Тому ці скриті від свідомості чинники породжують численні функціональні відхилення і захворювання, в тому числі і серцеві!

Пояснимо це на певному прикладі, який показує, як в такому разі виникає психодинамічна неконгруентність у житті.

Уявімо собі, що полем з ранку йде рота солдат, складом у 100 чоловік. Коли в обід, на привалі, розпитати чи об'єктивно визначити фізичний і психічний стан цих солдат, то можемо побачити яскраво відмінну типологічну картину. Холероїди майже не втомилися і висловлюють певне незадоволення від надто повільного темпу ходи. Сангвіноїди задоволені, оскільки темп руху строю майже відповідає їх рухливому, сильному, врівноваженому темпераменту. Врівноважені дещо стомлені, але почувають себе в цілому нормально. Меланхоліди ж зі слабкою нервовою системою перевтомлені і потребують додаткового відпочинку, оскільки рух для них виявився надто напруженим. Флегматоїди явно стомлені через надмірний темп руху, що значно перевищує їх психодинамічні можливості.

Якщо ж таким «строєм» представники означених п'яти типів темпераменту рухаються усе життя, то врешті-решт з'ясовуються цікаві речі, які не усвідомлені повною мірою до сих пір ні педагогами, ні соціологами, ні психологами, ні медиками. Ми стверджуємо, що такий нівельований рух жорстко «тисне» на психодинамічні особливості духовності, психосоціальності, спілкування, спрямованості, характеру, самосвідомості, досвіду, інтелекту, психофізіології, психосоматики, психогенетики представників неоднорідної за своїми природженими типологічними психодинамічними властивостями «спільноти». Серед наслідків такого «тиску» є, на жаль, і патогенні, що виступають певною «ціною» психодинамічно нівельованої соціальної поведінки, трудової діяльності, правил шкільного, сімейного життя тощо.

У наших дослідженнях виявлено, що серед різних типів найбільший психодинамічний «дискомфорт» у сучасному, надмірно динамічному, вирі життя властивий передусім типологічним групам меланхолідів і флегматоїдів. Вони частіше приходять на консультацію

з певними скаргами на здоров'я, і це відбувається вже у молодшому і середньому шкільному віці й особливо — у період професійного самовизначення, коли соціальний «тиск» на учнів з боку ситуації вибору й опанування профілю навчання чи професійної підготовки різко посилюється. Відмітимо, що вступ до школи, навчання, особистісне і професійне самовизначення молоді утворюють важливі етапи входження у культуру людства, суспільства, тобто етапи культурогенезу.

Однак, зі скаргами на здоров'я до психолога звертаються і холероїди, і сангвіноїди. Ці два типи, маючи найкращі психодинамічні передумови для опанування заданою суспільством, його культурою сукупністю нівельованих діяльностей, у порівнянні з іншими типологічними групами, у спільній з ними активності дещо детренуються і тому можуть знизити ефективність своєї діяльності, що при підвищеній амбіційності призводить до парадоксального, але реального, **стресу імпульсивності, дезорганізованості у холероїдів і стресу незадоволених амбіцій у сангвіноїдів.**

Наведені вище дисгармонії особистості мають стійкий, хронічний, навіть довічний характер для значної частини представників різних типологічних груп. Повторимо, що ми називаємо прояв такої дисгармонійності, неадекватності, невідповідності соціально, культурно визначених форм активності і якостей особистості, з одного боку, та індивідуально, біологічно визначених властивостей особистості, передусім, темпераменту, з іншого, психодинамічною (психолого-типологічною) неконгруентністю. У цьому ми згодні з відомим американським психотерапевтом К. Роджерсом, який вважав саме неконгруентність (між спілкуванням, самооцінкою та досвідом) особистості головним чинником виникнення деяких неврозів.

У наших дослідженнях дивним чином підтвердився той історичний факт, що давньогрецький лікар Гіппократ визначав типи темпераменту не стільки за рідинами організму (кров, лімфа, жовч), скільки за певними хворобами. Ще 2500 років тому останні визнавалися лікарем своєрідними «супутниками» життя людей з різними типами темпераменту. У наш час цей «забутий» факт був виявлений і доведений експериментально видатним одеським психологом Б. Й. Цукановим — для кожного типу темпераменту може бути властива за певних умов своя група переважаючих хвороб. Водночас мова йде, передусім, про хронічні психосоматичні хвороби, а не про спадкові, інфекційні, травматичні тощо. Саме такі психосоматичні хвороби має на увазі народне прислів'я «Всі хвороби від не-

рвів». Перерахуємо їх ще раз, услід за Б. Й. Цукановим, звертаючи увагу на ту обставину, що **кардіологічні хвороби властиві переважно двом типам темпераменту — сангвінічному та меланхолічному**, а це 73% з усього загалу, тобто більшість представників з усіх п'яти типологічних груп.

Для холероїдів у несприятливих, неконгруентних умовах можуть бути властиві такі хвороби, як **холецистит і гепатит**, для сангвінідів — **інфаркт міокарду і артрит**, для врівноважених — **хвороби легенів і нирок**, для меланхолідів — **інфаркт міокарду та інсульт**, для флегматоїдів — **виразка шлунку** тощо.

Зрозуміло, що поява вказаних хвороб протягом життя може відбуватися поступово і чітко виявляється у дорослому віці. Наша психоконсультативна практика свідчить про те, що перші їх ознаки виявляються вже у дитячому, а більш помітно — у підлітковому та юнацькому віці, коли процес особистісного та професійного самовизначення набуває інтенсивного характеру («друге народження людини»). Разом з тим, за отриманими даними, психодинамічна неконгруентність у ранні вікові періоди лише починає з'являтися і проявлятися у дисфункціональних особливостях особистості і тому значною мірою носить оборотний характер, тоді як у молодому, зрілому та старечому віці вона фіксується, закріплюється у певних патогенних відхиленнях і набуває хронічного, необоротного характеру. Відмітимо, що вказані факти додатково підтверджені С. М. Бондаревич [8] і Л. В. Помиткіною [54].

Які ж комбінації якостей особистості можна вважати конгруентними, а які — неконгруентними, такими, що загрожують здоров'ю дітей, підлітків, юнаків у період життєвого та професійного самовизначення, дорослішання, і які профілі та професії сприяють цьому у кожному типологічному темпераментального випадку?

Передусім, вкажемо на комплекс особистісних властивостей відносно конгруентних людей (бо абсолютно конгруентних мабуть не існує), який встановлюється, закріплюється у підлітковому, юнацькому, молодому віці і може виступати для кожного типу темпераменту своєрідним еталоном очікування, з яким має зіставлятися реальна психодинамічна характеристика всіх властивостей особистості. Наведемо чотири групи цих якостей — відповідно до чотирьох типів темпераменту, хоча цих типів може бути значно більше (до 41 типу, що визначається кількістю кроків, в 0,01 сек., визначення тау-типів за методикою Б. Й. Цуканова в усьому їх діапазоні від 0,7 до 1,1 сек.).

Для виявлення психодинамічної конгруентності чи неконгруентності необхідно зіставити очікувані еталонні конгруентні прояви особистості з реальними психодинамічними характеристиками властивостей особистості. Щоб уникнути загрози потонути у «статистичній нескінченості» даних, розглянемо лише деякі основні прояви психодинамічної неконгруентності особистості для кожного типу темпераменту.

Так, для неконгруентних представників холероїдної групи це така комбінація властивостей особистості, як амбіверсія-інтраверсія, вузька мотивація, емоційна лабільність для «чистих» холероїдів та емоційна стабільність для тих холероїдів, що наближуються до типу чистого сангвініка, низький рівень розвитку комунікативних й організаційних схильностей.

Для неконгруентних представників сангвіноїдної групи це сполучення таких властивостей, як інтраверсія, звужена мотивація, емоційна стабільність, низький темп і рівень розвитку комунікативних й організаційних схильностей.

Для неконгруентних представників меланхолоїдної групи це комбінація таких властивостей, як екстраверсія, емоційна стабільність, широка мотивація і розвинуті комунікаційні схильності.

Для неконгруентних представників флегматоїдної групи дана комбінація включає екстраверсію, емоційну лабільність, широку мотивацію, високий темп діяльності та розвинуті комунікативні схильності.

Цікавим, за експериментальними даними Б. Й. Цуканова, виявився факт домінуючої спрямованості у часі — у майбутнє всіх холероїдів і приблизно половини сангвіноїдів і, навпаки, — спрямованості у минуле всіх флегматоїдів і приблизно половини меланхолоїдів. Зрозуміло, що професії і заняття, які за своїм предметом і засобами «спрямовані» у протилежні для вказаних типів напрямки, можуть виступати чинником мотиваційно-типологічної неконгруентності.

Виходячи з наведених вище даних, можна виділити профілі занять і професії, що є потенційно шкідливими, несприятливими в плані здоров'я для представників різних типологічних груп, і яких слід уникати учнівській молоді, щоб запобігти погіршення свого стану здоров'я.

Так, для холероїдів такими є усі професії і заняття, що пов'язані з малою рухливістю, звуженим колом спілкування, малою енергоємністю, приміром, професії бухгалтера, диспетчера, художника тощо, а найбільш сприятливими — професії соціолога, філолога, менеджера, хореографа, актора, педагога, спортсмена тощо.

Те ж саме можна сказати і про представників сангвіноїдної групи, хоча для них сприятливими є такі профілі, як управлінський, організаційний, побутово-обслуговуючий, лінгвістичний тощо. Їм не підходять посади підлеглих, керованих, тих, кого ведуть.

Для меланхолоїдів протипоказані професії, пов'язані з надмірною рухливістю, соціальною активністю, напруженим публічним спілкуванням, відповідальністю, конфліктами тощо, тобто професії педагога, актора, менеджера, економіста, юриста, управлінця тощо. Навпаки, для них підходять «індивідуальні», «кабінетні», «сидячі» професії — наукового, комп'ютерно-інформаційного, дизайнерського, мистецтвознавчого, художньо-естетичного, музичного профілів, народних ремесел тощо, але за умов чіткого дотримання режиму праці і відпочинку.

Подібне можна сказати і про флегматоїдів, для яких шкідливими є «швидкісні», «комунікаційні» профілі, професії, заняття, приміром, хореографа, менеджера, спортсмена, водія, лектора тощо. Найбільш доцільними для них є професії історика, археолога, архіваріуса, перекладача (письмового, а не розмовного плану), мистецтвознавця, кабінетного вченого тощо. Парадоксально, але вони тяжіють до посад керівників — завдяки своєму, як правило, високому інтелектуальному розвитку і здатності до стримання емоцій.

Вказані вище види комбінацій особистісних якостей інверсивно, «контрастно» неконгруентних підлітків і юнаків можуть бути доповнені варіантом так званої пролонгованої особистісної неконгруентності, коли притаманні представникові того чи того типу темпераменту властивості підсилюються, загострюються. Приміром, флегматик стає ще більш флегматичним, тобто більш замкненим, повільнішим, емоційно інертнішим тощо. В такому випадку негативні патогенні тенденції виникають внаслідок ще більшої невідповідності між межовими психодинамічними якостями таких індивідів і динамічними (швидкість, енергетика) вимогами професії та життя.

На рис. 30 наведене графічне зображення зон інверсивної та пролонгованої характеро-типологічної неконгруентності, тобто між екстраверсією (інтраверсією) та типом темпераменту.

Отже, ціною неправильного, з точки зору можливостей конкретного типу темпераменту, вибору підлітком виду занять, профілю навчання, а далі, юнаком і молодою людиною, професії, може стати поява ризику виникнення психосоматичних відхилень і хвороб. Повторимо ще раз, що відповідно до вказаних несприятливих, неконгруентних умов для деяких неконгруентних холероїдів можуть бути

властиві такі психосоматичні хвороби, як **холецистит і гепатит**, для сангвіноїдів — **інфаркт міокарда і артрит**, для врівноважених (цей тип темпераменту був додатково введений в обіг Б. Й. Цукановим) — **хвороби легенів і нирок**, для меланхолоїдів — **інфаркт міокарда та інсульт** (а при особливо несприятливих умовах, приміром, при генетично успадкованій хворобливості, худоби тощо — хвороби інших типів темпераменту), для флегматоїдів — **виразка шлунку**.

Екс, %

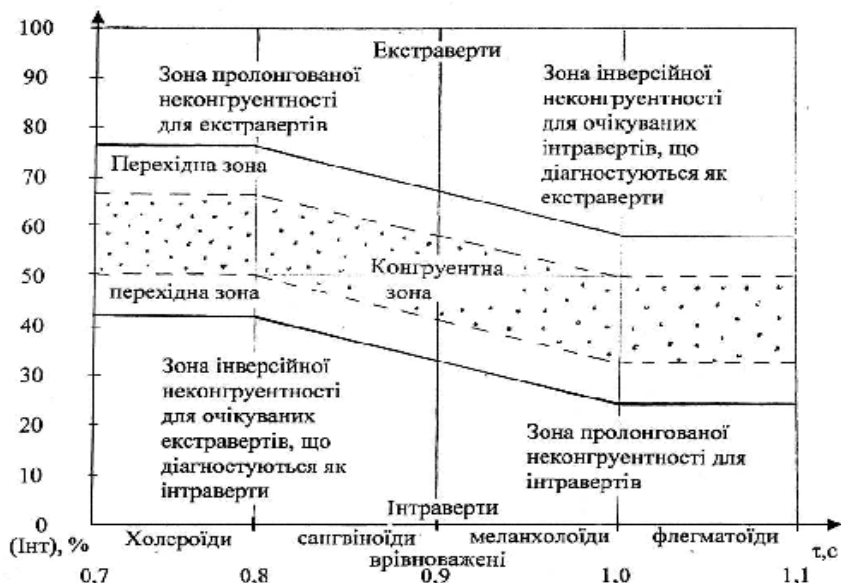


Рис. 30. Графічне зображення зон характеро-типологічної конгруентності та неконгруентності особистості за показниками екстраверсії (інтраверсії)

Примітка: t, c — показник типу темпераменту (t-тип) за Б. Й. Цукановим, у сек., Екс (Інт) — кількісні показники екстраверсії (інтраверсії), у %.

Додамо, що в нашій консультативній практиці виявлено більш широкий спектр хворобливих відхилень, що концентруються навколо найбільш уразливих для кожного типу темпераменту органів: **печінки і жовчного міхура** — для холероїдів; **серця і суглобів** — для сангвіноїдів; **легенів і нирок** — для врівноважених; **серця і мозку** — для меланхолоїдів; **шлунково-кишкового тракту** — для флегматоїдів. Ці відхилення виявляються у широкому діапазоні —

від епізодичних до хронічних функціональних розладів і тимчасових болів — до продіагнованих клінічних форм хвороб, з якими клієнт вже звертається до лікарів і проходить курс лікування.

Проте, фатальної неминучості появи таких хвороб може і не бути, якщо правильно обирати свої життєві заняття, адекватно здійснювати життєве, особистісне і професійне самовизначення. В цьому людині може допомогти практичний психолог.

За даними наших досліджень, в тому числі проведеного у 2003 році за участю 174 старшокласників, що поступали у Київський природничо-науковий ліцей № 145 МОН України, більше третини підлітків (36,8%) мала на момент вступного тестування гостру неконгруентність з явними психосоматичними відхиленнями і хворобами. Вони були виділені у кризові групи, з якими шкільний психолог мав працювати після зарахування до ліцею (табл. 2).

Таблиця 2

Зведені дані щодо учнів (VII–VIII–IX класів), протестованих за допомогою КПДК-1999 при вступі до природничо-наукового ліцею і розподілених на типологічні групи

Холероїди (14%)					Сангвіноїди (44%)					Врівноважені (4%)				
Nx	K	HeK	PrK	C-X	Nc	K	HeK	PrK	C-X	Nb	K	HeK	PrK	C-X
16	9	7	8	2	44	4	40	28	15	6	0	6	2	2
9,2	56,2	43,8	50,0	12,5	25,3	9,1	90,9	63,6	34,1	3,4	0	100	33,3	33,3
Меланхолюїди (29%)					Флегматоїди (9%)					Увесь контингент (100%)				
Nx	K	HeK	PrK	C-X	Nф	K	HeK	PrK	C-X	N	K	HeK	PrK	C-X
59	6	53	36	24	49	2	47	27	21	174	21	153	101	64
33,9	10,2	89,8	61,1	40,7	28,2	4,1	95,9	55,1	42,8	100	12,1	87,9	58	36,8

Примітка: N — кількість учнів (загальна і у типологічних групах, у верхній строчці кількість осіб, у нижній строчці — відсоток до кількості у загальній або у типологічній групі). K — кількість відносно конгруентних учнів. HeK — кількість неконгруентних учнів. PrK — кількість учнів (батьків), що прийшли на консультацію до психолога. C-X — кількість учнів, що скаржились на хворобливість і продіагновані хвороби.

При порівнянні типологічних груп між собою виявилось, що за результатами аналізу тестових даних кількість неконгруентних серед холероїдів майже вдвічі менша, ніж в інших типологічних групах (43,8% у холероїдній проти 90,9% у сангвіноїдній групі, 100%

у врівноваженій групі, 89,8% — у меланхоloidній групі та 95,9% — у флегматоїдній групі). Холероїдів прийшло менше на консультацію до психолога (усього 50%) та лише кожний 8-й з них (12,5%) скаржився на здоров'я.

Найбільше скарг на здоров'я висловлювали представники флегматоїдної (42,8%) та меланхоloidної групи (40,7%), що можна було очікувати, зіставляючи їх психофізіологічні можливості (слабкість, чутливість, тривожність, замкненість, схильність до перевтоми меланхоloidів та повільність, нестача часу флегматоїдів) з вимогами навчальної діяльності (високий темп, надмірні учбові навантаження тощо). При переході від попереднього етапу загальноосвітньої підготовки до наступного, тобто до профільної підготовки показники неконгруентності та хворобливості можуть стати ще вищими, якщо не здійснювати консультативну і корекційну роботу шкільної психологічної служби.

Отже, наявність у психодіагностичному комплексі методик, що дозволяють об'єктивно виявити тип темпераменту та такі властивості особистості, як екстраверсія-інтраверсія, емоційна стабільність-емоційна лабільність, інтереси і схильності до певних дисциплін, комунікаційні й організаційні здібності тощо, дозволяє виявити випадки гострої психодинамічної неконгруентності і патогенні тенденції психосоматичного плану. Слід відмітити, що приблизно третина учнів та батьків, що приходили на консультування, скаржилися на кардіологічні відхилення у стані здоров'я і навіть хвороби серця у початковій фазі патогенного захворювання.

Включення до складу психодіагностичного комплексу модифікованого С. І. Подмазіним опитувальника для ідентифікації типу акцентуації характеру у підлітків дозволяє також виявляти патопсихологічні тенденції неконгруентних старшокласників [52]. Адже відомо, що виділені К. Леонгардом типи акцентуації, як межові між нормою і патологією риси характеру, виступають певними маркерами загрози саме психічних відхилень і хвороб.

Так, гіпертимний тип акцентуації виявляє тенденцію, точніше, загрозу виникнення гіпоманіакальних станів, циклоїдний тип — маніакально-депресивного психозу, астено-невротичний тип акцентуації — неврастенії, сензитивний тип — виникнення ризику появи комплексу неповноцінності, тривожно-педантичний тип — психастенії, інтравертований тип — шизофренії, збуджувальний тип — епілепсії, демонстративний тип — істерії, нестійкий тип акцентуації — абулії,

тобто зниженої волі. Астено-невротичну та сензитивну акцентуації можна вважати провісниками **кардіологічних** відхилень і хвороб.

Серед протестованих нами старшокласників майже 80% мали той чи інший тип акцентуації і приблизно 40% з цих акцентуацій співпадали з гострою психодинамічною неконгруентністю між типом темпераменту та іншими базовими якостями юної особистості.

Отже, використання запропонованого нами комп'ютеризованого психодіагностичного комплексу в контексті особистісного підходу та новітньої теорії темпераменту Б. Й. Цуканова дозволило виявити вірогідний механізм виникнення патогенної психодинамічної неконгруентності у підлітків, юнаків, молодих людей в період особистісного і професійного самовизначення. Цей механізм потребує свого подальшого вивчення, конкретизації, що забезпечить пошук ефективних засобів подолання пов'язаних з ним патогенних тенденцій. Але вже на даному етапі роботи були намічені шляхи усунення цих негативних тенденцій в ході консультативної діяльності психолога.

Впродовж більше 20 років роботи в різних школах нами було продіагностовано біля 4000 дітей, підлітків, юнаків, молодих і дорослих людей віком від 4 до 55 років, з яких майже 1200 звернулися до нас на консультацію. Накопичена певна статистика і досвід концептуальної інтерпретації різних видів неконгруентності, що дозволяє здійснювати достатньо точну ідентифікацію психодинамічної неконгруентності у кожного клієнта.

Основою для процедури ідентифікації виступає класифікація видів психодинамічної неконгруентності за такими засадами, як:

1) **онтогенетичні** — залежно від вікового періоду — дитини, підлітка або юнака — коли відбувається зародження і становлення неконгруентності в умовах розширення референтного людського середовища:

- 1-го роду, у віці від народження до одного року життя в системі «дитина — мати-батько», особливо в тих випадках, коли дитина народжується з типом темпераменту, протилежним типові матері і батька;

- 2-го роду, у віці з 1 до 3–6 років життя, в системі «дитина — сім'я, родина», при опозиції типу темпераменту дитини типам темпераменту матері, батька, бабусі, дідуся, братів, сестер;

- 3-го роду, у віці від 6 до 17 років життя, в системі «дитина, підліток — група, клас», при взаємодії дитини, особливо з крайніми, холероїдним і флегматоїдним, типами темпераменту з представни-

ками інших типів та з «контрастними» тенденціями виховання і самовиховання;

– 4-го роду, у віці від 17–20 років життя, у системі «юнак — учбовий або трудовий колектив, професія, громадська, спортивна тощо діяльність».

– 5-го роду, у віці більше 21 року життя, у системі «молода і зріла людина — професійна, суспільна діяльність, сімейна поведінка».

Вказані «роди» неконгруентності визначаються різноманітними онтогенетичними типологічними диспозиціями, які поступово нарощуються й ускладнюються протягом життя і потребують своєї розшифровки у ході психологічної консультації.

2) **змістовно-психологічні**: соціально-типологічна, мотиваційно-типологічна, характеро-типологічна, рефлексивно-типологічна, досвідно-типологічна, інтелектуально-типологічна, емоційно-типологічна тощо види неконгруентності;

3) **якісно-ступеневі**: початкова, збільшувана, оборотна, проміжна з елементами оборотності і необоротності, кінцева або застаріла необоротна форма неконгруентності;

4) **за полярністю невідповідності**: пролонгована, перехідна або інверсійна неконгруентність — залежно від того, чи входять її показники у зону конгруентності, у перехідну зону слабкої неконгруентності, чи у зони з гострою неконгруентністю, тобто з надмірним чи надмірним розвитком і проявом неконгруентних властивостей особистості. Наприклад, може бути конгруентний флегматоїд з нормальним проявом інтравертованості, однак може бути флегматоїд з пролонгованою неконгруентністю, тобто з надмірною інтравертованістю, а може бути флегматоїд із інверсивною неконгруентністю, для якого властива екстравертованість (див. рис. 30);

5) **структурно-комбінаційні засади**: моно- або полінеконгруентність, що представлена одним або комплексом родів, видів, форм, полярностей неконгруентності.

Картина психодинамічної неконгруентності може ускладнюватися за рахунок наявності не лише первинної неконгруентності між типом темпераменту й іншою базовою властивістю особистості, а і так званої вторинної (третинної) неконгруентності, в основі якої лежать сформовані у зрілому віці стійкі новоутворення, так звані функціональні органи, які стають новими, поряд з темпераментом, стереотипними центрами визначення психодинаміки поведінки, з якими слід теж рахуватися.

У ході концептуальної інтерпретації комплексу психодіагностичних даних щодо клієнта психолог доповнює у співбесіді з підлітком, з його батьками, емпіричні дані щодо нього та родичів з метою ідентифікації тієї чи іншої неконгруентності та її патогенних наслідків (див. представлений раніше опитувальник щодо стану здоров'я). На цій основі розроблюється індивідуально та сімейно орієнтована програма корекції або компенсації наслідків неконгруентності особистості та подальшої гармонізації її розвитку.

Розглянемо додатково декілька прикладів аналізу даних комплексного психодіагностичного тестування з числа учнів, студентів і працюючих дорослих, що були зафіксовані в їх картах тестування.

Так, у підлітка Д. М., 14 років, учня однієї з київських шкіл, «чистого» холерика, виявився в ході концептуальної інтерпретації тестових даних цілий «букет» неконгруентностей:

а) пролонгована характеро-типологічна неконгруентність (екстраверсія, 77%, що перевищує конгруентний прояв екстраверсії — за тестом 3д). Про це свідчить також наявність гіпертимної, $G-10 < 11$, та демонстративної, $D-9 < 9+2 = 11$, акцентуації — за додатково проведеним тестом вияву акцентуації;

б) інверсійна емоційно-типологічна неконгруентність, оскільки величина емоційної лабільності, 64%, виходить за межі зони конгруентності для цього показника;

в) інверсійна, фізіолого-типологічна неконгруентність, що виявляється у байдужості хлопчика до фізичної культури і спорту, $\Phi iC = 0\%$ — за тестом 10;

г) інверсійна, фізіолого-типологічна неконгруентність за тривалістю сну — за даними батьків, син спить 8–9 годин, не висипається, а має спати, за нормативами, встановленими Б. Й. Цукановим, 10–11 годин, в тому числі і вдень;

д) інверсійна, мотиваційно-типологічна неконгруентність, що виявляється у невисокому загальному індексі розвитку спрямованості, $MEc = 6,4\%$ — за тестом 10, що не відповідає конгруентному для холероїдів рівню спрямованості, в тому числі і у майбутнє (більше 15–20%).

Властива підлітку неконгруентність має комбіновану, проміжну, з елементами оборотності та необоротності, 1-го, 2-го, 3-го роду, характеристики і може бути частково відкоректована за певною програмою. Як повідомили на консультації батьки, у підлітка є хронічна хвороба — дискінезія жовчних шляхів, він стоїть на диспансерному обліку, кожного року вони сім'єю їздять на мінеральні води до Моршина.

У відповідності з результатами ідентифікації неконгруентності особистості підлітка, йому та батькам, після тривалої бесіди з елементами раціональної психотерапії, була запропонована програма зміни способу життя, зокрема:

а) дещо зменшити (на 10–20%) коло спілкування, але краще його організувати (були скарги батьків на неорганізованість, імпульсивність, конфліктність стосунків сина з оточуючими тощо);

б) використати значно краще гармонізуючі можливості занять мистецтвом: підліток починав писати вірші, займався музикою, вокалом, але кинув;

в) знайти та опанувати адекватний вид спорту, комплекс фізичних вправ для щоденних занять фізичною культурою вранці і ввечері, щоб збільшити моторне, рухове навантаження на організм і нервову систему;

г) збільшити до 10–11 годин тривалість сну, увести по можливості денний сон протягом 1–2 годин;

д) знайти тему власного творчого особистісного проекту в галузі наукових дисциплін — фізики (інтерес до цієї дисципліни сягає рівня 41% за тестом 10), техніки (50%), математики (58%), образотворчого мистецтва (41%), щоб краще задовольнити конгруентний для холерика потяг у майбутнє, а також — зреалізувати величезний потенціал інтелектуальної обдарованості дитини (сумарний IQ = 158%, при порозі обдарованості у 140%).

Через декілька місяців після консультації від батьків хлопчика поступила інформація про те, що фізичний стан і психічне самопочуття хлопчика значно покращились.

Один з перших важких випадків психодинамічної неконгруентності у нашій практиці психологічного консультування був пов'язаний з дівчиною С., 17 років, випускницею однієї з фізико-математичних шкіл м. Києва. До нас звернулась її мати зі скаргами на погіршення стану здоров'я доньки після випускних іспитів, коли, за даними медичного обстеження, кардіологом був поставлений діагноз, зі слів матері, «вегето-судинна дистонія циркуляторного типу». Через загрозу подальшого погіршення стану здоров'я кардіолог не рекомендував дівчинці поступати у вищий навчальний заклад, тому вона влаштувалась на посаду лаборанта у науково-дослідний інститут, втративши надію на продовження навчання.

Дівчинці через матір було запропоновано пройти комплексне психодіагностичне обстеження у психологічній службі школи за

КПДК-1999, в ході якого було з'ясовано, що вона належить до меланхолійного типу темпераменту (тау-тип за методом Б. Й. Цуканова дорівнював 0,98 сек.), мала надто високий, як для меланхоліка, рівень емоційної лабільності (81% за відповідною шкалою особистісного опитувальника С. Е. Айзенк), інтравертованості (94% за відповідною шкалою того ж опитувальника), при індексі слабкості нервової системи 60% (за використанням на той час опитувальником ВНД). Дівчина закінчила школу на «четвірки» і «трійки», мала нижче середнього рівня індекс прояву інтелектуальних здібностей $IQ = 88\%$ (за батареєю південнокаліфорнійських тестів та тестом структури інтелекту Р. Амтхауера) при наявному по школі середньому індексу розвитку інтелекту учнів $IQ = 112\%$.

Для дівчини були властиві хронічне емоційне перенапруження і перевтома. Їй було дуже важко вчитись у школі, конкуруючи з більш здібними й успішними у навчанні школярами. Додатковим негативним стресором стало становище у сім'ї, що склалося після розлучення батьків. Після закінчення школи дівчина втратила інтерес до життя, зменшила спілкування з людьми, замкнулася у собі, з'явилися думки про самогубство.

Даний випадок був віднесений нами до гострої психолого-типологічної неконгруентності пролонгованого типу, який властивий у несприятливих соціальних умовах деяким меланхолікам — з їх високою чутливістю, слабкістю нервової системи, схильністю до стресів, виснаженням життєвих сил тощо. Для них притаманне загострення, пролонгація типових особистісних властивостей, котрі виявляються в тому, що вони стають ще більш замкненими, інтравертованими, емоційно напруженими, мотиваційно й інтелектуально самообмеженими, малоуспішними у діяльності тощо. Разом з цим утворюється своєрідний «психологічний стресовий казан», в якому майже в аутичному режимі киплять драматичні переживання, про які дорослі можуть тільки здогадуватися, не маючи можливості надати дитині дієвої допомоги. З таким типом психолого-типологічної неконгруентності ми стикались у роботі з 5–7% усіх дітей, переважно з меланхолійним типом темпераменту.

У даному випадку було доцільно використовувати стратегію психологічної корекції неконгруентної особистості, її діяльності, соціальної поведінки, усього способу життя у напрямку повернення до статусу психодинамічної конгруентності, властивого представникам меланхолійного типу темпераменту. Тому була розроблена і задіяна певна програма корекції, що відпрацьовувалась у процесі

психологічного консультування матері дівчини і здійснювалася переважно нею (мати працювала педагогом в цій же школі) під нашим контролем. Програма передбачала наступні заходи, що відповідали розроблюваній концепції психологічної структури особистості:

1. Певне збільшення рівня соціальної активності, незначне і поступове розширення кола спілкування (мати вдало знайшла і познайомила її з донькою своєї подруги і в ході спеціальної «батьківської операції» підтримала і розвила дружні стосунки між ними); засвоєння техніки спілкування тощо.

2. Корекція уявлень про сенс життя на основі наявних інтересів до власної особистості, до мистецтва, до медицини; поступове формування життєвої мети, пов'язаної зі служінням близьким людям, зміна оцінок, відношення до життя, праці, навчання, ініціація поступового процесу професійного самовизначення, вибору професії гуманітарного профілю, самопідготовки до вступу у ВНЗ.

3. Розробка програми самовиховання, самоудосконалення характеру на основі самопізнання власної особистості, її сильних і слабких сторін, зміни способу життя, формування оздоровчої, так званої саногенної поведінки, засвоєння більш адекватного для меланхолійного типу темпераменту режиму праці та відпочинку, зокрема, конструювання якісного для дівчини як меланхоліка режиму сну; залучення її до посильних елементів фізичної культури (але не до спорту, що принципово важливо для меланхоліка, на відміну, приміром, від сангвініка, якому можна було б порекомендувати саме заняття певним видом спорту); оволодіння раціональними прийомами праці і відпочинку, відтворення працездатності.

4. Поступова активізація інтелектуальної, творчої діяльності, спочатку у сфері музики (гра на гітарі, співи, що було відкинуто раніше, у період напруженого навчання у школі), а з часом — у заняттях психологією і філософією, власним самооздоровленням; розвиток в собі духовних, інтелектуальних властивостей творчої особистості.

5. Виховання в собі позитивних почуттів на основі більш досконалого володіння «своїм» жанром мистецтва — в активній формі виконання або у формі сприйняття. В даному випадку це виявилось у засвоєнні класичного і народного репертуару для гітари, в акомпануванні собі при виконанні романсів тощо; в оволодінні почуттям гумору — почали разом з мамою перечитувати комедійні твори, колекціонувати анекдоти тощо; у засвоєнні техніки емоційної саморегуляції, аутогенного тренування тощо.

Дана програма поступово уточнювалась і конкретизувалась у ході щотижневих психологічних консультацій з матір'ю та донькою. Як мати і педагог, вона знайшла на цій основі свої власні корекційні й компенсаційні підходи до доньки, збільшила увагу до неї. Зміни в особистості та способі життя доньки відбувалися на зростаючому раз від разу позитивному емоційному фоні стосунків між матір'ю і донькою. Врешті-решт стан здоров'я дівчини покращився, вона «ожила», з'явився інтерес до життя, творчості, професійного самовизначення і тому через півроку вона поступила у вищий навчальний заклад за кордоном, який на даний момент закінчила, і зараз успішно працює у гуманітарній сфері.

Наведений випадок був одним з перших у нашій консультативній практиці, на основі якого пізніше викристалізувалося особистісно центроване консультування дітей і підлітків із патогенною психодинамічною неконгруентністю, пов'язаною з кардіологічною загрозою, що була значно зменшена.

Цікавий випадок гострої патогенної неконгруентності був виявлений нами в одному з Київських вищих навчальних закладів, де нам довелося викладати магістрам спецкурс «Психологія праці». При опануванні теми «Професійно важливі якості особистості», автором було наголошено, що за теорією Б. Й. Цуканова щодо часу у психіці індивіда в деяких випадках можна визначати тип темпераменту за переважаючими хворобами. Водночас було названо шлунково-кишкові захворювання як можливий індикатор флегматичного типу темпераменту. Один зі студентів Х. почав заперечувати проти цього, оскільки раніше визначив за допомогою іншого викладача свій тип темпераменту як сангвінічний. В якості метода викладачем використовувався особистісний опитувальник Г. Айзенка, який ми застосовуємо для виявлення рис характеру, таких як екстраверсія-інтраверсія, емоційна стабільність-емоційна лабільність. Ми звернули увагу магістранта на те, що виявляти за цим опитувальником тип темпераменту можна лише у випадках конгруентної особистості. Фактично ж у майже половини випадків, пов'язаних із неконгруентністю, визначення типу темпераменту за допомогою цього опитувальника є некоректним. На жаль, студент не звернув уваги на наше заперечення і стверджував, що в нього сангвінічний тип темпераменту, але водночас у нього хворий шлунок, що заперечує твердження Гіппократа і Б. Й. Цуканова про те, що дана переважаюча хвороба

може бути переважно у флегматоїдів. Яке ж було його здивування, коли при додатковому обстеженні за методом Б. Й. Цуканова в нього був визначений тау-тип флегматоїда (1,09 сек.). Виявилось, що чинником неконгруентності стала його участь у шоу-балеті. Він зізнався, що після кожного виступу в нього спостерігалися загострення виразки шлунку, а в останнє клінічне обстеження було знайдено недоброякісне пухлинне утворення... Незважаючи на неодноразове повторення нами аргументів щодо причин патогенного процесу в його кишково-шлунковому тракті та відповідні попередження, клієнт після консультування відправився на гастролі... Психологічний захист клієнта — заперечення — виявився сильнішим за аргументи консультанта...

В іншому випадку, драматичний факт гострої патогенної психодинамічної неконгруентності був вчасно ідентифікований нами в ході психологічного відбору вихователів в один із київських дитячих садочків. Після обов'язкового тестування за КПДК перед комісією постала жінка 36 років, яка запропонувала себе в якості вихователя-хореографа. За тестом Б. Й. Цуканова в неї був визначений тау-тип «чистого» флегматика — 1,1 сек. Проте, інтраверсія сягала 90%, емоційна лабільність — майже 100%, інтерес до спорту дорівнював 70%. На запитання про здоров'я (жіночка зразу звернула на себе увагу блідим обличчям) було сказано, що вона півроку перебувала у лікарні після резекції шлунку. З'ясувалося, що любов до хореографії доньці прищепила мати, яка не змогла у свій час через травму сама стати танцюристкою і послідовно втілювала свою мрію через професійний вибір доньки. Хоча функціональні розлади у шлунково-кишковому тракті у жінки були й раніше, проте виразка шлунку з'явилася лише після смерті матері, рік тому, коли з її уходом, на наш погляд, був знятий природний амортизатор напруження (любов до доньки, позитивне емоційне заохочення до занять танками), спричиненого психодинамічною неконгруентністю внаслідок неадекватного вибору професії. Після зняття цього родинного амортизатора патогенний тиск неконгруентності нічим не стримувався, тому і відбулося загострення хвороби шлунку.

Звичайно, що жінці було відмовлено у проханні про зарахування на посаду хореографа у дитячий садочок. З нею була проведена роз'яснювальна бесіда з елементами раціональної психотерапії, яка повністю переконала жінку у необхідності змінити професію. До речі, вона зізналася, що ще до розмови з психологом в неї підсилювся біль

у шлунку, а після бесіди — зник. Пізніше вона дякувала нам за те, що отримана консультація позбавила її від повторної операції на шлунку.

Ми можемо навести багато інших прикладів виявлення і подолання патогенної психодинамічної неконгруентності особистості та гармонізації на цій основі розвитку особистості. Розв'язання особистісних проблем даного типу має комплексний характер, потребує координованих зусиль сім'ї, школи, установ та психологічної служби, тісної взаємодії батьків, близьких, педагогів, колег з психологом, від чого кінець кінцем залежить успіх у нормалізації розвитку особистості клієнта, його психічне і фізичне, в тому числі і серцеве, здоров'я, а тому — і щастя у майбутньому житті.

Програма психологічної корекції конкретної патогенної неконгруентності клієнтів передбачає адекватні та дієві зміни в їх структурі особистості, способі життя, стосунках у сім'ї та у референтному оточенні. Стратегічний напрям такої корекції полягає у максимально можливому поверненні до стану конгруентності особистості з визначеним типом темпераменту та її взаємодії з оточенням. У разі необхідності, у таку програму включаються засоби виховання, самовиховання, перевибір занять і профілю навчання, професійної підготовки, професійної діяльності, уточнення режиму життєдіяльності. Такої ж мети мають досягати психологічні тренінги, елементи раціональної психотерапії тощо, які повинні вивести показники спрямованості, рис характеру, емоційності тощо із зони неконгруентності у перехідну зону та зону конгруентності і тим самим припинити дію внутрішньоособистісних патогенних чинників.

Внутрішньоособистісна психодинамічна неконгруентність підлітків, юнаків, молодих людей, що виникає через неправильний вибір занять, профілю навчання і професійної підготовки, може бути усунута в цьому віці, якщо вона не набула необоротного характеру. Відмітимо, що у старших вікових періодах така неконгруентність фіксується, укорінюється, застаріває і стає внутрішнім чинником патологізації особистості. У підлітковому ж віці неконгруентність може бути знята спеціальними засобами шкільної психологічної служби — психологічним консультуванням, правильною профорієнтацією, корекцією тощо.

Повторимо ще раз, що загальний напрямок роботи психолога в цьому плані полягає у поверненні неконгруентної особистості та її соціальної поведінки, навчальної і професійної діяльності у річище конгруентності. Якщо ж мова йде про психологічне консультування

старшокласників, то в ході його проведення учню і батькам слід порадити обрати той профіль чи професію, в цілому, спосіб життя, який найбільш конгруентний типові темпераменту юної особистості.

У разі наявності застарілої, необоротної неконгруентності, якщо конгруентно орієнтована корекція утруднена або до кінця неможлива, використовуються методи компенсації, амортизації патогенної дії неконгруентності, в якості яких виступає комплекс так званих соціальних, психологічних, поведінкових, біопсихологічних амортизаторів.

Ці засоби амортизації діють у режимі динамічного врівноваження, синхронно або постнаслідково, пом'якшуючи негативні наслідки патогенної психодинамічної неконгруентності.

Дія амортизаторів полягає у знятті властивого для неконгруентності напруження. В нашій консультативній практиці поступово визначилась певна низка видів амортизації. Як такі ми виділяємо випадкові (що знаходяться і використовуються батьками і дітьми інтуїтивно, спонтанно, шляхом «спроб і помилок») та систематичні (що є результатом спеціальної цілеспрямованої роботи батьків і самої дитини під керівництвом психолога), псевдоамортизатори (алкоголь, нікотин, наркотики, девіантна поведінка, секс тощо) та справжні (любов у всіх її проявах, плідна творчість, високе мистецтво, духовні пошуки і знахідки, позитивні емоції і почуття задоволення від інтелектуального, трудового, професійного успіху, гумор, адекватна типові темпераменту фізична культура, улюблене хобі тощо), зовнішні та внутрішні, неусвідомлювані та усвідомлювані, епізодично та регулярно діючі, фрагментарні та комплексні, штучні та природні тощо. Схематично система амортизаторів представлена у табл. 3.

У ході компенсації слід здійснювати перехід від штучних до природних, від псевдоамортизаторів до справжніх, від зовнішніх до внутрішніх, від неусвідомлюваних до усвідомлюваних, від випадкових до систематичних, від фрагментарних до комплексних, від епізодичних до регулярних амортизаторів, в цілому — від неконгруентного до конгруентного способу життя і праці особистості.

Програма компенсації здійснюється в режимі розподілу функцій між психологом, клієнтом та його батьками і близькими, з відпрацюванням деяких завдань як в умовах безпосередньої консультації, співбесіди, так і у постконсультаційному режимі — вдома, в сім'ї, у школі, позашкільних, вищих навчальних закладах тощо.

Соціально-психолого-індивідуальні амортизатори неконгруентності особистісного розвитку

А		Б
Випадкові, що знаходяться батьками і дітьми інтуїтивно, спонтанно, шляхом «спроб і помилок»		Систематичні, що є результатом цілеспрямованої роботи психолога з батьками і самою дитиною
Псевдоамортизатори: алкоголь, табакопаління, наркотики тощо		Справжні: любов в усіх її проявах, плідна творчість, духовні пошуки, мистецтво, позитивні емоції трудового, професійного успіху, психологічний клімат у сім'ї, в шкільному оточенні, гумор, адекватна фізична культура, толерантність, улюблене хобі тощо
Зовнішні: девіантна поведінка, секс	⇒	Внутрішні: наявність духовних особистісних ідеалів, в певних випадках — релігійність
Неусвідомлювані: ТВ та комп'ютерна залежність, захоплення псевдоідеалами		Усвідомлювані: цілеспрямовано сформований сенс життя, мета, гуманістичні цінності, рефлексія, самопізнання і самовдосконалення
Епізодичні, короткотривалі й ситуаційні		Регулярні, довготривалі, що діють упродовж усього життєвого шляху
Фрагментарні, що стосуються окремих родів, видів, форм і полярностей психодинамічної неконгруентності		Комплексні, що охоплюють більшість визначених різновидів психодинамічної неконгруентності
Штучні: хімічні та фармакологічні (кава, алкоголь, антидепресанти, інші медикаменти)		Природні: здоровий конгруентний спосіб життя з усіма його складовими

Так, якщо молода людина неправильно, але свідомо обрала професію, не може від неї відмовитись і приречена платити певну патогенну «ціну» за неадекватний щодо типу темпераменту напрямок професійного самовизначення, то їй слід порадити свідомо використовувати той чи той тип амортизатора, щоб динамічно компенсувати негативну дію факторів неконгруентності. Слід відзначити, що такий механізм зняття патогенного тиску з боку факторів неконгруентності, на наш погляд, несвідомо використовується у масовому

порядку людьми, за що, у випадку застосування, приміром, псевдоамортизаторів (алкоголь, паління, наркотики тощо) людина мусить розплачуватися ланцюгом нових хвороб. Усунення з самого початку цієї низки причин і наслідків в умовах професійного та життєвого самовизначення молодих людей може зберегти їх здоров'я у майбутньому.

У випадку необхідності, з клієнтом та його близькими проводиться тренінг з підвищення рівня психодинамічної конгруентності особистості та її способу життя, який включає такі етапи:

а) усвідомлення клієнтом та його референтним оточенням необхідності психологічного консультування, корекції і компенсації психодинамічної неконгруентності особистості;

б) надання клієнту конкретної інформації про його психодинамічно неконгруентний стан, його причини і патогенні наслідки;

в) розробка консультантом разом з клієнтом та його близькими плану першочергових антипатогенних дій та перспективної програми саногенних заходів, проєкту гармонійного життя;

г) визначення конкретних умов, інструментальних засобів, режимів ефективного втілення плану, програми і проєкту конгруентного способу життя;

д) емоційний контроль і послідовне закріплення усіх складових конгруентного способу життя особистості.

Отже, запропоновано методологічний підхід до гармонізації особистості, який усуває або мінімізує патогенні ризики, що пов'язані із психодинамічною неконгруентністю. Цей підхід значною мірою пояснює вірогідні чинники деяких так званих хвороб цивілізації, які беруть свій початок у період першого і другого народження особистості — у дошкільному та підлітковому віці — коли здійснюється інтенсивне особистісне і професійне самовизначення. Психологічна робота з патогенною психодинамічною неконгруентністю у дитячому, підлітковому та юному віці є фактично психопрофілактичною щодо виникнення хвороб, в тому числі і кардіологічних, у дорослому віці.

Підкреслимо, що суть запропонованого підходу може бути висловлена наступним чином.

Людина, з причин своєї неосвіченості у світі професій, занять і особливо — у розумінні власної особистості, часто припускається помилкового, неадекватного самовизначення, не усвідомлює невідповідність властивостей особистості вимогам життя і професії. Внаслідок цього виникає неконгруентність між базовими особистісними якостями і типом темпераменту, яка виступає джерелом па-

тогенного процесу у певному патопсихосоматичному і патопсихологічному напрямку.

Щоб зупинити цей процес, слід звернутися до комплексної психодіагностики, виявити характер патогенної неконгруентності, задіяти відповідні консультативні, корекційні, компенсаційні заходи — з метою повернення особистості й поведінки клієнта до конгруентного стану або компенсувати, пом'якшити чи зняти негативну дію факторів неконгруентності за допомогою адекватних амортизаторів.

Представлена технологія особистісно центрованого психологічного консультування і корегування перевірена у більш як двадцятирічній роботі автора з дітьми, підлітками, юнаками, студентами, молодими і дорослими людьми та продемонструвала свою спроможність і ефективність.

Проте, дана технологія має бути додатково уточнена у ході подальших досліджень, в тому числі — у співпраці з медичними і педагогічними працівниками, з батьками. Її удосконалення може зменшити загрозу для психічного і фізичного здоров'я клієнтів із патогенною психодинамічною неконгруентністю. Слід зазначити, що досвід роботи у зазначеному напрямку може бути корисним при розв'язанні проблеми вивчення нових типів неконгруентності, пов'язаних, приміром, з психогенетичними властивостями особистості.

У даному місці слід зазначити, що загострення переважаючих хвороб відбувається у клієнтів з патогенною психодинамічною неконгруентністю не тільки, так би мовити, прямолінійно (пропойційно вікові), але і відповідно з циклічними процесами, що залежить від тау-типу. Для пояснення цього положення слід повернутися до даних Б. Й. Цуканова щодо циклоїдного характеру динаміки психічних процесів, зокрема до так званих великих С-біологічних циклів та до фаз сингулярності, які трапляються в кінці кожного з цих циклів. Розглянемо ще раз це питання, яке у більш загальному плані розглядалося раніше, у розділі 6.9.

Підкреслимо в цьому місці, що одеський професор не обмежувався у своїх дослідженнях тільки самим фактом виникнення і патогенезу «переважаючих» хвороб, але зробив ще одне фундаментальне відкриття. Він довів, що «прояв хронічних неінфекційних захворювань має часову розгортку, що визначається ходом власного годинника індивіда» і має циклічний характер [90, с. 94].

Повторимо це ще раз. Б. Й. Цуканов встановив закономірності періодизації у процесі перебігу і загострення передусім серцево-

судинних захворювань, пов'язавши їх з великим біологічним циклом С. Дослідником було висунуте, а потім доведене припущення, що начало цих захворювань співпадає або з кінцем поточного великого біологічного С-циклу, або з кінцем його чверті. Для доведення цього припущення ним визначався «т-тип» у 289 хворих на інфаркт (перший і повторний) чоловіків і жінок та відповідний до нього індивідуальний великий біологічний цикл, які порівнювалися з віком серцевого нападу (нападів). Усі кількісні дані заносились у спеціальні таблиці й узагальнювалися. Проведене ним порівняння розрахункових і статистичних віків показало, що у «середньо-групових хворих» (у відповідних сангвіноїдній та меланхоліодній підгрупах) «хвороби серця починаються у віці, що визначається через ціле або дрібне число прожитих великих біологічних циклів, а початок хвороб співпадає з кінцем поточного циклу, або з кінцем його чверті» (див. рис. 13 і 14) [90, с. 157].

Б. Й. Цуканов встановив, що «для більшості обстежених хворих спільним є те, що гіпертонічні кризи, приступи стенокардії, інфаркти не тільки співпадають із кінцями поточних циклів, або з кінцями їх чвертей, але і починають повторюватися з періодичністю $1/4C$; $1/2C$; $3/4C$; C ; $1\ 1/2C$ і далі залежно від належності до типологічної групи і віку індивіда. Хвороба набуває хронічного, циклоїдного характеру, іноді заявивши про себе на раніших етапах онтогенезу» [90, с. 160].

Вчений попереджає, що «крім індивідів, у яких кінець поточного великого циклу проявляється у серцевих болях, є значна кількість хворих, у яких хвороба відбувається безсимптомно, у скритій формі. Це найбільш небезпечна форма, оскільки вона часто призводить до раптової смерті» [90, с. 161].

Наводимо нижче ще раз графіки четвертої диференціації великого біологічного циклу С на дрібніші цикли (рис. 30) та їх кратної С-періодизації впродовж життя, за якими можна пояснити чому у певному віці відбувся серцевий напад чи інфаркт міокарду, або прогнозувати момент настання наступного інфаркту чи гострого серцевого порушення.

Так сталося і з автором цих строк, коли у нього у липні 1980 року у віці 33,6 років (дата народження 1 січня 1947 року) відбувся інфаркт міокарда. Для цього наведемо ряд розрахунків, враховуючи, що автору властивий чистий меланхолійний тип темпераменту з тау-типом 1,0 сек. Цьому відповідає великий С-цикл, що дорівнює $8,51 \times 1,0 = 8,51$ рік. Помножимо $8,51 \times 4 = 34,04$ років і отримуємо очікуваний вік інфаркту,

якщо виходити із сумачії чотирьох цілих С-циклів. Тобто інфаркт стався на підході до віку 34,04 року. Для розрахунку більш точного моменту настання інфаркту слід вдатися до подвійної четвертизації великого С-циклу. Чверть великого циклу складає $8,51:4 = 2,13$ років. А чверть чверті дорівнює $2,13:4 = 0,53$ роки. Віднімемо від кінця 4 циклу (34,04 років) подвійну чверть циклу (0,53 роки) і отримуємо $34,04 - 0,53 = 33,6$ років, що співпадає з датою нашого інфаркту. Звичайно, що точність підрахунку приблизна і дорівнює 1–2 місяці.

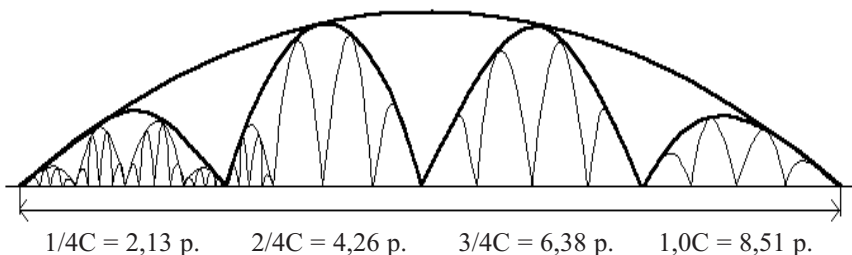


Рис. 31. Четвертна С-періодичність для «чистого» меланхоліка з $\tau = 1,0$ сек. з прогнозованою тривалістю життя $C = 8,51 \text{ р.} \times 10 \text{ циклів} = 85,1 \text{ років}$, за Б. Й. Цукановим [90, с. 157]

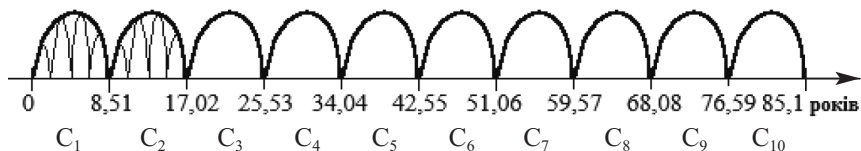


Рис. 32. 10-кратна С-періодичність для «чистого» меланхоліка з $\tau = 1,0$ сек. з прогнозованою тривалістю життя $C = 8,51 \text{ р.} \times 10 \text{ циклів} = 85,1 \text{ років}$, за Б. Й. Цукановим [90, с. 157]

Інфарт стався у несприятливих умовах, зокрема тому, що в період чергової подвійної четвертої фазової сингулярності автор дізнався про штучне переривання його зв'язків із сином (після розлучення з дружиною, коли вона, без повідомлення про це, відвезла його у нову сім'ю в іншу країну), що спричинило серцевий біль, важкий дистрес і тривалі переживання, які були підсиленні спекотним літом 1980 року і перебуванням на літніх сільгоспроботах, на які автор був відкомандирований від інституту, де працював. Від летального кінця його врятувало вчасне звернення до кардіолога поліклініки, рішучі дії останньої й місячне лікування у кардіологічній клініці під контролем кваліфікованого лікаря.

Автору пізніше, коли він дізнався про дослідження Б. Й. Цуканова, вдалося попередити наступний інфаркт міокарда вже у віці 68,08 років. Момент можливого настання інфаркту він підрахував за графіком на рис. 32 і підготувався до його перебігу, створивши належні комфортні умови (уникнення конфліктів на роботі, відпустка, профілактичне лікування в санаторії кардіологічного профілю, зниження робочого навантаження впродовж усього року, забезпечення необхідними ліками, консультативний контакт з кардіологом тощо). Завдяки цим заходам «інфаркт» відбувся доволі м'яко, у вигляді легко перенесених болів. Адекватним чином автор впорався з фазовою сингулярністю у віці 76,59 років. Таким же чином планується здійснити зустріч із фазовою сингулярністю у віці 85,12 років. Разом з цим небезпечною для життя може стати четвертна фазова сингулярність у віці $85,12 - 2,13 = 82,99$ років, тобто 83-річний день народження...

За даними Б. Й. Цуканова, зустрічається немало кардіологічних хворих, у яких кожна $1/4$ C ділиться далі на чотири частини, в кінці яких також відбуваються хворобливі прояви. Те ж саме буває і з діленням кожної $1/16$ C на чотири частини, коли $1/64$ C -періодичність є багатодобовою і кожний цикл виявляється у різких перепадах артеріального тиску. У таких хворих кризи, напади стенокардії або інфаркту можуть повторюватися, начебто чергуючись одне з одним [там само].

« C -періодичність» виявлена вченим також і у процесі перебігу хвороб нирок у представників «врівноваженого» типу та наближених до нього сангвіноїдів і меланхолоїдів — у діапазоні $0,87 \text{ сек.} \leq \tau \leq 0,93 \text{ сек.}$ [90, с. 161].

Таким чином, професор Б. Й. Цукановим математично точно описано фундаментальний факт вияву хронічних неінфекційних «переважаючих» хвороб з певною « C -періодичністю», що має очевидне прогностичне та профілактичне значення для практичної психології і психотерапії. Цей факт покладено ним в основу створення медико-психологічної технології кардіопсихотерапії, на основі якої запропоновано муніципальну програму перетворення Одеси на антиінфарктну зону [6].

Нагадаємо, що Б. Й. Цуканов пояснює, поглиблюючи погляди Гіппократа, вірогідний механізм « C -періодичності» процесу патогенезу хронічних неінфекційних хвороб таким чином. У кожного індивіда, відповідно до наявного у нього типу темпераменту, тобто « t -типу», в організмі існує так зване «місце найменшого опору», яке стає найвразливішим у кінці поточного великого біологічного циклу або поточної чверті. Оскільки за життя людина переживає ряд великих

біологічних циклів, то впродовж життєвого шляху індивід проходить ряд критичних вікових точок, в яких і «спостерігається симптоматика хронічних неінфекційних захворювань» [90, с. 162].

Вчений дає пояснення цього явища, пов'язуючи природу температури із біоенергетичними процесами в організмі людини. Він підкреслює, що ці процеси описуються законами термодинаміки відкритих систем, які далекі від рівноваги і обмінюються з оточуючим середовищем речовиною й енергією під час метаболічних циклів. З точки зору біофізики, основне завдання організму при цьому — зберегти себе у невірноваженому стані за рахунок відтоку ентропії в оточуюче середовище. «З точки зору термодинаміки метаболічних циклів, після здійснення одного обертання циклу через певний час система (живий організм) знову повертається у первісний стан... Якщо будь-який метаболічний цикл розглядати з позицій біоенергетичних характеристик (термодинамічний потенціал, ентропія системи), то організм дійсно повертається до первісного стану, тобто цикл є замкненим. Але якщо розглядати будь-який цикл життєдіяльності організму на «стрілі внутрішнього часу» (адже від початку циклу до його завершення пройшов час), то він не може бути замкненим, оскільки організм після завершення циклу вже буде в іншому стані. Будь-який біоенергетичний цикл має розгортку на «стрілі внутрішнього часу» організму, в якому початок і кінець циклу рознесено на тривалість його періоду. За цей період в організмі здійснюється низка тих внутрішніх змін, котрі, якщо говорити про людину, призводять до того, що вона підросла, змужніла, дозріла, постаріла, що власне і виявляється у віковій періодизації» [90, с. 162–163].

Покажемо порядок розрахунку сингулярних фаз як небезпечних моментів загострення серцево-судинних хвороб для «чистого» сангвініка. Тривалість великого С-циклу вираховується для «чистого» сангвініка (тау-тип 0,8 сек) за формулою $C = 8,51 \times 0,8 = 6,8$ років. Момент настання фази сингулярності вираховується множенням показника С-циклу на число повних циклів, які фактично проживе людина. Так, «чистий» сангвінік з тривалістю С-циклу 6,8 років має графік розгортання фаз сингулярності у процесі життя у вигляді циклограми: 6,8 — 13,6 — 20,4 — 27,2 — 34,0 — 40,8 — 47,6 — 54,4 — 61,2 — 68,0 — 74,8 — 81,6 — 88,4 рр. (13 С-циклів) [див. також рис. 27]. Для того, щоб вирахувати момент настання загрози загострення, вірогідного передінфарктного або інфарктного стану для «чистого» сангвініка, доцільно розглянути місце віку людини на циклограмі. Так, якщо людині 70,0 років, то до наступної фази сингулярності залишилося 4,8 років

(вік 74,8 років). За цей час можна заздалегідь підготуватися до можливого виникнення або загострення хвороби серця і пережити його.

Доцільно, знаючи про небезпеку, завчасно звернутися до кардіолога або лягти у лікарню, профільний санаторій і прийняти курс медикаментозної підтримки здоров'я серця тощо. Час превентивної підготовки та поточної підтримки серця має охоплювати увесь вірогідний період до настання кризи. Водночас доцільно враховувати, що вираховування моменту фази сингулярності відбувається з певною помилкою, тому профілактичний період має бути достатньо тривалим — один-два місяці в обидві сторони від моменту фазової сингулярності.

Повторимо, що автор цих строк двічі скористався цією профілактичною процедурою, коли йому було 68 і 76,5 роки. На щастя, у першому випадку, у віці 33,6 років, суб'єктивно все обійшлося тільки сильними серцевими болями (хоча об'єктивно, за даними ЕЕГ, відбувся інфаркт міокарда), використанням валідолу і нітроглицерину — в додаток до призначеної кардіологом медикаментозної схеми. Звичайно, що в цей момент доцільним є консультативний контакт з кардіологом. У другому випадку нам довелося лягти у клінічне відділення Інституту кардіології імені М. Д. Стражеска, а пізніше у кардіологічний санаторій «Україна» у Ворзелі на Київщині..

У наведених вище двох випадках описані оптимістичні результати перебігу так званого контрольованого інфаркту міокарда. Частіше ж у віці 70–85 років спостерігається песимістична, трагічна картина. Вік 70–85 років часто зустрічається на цвинтарях у некрологах померлих. Наведений фазово-сингулярний аналіз перебігу власного життя доцільно покласти в основу особистого циклоїдного прогнозу завершення життєвого шляху, або його продовження за допомогою прийняття адекватних профілактичних заходів. Цікаво зазначити той статистичний факт, що середня максимальна тривалість життя в Україні дорівнює менше 70 років, тоді як у найбільш розвинутих країнах вона сягає зараз 84–85 років, що знаходиться в межах отриманих нами вище за Б. Й. Цукановим розрахунків для найбільш численних типологічних груп — сангвіноїдної (44%) та меланхоліної (29%). Але цю фазу успішно долають в Україні та світі десятки і сотні тисяч довгожителів.

Профілактика серцево-судинних захворювань ускладнюється також наявністю інших хронічних хвороб. Але і в цьому випадку можливе вираховування наступу загострення хворобливого стану і навіть — летального фіналу. Учні Б. Й. Цуканова повідомили авторові про той факт, що професор точно визначив момент своєї смерті

25 грудня 2007 року на 61 році життя (у віці 60,3 років). Причиною цього стала гостра психодинамічна неконгруентність професора, про що автор цих строк повідомив професорові за пів-року до його відходу у вічність, але було вже запізно, оскільки патогенна неконгруентність набула незворотного характеру і перейшла у летальну фазу...

Отже, тау-тип, великий С-цикл, фаза сингулярності та інші використовувані за ученням Б. Й. Цуканова покажчики мають незаперечний нормативний характер, про який треба добре знати клієнтам і теоретичним та практичним психологам.

Успішність здійснення запропонованої схеми консультування і корекції поведінки значною мірою залежить від дотримання методологічних умов, що представлені у вихідних принципах, концепції психологічної структури особистості, процедурі проведення комплексного психодіагностичного обстеження та концептуальної інтерпретації даних, напрямках розробки і здійснення програми корекції й компенсації патогенної психодинамічної неконгруентності особистості клієнта, послідовності й якості виконання усіх етапів роботи. Розглянемо ці умови і рекомендації докладніше.

1. Вихідні методологічні принципи виконують важливу роль визначення основних напрямків руху консультативного процесу, формування ключових аспектів концептуальної готовності до його здійснення, тому необхідно ретельно засвоїти ці принципи.

2. Концепція тривимірної, поетапно конкретизованої психологічної структури особистості виконує роль «магічного кристалу», за допомогою якого організовуються змістовне розуміння особистості та її підструктур з конкретним психодинамічним потенціалом, логічне структурування методів психодіагностичного комплексу, порядок концептуальної інтерпретації масиву психодіагностичних даних, виявлення конгруентності чи неконгруентності, шляхів її корекції та компенсації, гармонізації розвитку особистості.

3. Запропонована схема консультування неможлива без комплексної полідіагностики особистості за певним планом, що визначається структурою особистості; при цьому принциповим є використання об'єктивного методу визначення типу темпераменту та відповідної теорії темпераменту Б. Й. Цуканова в контексті запропонованої нами концепції структури особистості; однак використання одного методу визначення типу темпераменту для виявлення психодинамічної неконгруентності недостатньо — слід перейти від монодіагностики до полідіагностики особистості за її структурою.

4. Концептуальна інтерпретація масиву психодіагностичних даних передбачає прийняття чіткої позиції щодо визнання темпераменту природженою, сталою властивістю особистості (всупереч протилежній думці деяких психологів про те, що темперамент змінюється впродовж життя — при цьому змішується темперамент і характер); слід пам'ятати, що конгруентні прояви психодинамічних параметрів інших базових властивостей зосереджуються в зоні середніх значень для презентативної вибірки, а неконгруентні — виходять за межі цієї зони в обидві сторони, утворюючи пролонговану чи інверсійну неконгруентність із вірогідними патогенними психосоматичними наслідками, що пропорційні розміру відхилення від середньої зони; необхідно накопичувати власний статистичний досвід психодіагностики та інтерпретації даних обстеження властивостей особистості клієнтів з різними типами темпераменту та відхиленнями у психічному і фізичному здоров'ї.

5. Розробка програми психологічної корекції та компенсації різновидів психодинамічної неконгруентності має базуватися на їх ідентифікації за запропонованою класифікацією, на виявленні власних засобів особистості щодо корекції та компенсації, які слід або зберегти, або відкорегувати, або додати до них засоби із рекомендованого в роботі переліку амортизаторів.

6. Слід перевіряти ефективність консультування через зворотній зв'язок із клієнтом і в разі необхідності повторювати весь консультативний цикл і закріплювати позитивний результат.

7. Необхідно пам'ятати, що запропонована схема консультування не є панацеєю, універсальним засобом вирішення всіх особистісних проблем клієнта, вона стосується саме психодинамічних проблем у тому розумінні цього терміну, який визначає силу, інтенсивність, працездатність, рухливість, швидкість, темп, циклічність нервових процесів, що лежать в основі психічних якостей, станів, властивостей особистості. Тому слід зіставляти можливості даної технології з іншими психотерапевтичними практиками і встановлювати доцільні взаємозв'язки між ними при розв'язанні особистісних проблем.

Наведені вище дані можуть бути покладені в основу психологічної профілактики існуючих хронічних захворювань людини, зокрема кардіопсихологічної профілактики. Остання може бути уточнена на основі проведення додаткових досліджень із залученням до них психологів, медиків та педагогів.

8. ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ВАЖКИМИ СТРЕСАМИ — ПАТОГЕННИМ ДИСТРЕСОМ ТА ЛЕТАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМ ТРИСТРЕСОМ — ЯК ГОЛОВНИМИ ЧИННИКАМИ СЕРЦЕВИХ ПОРУШЕНЬ І ХВОРОБ

За даними наших спостережень і опитувань клієнтів, в екстремальних ситуаціях (соціальні, сімейні та кримінальні конфлікти, природні та технічні катастрофи, війна тощо) виникають важкі стресові стани, під впливом яких ускладнюється, деформується поведінка і діяльність, відбуваються серйозні порушення у функціональних станах і здоров'ї людини. Виникає проблема важкого стресу. Разом з цим доцільно розглядати стрес у його модальних, темпераментальних та загальних різновидах. Так, модальні стреси доцільно класифікувати в рамках тривимірної, поетапно конкретизованої психологічної структури особистості — за її соціально-психолого-індивідуальним, діяльнісним та розвивальним вимірами [58; 59; 61; 63].

За підструктурами соціально-психолого-індивідуального виміру особистості, такими як духовність, психосоціальність, спілкування, спрямованість, характер, самосвідомість, досвід, інтелект, психофізіологія, психосоматика, психогенетика, можуть бути виділені такі модальні стресори та стреси особистості, як: **духовно-ціннісний дисбаланс між нормальними гуманістичними цінностями та екстремальними, зокрема негативними, варварськими проявами, зокрема в умовах правопорушень або військових дій; психосоціальний мега-конфлікт, гіперстресор; обмеженість і деформованість спілкування; мотиваційна та смислова фрустрація; акцентуації, несумісність в особистості альтернативних рис характеру; дерефлексія тоді, коли вкрай необхідна рефлексія; недостатня компетентність, неграмотність; когнітивний дисонанс, дефіцитарність і помилковість інтелекту; міжтемпераментальна боротьба та психодинамічна неконгруентність з властивими кожному типу темпераменту видами стресу; психосоматичні порушення дисбалансу між духом, душею і тілом і психогенетичні дисгармонії у сфері взаємодії інстинктів з психологічними новоутвореннями.**

Приміром, темпераментальні стреси виникають у представників різних типів темпераменту в умовах психодинамічної неконгруентності та міжтемпераментальної взаємодії, боротьби, про що говорилося у попередніх розділах. Холероїдному типу темпераменту властивий

так званий стрес імпульсивності, неорганізованості, стрес прожективності. Для сангвінічного типу — це стрес незадоволених амбіцій. Для врівноваженого — стрес порушеного балансу в умовах взаємодії в одному серединному типі стресу протилежних впливів. Для меланхолійного типу домінуючим стресом є гостра тривога і перенапруження, виснаження обмежених фізичних та психічних ресурсів. Флегматичному типу притаманний, як правило, стрес цейтноту. Стреси психодинамічної неконгруентності утворюються при неадекватних співвідношеннях між конкретним типом темпераменту та згаданими вище підструктурами — це стреси невідповідних одне одному за психодинамікою, з одного боку, типів темпераменту, а з іншого — духовності, психосоціальності, спілкуванню, спрямованості, характеру, самосвідомості, досвіду, інтелекту, психофізіології, психосоматики, психогенетики (інстинктів і рефлексів) тощо.

Спеціалісти виділяють також латентний і відкритий, легкий і важкий стреси, а також — управлінський, інформаційний, емоційний, комунікативний та професійний стрес [93, с. 9–12]. За своїм масштабом стрес може бути ситуаційним і тимчасовим та генералізованим і хронічним [93, с. 13].

Разом з тим, у загальному плані, за інтенсивністю, тривалістю і наслідками в кожній формі модального — темпераментального, емоційного, інформаційного стресу, можливо виділити загальні ознаки і такі порівняєві його прояви, як субстрес, власне стрес, дистрес та тристрес. Свою роботу фундатор учення про стрес Г. Сельє назвав «Стрес без дистресу» [65], чим показав відмінність нормального стресу від аномального патогенного дистресу. Виходячи з цього ми розглядаємо в нормальних і екстремальних, зокрема воєнних умовах, чотири виду стресу.

СУБСТРЕС: це стан звершеного, адаптованого і автоматизованого, латентного стресу, адаптаційного синдрому. Субстрес включений у процес звичного інтелектуального, сенсорного, перцептивного сприйняття неперервних змін в оточуючому і внутрішньому середовищі, до яких вже відбулася адаптація; в цьому випадку маємо приклади завершеної адаптації до змін і відпрацьовані схеми нетривожного, хоча іноді й легко проблемного, ставлення до змін; механізми стресу при цьому перебувають у стані чергування, очікування значущих змін і готовності до нових актів адаптації.

СТРЕС: стан сприйняття неочікуваних і мало знайомих неперервно-епізодичних змін у середовищі, який характеризується Г. Сельє в

його уявленні про адаптаційний синдром [65] — помірною тривогою від нового стресора і невизначеності змін у середовищі; конструктивним опором, захистом від цих змін, певною мобілізацією, напруженням; витратою сил і виснаженням ресурсів з наступною релаксацією, відтворенням нормального стану — і власне психологічною адаптацією та реконструктивним відновленням функцій організму й особистості на новому рівні нормалізації життєдіяльності. Уявлення Г. Сельє має бути доповнене механізмом психологічної адаптації до нової ситуації за Ж. П'яже, тобто асиміляцію та акомодацию як функції інтелекту з його логічними і творчими, прямими та оборотними діями. Уявлення Г. Сельє і Ж. П'яже про адаптацію доповнюють одне одного і їх доцільно об'єднати в одну формулу: тривога-опір-виснаження-асиміляція-акомодация з інверсійними операціями інтелекту.

ДИСТРЕС: в цьому випадку діє потужний стресор, що визиває страх, переляк, жах перед важко переборюваними небезпечними змінами, які набувають форми важкого понадстресору; адаптаційний синдром містить водночас опір, спротив, захист, стеничну (реконструктивну, мобілізуючу) або астеничну (деконструктивну, уникаючу) реакції на важко здоланні або нездоланні зміни, емоційне (професійне) вигорання, психологічну травму або, навпаки, загартовування організму та психіки; це, як правило, патогенний подвійний дистрес (від зовнішнього дистресора і від спричиненого ним важкого стану), що визиває порушення функціонування організму, загострення хронічних хвороб або виникнення нових патологій (стан між здоров'ям і хворобою, акцентуація) та необхідність звернення до реконструктивного оздоровчого відновлення особистості на основі неповних, малоефективних інтелектуальних операцій асиміляції (засвоєння, включення у досвід), акомодатії (зміни, розвитку організму та особистості) та оборотності (інверсивного повернення до стартових здорових позицій, стадій та відштовхування від них в ході відновлення) тощо. Внаслідок дистресу виникають, загострюються, фіксуються патогенні відхилення і хвороби, особливо — кардіологічні.

ТРИСТРЕС: це понадмежовий, катастрофічний або воєнний, понадважкий стресор (приміром, землетрус, повінь, важкі поранення внаслідок обвалів, стрілянини або вибухів), що визиває шок, біль від екстремального, інтенсивно-імпульсивного, небезпечного для життя конфлікту або бою як потрійного гіперстресора. Водночас найчастіше здійснюється втеча і переховування від смертельно небезпечних змін, реальної або уявної летальної загрози; проходить виснажуюча

мобілізація всіх захисних можливостей особистості, в тому числі — від серцевого нападу, інфаркту, а також медичні спроби виживання, боротьби за життя з використанням останніх життєвих ресурсів, лікування поранення та психотравми, що завершується інвалідністю або смертю. В такому випадку здійснюються спроби відтворення, відновлення організму і особистості на постравматичному, летально небезпечному рівні життєдіяльності (стан між життям і смертю) — шляхом асиміляції та боротьби із гіперстресором у внутрішній сфері організму та особистості — активізація, концентрація власних та сторонніх (медичних) ресурсів виживання на фоні ураження, в тому числі і через акомодативну мобілізаційну активність, пошук додаткових резервів організму та особистості, оборотне інверсивне інтелектуальне повернення до попередніх станів нормальної життєдіяльності як останніх плацдармів виживання, з надією на життя тощо. Тристрес, поряд із вибухоподібною воєнною формою, у своїй хронічній формі носить акумуляційний характер, коли відбувається в умовах довготривало діючих катастроф або воєнних дій. Як варіант може здійснюватися тривале накопичення патогенних дистресових ефектів, які при досягненні критичної фази може розряжатися у вигляді нестримного кумулятивного процесу з вибухоподібною ланцюговою летальною реакцією; це відбувається при досягненні певного рівня сумації дистресових ефектів, або при повторній дії смертельних факторів природної катастрофи або бою.

Взаємодія важких видів стресу (дистресу та тристресу) з нормальним субстресом та стресом відбувається шляхом переходу від важких видів до нормальних, що встановлює рівновагу між ними, тобто певну **екологію стресу**! Наслідком такого переходу є адаптація, загартовування, звикання організму до змін. Якщо ж такого переходу не відбувається або він затримується на стадії дистресу і тристресу, то відбувається патологізація або леталізація організму. Цей процес виявляється у погіршенні фізичного і психічного здоров'я, дезорганізованості поведінки й діяльності, негативних змінах внутрішнього стану — понадзбудженні або депресії, синдромі «хронічної перевтоми», трудоголізмі, емоційному вигоранні і закінчується хворобою або смертю [93, с. 12–14].

В останніх двох випадках, дистресу і тристресу, виникає **гостра проблемна стресова ситуація**, яка має такі напрямки розв'язання, що загальновідомі у психології.

1. **Десенсибілізація стресора, катарсис**, зниження негативного впливу інтенсивного і хронічного стресу, збільшення порогу його

сприймання, краще усвідомлення його через асоціювання зі знайомими видами стресу тощо.

2. Актуалізація засобів опору негативній дії стресору, вибір і застосування **адекватних психологічних захистів** від стресової тривоги (заперечення, регресії, сублімація, компенсація, інтелектуалізація, зміна якості афектів, екранування тощо), вибудова бар'єрів на шляху його дії, реорганізація впливу на його зміст і структуру, активна протидія важкому стресорові.

3. Використання, з метою відтворення, відновлення виснаженого стану організму і особистості, методів **неперервної періодичної релаксації**, медитації, фізичного та психологічного відпочинку, аутотренінгу, немедичної психотерапії, переключення уваги на інші види діяльності, налагодження сну тощо.

4. Прийняття, усвідомлення важкого стресору як такого, що має певні **негативні і водночас позитивні аспекти**, збагачує власний досвід, асимілює, засвоює його, розширює компетентність через розробку плану трансформації, акомодатії власної особистості, нормалізації, відновлення її життєдіяльності, професійної діяльності і соціальної поведінки до рівня нової нормальності.

5. Адаптаційний синдром, тобто за Г. Сельє стрес, включає три фази реагування цілісного організму на новий стимул — **тривогу, опір, виснаження**. Але ця адаптаційна реакція суб'єкту включає також когнітивний, інтелектуальний процес. За Ж. П'яже, інтелект як адаптаційний процес при сприйманні нового подразника реалізує як мінімум три складові, як — **асиміляція** (включення нового стимулу у власну когнітивну схему, **акомодатія** (трансформація когнітивної схеми під впливом нового подразника) та **обертання, повернення** суб'єкта до вихідного, але вже оновленого, адаптованого стану. В цей адаптаційний процес включаються усі інтелектуальні процеси — когнітивні установки, увага, сприймання, пам'ять, мислення, уява, уявлення, інтелектуальні емоції. Тому загальна формула адаптаційно-стресового синдрому включає всі перераховані фази, такі як **тривога, опір, виснаження, асиміліція, акомодатія, обертання**. Інакше кажучи, стрес є адаптаційно-інтелектуальним процесом і робота з важкими його формами передбачає використання суб'єктом інтелектуальних процесів переробки нової інформації.

6. Логічним в цьому плані є розгляд **адаптації як творчого процесу**, що має справу з породженням нових ідей, образів, уявлень. Завдяки творчості суб'єкт адаптується до взаємодії з породжуваним ним

новим світом. **Стрес виступає тригером**, стимулом, каталізатором творчого адаптаційного процесу. Має відбуватися творчий адаптаційний розвиток психіки, особистості за планом асиміляції, акомодатії та оновлення особистості через розв'язання проблемної стресової ситуації, усунення її суперечностей з використанням прямих та оборотних логічних операцій, стратегій, тактик і прийомів творчої діяльності. Один із засобів розвитку суб'єкту є творчий тренінг КАРУС В. О. Моляко, що діє на основі застосування творчих стратегій комбінування, аналогізування, реконструкції, універсальної та спонтанної [63]. Можуть використовуватися й інші методи творчої діяльності — мозковий штурм, стратегія семикратного пошуку, АРВЗ Г. Альтшуллера, синектика, морфологічний аналіз та ін. Корисним в цьому плані є асоціативне мислення — асоціації тотожності, сполучення у просторі та часі, контрасту, причиново-наслідкові, випадкові тощо, а також методи проблемного і превентивного адаптаційного навчання і виховання, самонавчання і самовиховання тощо.

7. Консультування з кваліфікованими психологами. Методи немедичної психотерапії в цих випадках мають сполучатися з методами медичної психотерапії [69; 70]. Водночас варто також враховувати, що предметна діяльність, як основа професійної діяльності (мотив-предмет-мета-метод-емотив), має взаємодіяти з адаптаційною діяльністю, завдяки якій здійснюється перехід від важких видів стресу до його помірних, нормальних і автоматизованих форм. Більш складним завданням відтворення якості життєтворчої, професійної діяльності ураженої дистрессами та тристрессами людини є управління на кожному віковому етапі життя людини такими видами її синергетичного розвитку, як визрівання, засвоєння, формування, відновлення, рефлексивний, креативний саморозвиток та інволюційний розвиток. Для клієнтів кардіологічного профілю актуальним є застосування психологічних профілактичних і корекційних заходів, описаних у попередніх та наступних розділах. Разом з тим, поступово визначаються нові підходи.

8. Розробка і впровадження спеціальної антистресової програми, що передбачає оволодіння психотехніками регулювання емоційного стану та його нормалізацію шляхом виконання системи адаптаційних вправ і формування здорового способу життя [93]. Ми можемо говорити, в цьому зв'язку, також про важливу роль інтелектуального, творчого способу життя в цій програмі. Антистресова програма має бути складовою спеціальної кардіопсихопрофілактичної програми запобігання серцевих хвороб [4; 17 та ін.].

У контексті учення Б. Й. Цуканова [90] доцільно розглядати проблему важкого стресу не тільки в так би мовити лінійному плані, як це робили Г. Сельє та Ж.П'яже, але і в циклоїдному плані. Адже стрес, як стан напруження (тривога, опір, виснаження, асиміляція, акомодация, інверсія) має також свою альтернативу, в якості якої виступає розслаблення, релаксація, демобілізація. Тобто, з одного боку, відбувається виснаження і патологізація через важкий стрес, а, з іншого боку, оздоровлення та реабілітація, що взаємодіють між собою в рамках закономірного коливального, циклічного процесу, що діє за принципом маятника. Ми маємо справу з природними функціональними коливаннями в людському організмі станів стресу і релаксації, напруження і розслаблення тощо. Цей циклічний процес є звичайним для організму, він відбувається як природно організований процес, тотожний іншим коливальним процесам в людському організмі, таким як активізація та гальмування, бадьорість і сон, мобілізація та розслаблення, використання та відновлення внутрішніх ресурсів тощо. Навіть серце працює усе життя як певний невтомний маятник, що пульсує, має фази скорочення і розширення, напруження та розслаблення, роботи та відпочинку, безупинної впродовж життя витрати та відновлення своїх енергетичних ресурсів. Теж саме можна сказати про легені, які працюють циклічно — на вдих і видих. В організмі людини функціонують десятки коливальних систем, починаючи від перистальтики кишковошлункового тракту до електричних коливань в мозку.

У цьому відображаються природні коливальні процеси, такі як день-ніч, зима-літо, а також похідні від них соціальні процеси — поведінка індивіда та соціуму, праця та відпочинок, війна та мир тощо. Ми можемо стверджувати, що за дія стресо-релаксаційного маятника є частиною складного функціонально-психологічного комплекс, за яким стоять величезні ресурси людського організму. Конкретним проявом цих ресурсів виступає відомий всім психологам позитивно-негативний почуттєво-емоційний комплекс, механізм регуляції активності людини, що виявляється в активуючому, оздоровчому, відновлюючому впливі позитивних емоцій і почуттів. А негативні емоції та почуття, навпаки, гальмують, придушують виявлення вказаних ресурсів. І особистості слід знати про дію цього механізму, допомагати йому і навіть свідомо підсилювати його ефективність, враховуючи його коливальну, циклічну природу.

9. ІДЕАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ СЕРЦЕВОЇ ОСОБИСТОСТІ ЯК СУБ'ЄКТА РЕЗИСТЕНТНОЇ, ОЗДОРОВЧОЇ ТА ГАРМОНІЙНОЇ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

В якості теоретичної основи для вирішення означеної в назві розділу проблеми ми використовуємо розроблювану нами впродовж більше 30 років тривимірну, поетапно конкретизовану психологічну структуру особистості [44; 57; 58; 59; 62; 63]. На основі цієї структури запропоновані профільні моделі особистості громадянина, управлінця, науковця тощо. Завдяки такій структурі можливе створення ідеальної моделі серцевої особистості та вивчення особливостей її суб'єктної взаємодії з оточуючим зовнішнім і внутрішнім світом, власною психікою. Ми вважаємо, що особистість значною мірою здійснює саморегуляцію власної життєдіяльності, в тому числі і серцево-судинної діяльності. Психологічно здорова особистість виступає передумовою нормально працюючого серця.

В особистості концентрується величезний соціальний потенціал людства. Недаремно академік Г. С. Костюк називав особистість «системою систем», яка має найскладнішу системно-психологічну побудову [63]. Тому психологи давно відчують потребу у системно-структурному уявленні про цей феномен. Вони виходять передусім з визначення категорії особистості. У процесі пошукової роботи у вітчизняній філософії, психології та педагогіці нами були виділені 48 теорій особистості [58; 62; 63]. Наведемо лише декілька її визначень, які містяться у складі цих теорій [58].

Г. С. Костюк (1899–1982): «Людський індивід стає суспільною істотою, особистістю в міру того, як у нього формується його свідомість і самосвідомість, утворюється система психічних властивостей, яка внутрішньо визначає його поведінку, робить його здатним брати участь у житті суспільства, виконувати ті чи інші суспільні функції. Від рівня розвитку цих властивостей залежить ступінь його можливої участі у створенні необхідних для суспільства матеріальних і духовних цінностей».

О. М. Леонтьєв (1903–1979): «Дослідження процесу породження і трансформації особистості людини в її діяльності, здійснюваній у конкретних соціальних умовах, і є ключем до її дійсно наукового психологічного розуміння».

О. М. Ткаченко (1939–1985): «Особистість — це «вершинний» рівень в ієрархічній структурі психіки людини, ... якісно новий спосіб організації поведінки, ... високий рівень взаємодії людини зі світом».

С. Д. Максименко (1941–2025), М. В. Папуча (1954–2024), К. С. Максименко (1984): «Особистість — це форма існування психіки людини, яка представляє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції, і має свій унікальний і неповторний внутрішній світ».

Контентно-частотний аналіз і синтез 48 визначень особистості вітчизняних філософів, психологів і педагогів дозволив побудувати рейтингову атрибутивну формулу особистості, в якій її суттєві властивості розташовані в закономірному порядку убудови частоти їхнього використання вітчизняними авторами як своєрідними експертами по даній проблемі.

Наведемо контент-частотну атрибутивну формулу особистості, в якій після кожного атрибуту в дужках записана частота його повторення у 48 визначеннях особистості [58]:

1. Соціальність (частота 37 повторень у 48 визначеннях). — 2. Самосвідомість, «Я-концепція» (28). — 3. Творчість (25). — 4. Духовність (24). — 5. Гуманізм (21). — 6. Життєвість (20). 7. Цінність і самоцінність, честь та гідність (18). — 8. Культурність (16). — 9. Розвинутість (16). — 10. Діяльність (14). — 11. Наявність сукупності, структури специфічних властивостей (14). — 12. Індивідуальність (12). — 13. Динамічність, мінливість (11). — 14. Поведінка, здатність до вчинку (10). — 15. Психологічність (10). — 16. Суб'єктність (9). — 17. Відносність (наявність відношень зі світом) (9). — 18. Формальність (8). — 19. Системність, інтегративність (8). — 20. Здатність до оволодіння, засвоєння світу (8). — 21. Вершинність (7). — 22. Свідомість (7). — 23. Якісність (6). — 24. Історичність (6). — 25. Організованість (6). — 26. Унікальність (5). — 27. Об'єктивність (5). — 28. Здатність до вирішення проблем на основі інтелекту, мислення, інтуїції (5). — 29. Колективність (5). — 30. Комунікабельність (5). — 31. Продуктивність, результативність (4). — 32. Світогляд (наявність поглядів, принципів, переконань) (4). — 33. Відповідальність (3). — 34. Наявність внутрішнього світу (3). — 35. Ідеальність (3). — 36. Матеріальність (3). — 37. Трансцендентальність (2). — 38. Антиномічність (1).

На основі діалектичного аналізу даного варіанту моделі можлива розробка ще однієї сукупної, тепер уже контент-частотної антино-

мічної формули особистості. Для цього треба логічно повернутися до контент-частотної атрибутивної формули і представити її в антиномічному вигляді. Водночас перші члени антиномій в такій формулі ми вибирали згідно з їх рейтинговим порядком наведення в контент-частотній атрибутивній формулі, а другі альтернативні члени — виявляли в цій же формулі або в загальному атрибутивному списку визначень (в тій їх частині, яка не увійшла до контент-частотної атрибутивної формули), або в тексті самих теорій особистості. Відповідний аналіз і синтез наявних даних дозволив розробити наступну контент-частотну антиномічну формулу особистості, в якій у квадратних дужках сумативно (через знак +) представлені впорядковані антиномічні пари (із зазначенням у дужках після кожного атрибуту частоти його наведення у визначеннях або теоріях особистості):

- [1. Соціальність (37) — 12.Індивідуальність (12)] +
- [2. Самосвідомість, «Я-концепція» (28) — 22.Свідомість (7)] +
- [3. Творчоскість (25) — Нормативність (1)] +
- [4. Духовність (24) — 36.Матеріальність (3)] +
- [5. Гуманізм (21) — Варварство (1)] +
- [6. Життєвість (20) — 18.Формальність (8)] +
- [7. Цінність і самоцінність, честь та гідність (18) — Індиферентність (1)] +
- [8. Культурність (16) — Природність (1)] +
- [9. Розвинутість (16) — Вродженість (1)] +
- [10. Діяльність, продуктивна здатність (14) — Поведінка, здатність до вчинку (10)] +
- [11. Наявність сукупності, структури специфічних властивостей (14) — Випадковий набір ознак (1)] +
- [13. Динамічність, мінливість (11) — Стабільність, стійкість (1)] +
- [15. Психологічність (10) — Біологічність (1)] +
- [16. Суб'єктність (9) — 27.Об'єктність (5)] +
- [17. Відносність (наявність відносин) (9) — Абсолютність (1)] +
- [19. Системність, інтегративність (8) — Сумативність, диференційованість (1)] +
- [20. Здатність до оволодіння, засвоєння світу (8) — 34.Наявність внутрішнього світу (3)] +
- [21. Вершинність (7) — Глибинність (1)] +
- [22. Якісність (6) — Кількісні характеристики (1)] +
- [24. Історичність (6) — Еволюційність (1)] +
- [25. Організованість (6) — Спонтанність (1)] +

- [26. Унікальність (5) — Звичайність (1)] +
- [28. Здатність до вирішення проблем на основі інтелекту, мислення (5) — Інтуїція (1)] +
- [29. Продуктивність діяльності (4) — Результативність поведінки (1)] +
- [29. Колективність (5) — Автономність (1)] +
- [30. Комунікабельність (5) — Аутичність (1)] +
- [32. Світоглядність (наявність поглядів, принципів, переконань) (4) — Обмеженість, поверховість сприйняття і розуміння світу (1)] +
- [33. Відповідальність (3) — Беззвітність (1)] +
- [35. Ідеальність (3) — Реальність (1)] +
- [38. Антиномічність, багатополарність (діалектичність) (2) — Мономірність, однополарність (метафізичність) (1)]...

Слід підкреслити, що в антиномічній контент-частотній формулі дійсно втілюється діалектичний підхід з його законами єдності та боротьби (врівноваження) протилежностей, заперечення заперечення та переходу кількісних змін у якісні. В даній формулі втілюється також і метафізичний підхід, для якого властиві феноменальний якісно-кількісний, вершинний та глибинний, опис і прояв сутнісних сил, ресурсів особистості. Якщо особливості прояву і дії в особистості законів першого підходу очевидні, то характер і вплив вершинних та глибинних властивостей особистості можна відмітити у таких антиноміях, як «соціальність-індивідуальність», «ідеальність-реальність», «історичність-еволюційність» тощо.

До вказаної антиномічної формули можна додати й інші парні антиномії, що притаманні вищенаведеним визначенням особистості. Значення такої контент-частотної антиномічної формули полягає, по-перше, в тому, що особистість характеризується в ній у всій своїй складності, нелінійності, релятивності, за допомогою своєрідних змістовних дихотомічних квантів, що дещо полегшує її розуміння, а по-друге — відразу ж, вже на етапі свого первинного визначення, представляє її як таку, що має в собі протиріччя, тобто природні й штучні детермінанти розвитку і саморозвитку, функціонування і разом з тим — вказує крайнощі, в межах яких можливе узгодження, врівноваження її протилежних ознак. А це, як відомо, відповідає теоретичним і методологічним положенням вітчизняної психології, що визнає протиріччя джерелом розвитку й діяльності психіки й особистості. Про це неодноразово заявляли такі відомі психологи, як С. Л. Рубінштейн, О. М. Леонтьєв, Г. С. Костюк та ін. [63]

Особистість «за антиномічним визначенням» насичена різноманітними протиріччями, розв'язаними або не вирішеними, врівноваженими або розбалансованими, знятими або незнятими, конструктивними чи деструктивними, що розвивають або гальмують її розвиток і т. д. Ці протиріччя і рівноваги виступають предметом теоретичного дослідження проблеми особистості або вирішення проблем особистості засобами практичної психології. Водночас перший, більш рейтинговий член кожної антиномії у формулі свідчить про те, що протиріччя вирішуються у розвитку та діяльності особистості в цілому на її користь, а перші пари усього ланцюга антиномій є домінуючими в цьому відношенні над наступними парами в особистісно орієнтованій роботі психологів і педагогів. Дані протиріччя можуть виступати чинниками функціональних проблем, відхилень і хвороб особистості, в тому числі і серцевих.

Можна стверджувати також, що в антиномічному розумінні особистості фіксуються теоретичні і практичні протиріччя, єдність теорії і практики психології і педагогіки. Разом з цим деякі антиномії ще недостатньо або зовсім не засвоєні практичними психологами, що звужує перелік методів вирішування проблем конкретної особистості. Це особливо відноситься до роботи з обдарованою, талановитою особистістю, суперечливість, діалектичність розвитку якої часто буває більш виразною, ніж у звичайної особистості. Дійсно, в перелік проблем такої особистості, так би мовити, просяться такі антиномії, як індивідуальність — божественна творча сила; збереження — порятунок життя на основі самопожертви; прагнення до максимально повного розвитку своїх духовних сил — духовний занепад їх; багатство обдарованості в одному напрямку — бідність примітивності в іншому; ідеальна — реальна особистість; суспільне визнання — автономність існування; різнобічність — однобічність розвитку особистості; наближення — і віддалення до суттєвого в собі і т.п.

Як видно із порівняльного аналізу представлених атрибутивної та антиномічної контент-частотних формул особистості, вони переплітаються між собою, збагачують один одного і утворюють певну концептуальну призму, через яку можна краще зрозуміти сутність особистості та практично використовувати це розуміння як певний еталон, ідеал, спільну мету психолого-педагогічної роботи з розвитку особистості в процесі соціалізації, життєвого і професійного самовизначення тощо. Це дозволяє краще описати різні типи особистості, зокрема професійні, громадянські, валеологічні, зокрема серцевий тип особистості.

На основі даних формул можлива розробка певного особистісного підходу в освіті, виробництві, медицині. Разом з тим, доцільно також використовувати більш систематизовані особистісні орієнтири, в якості яких в наших дослідженнях виступає, системно-структурне уявлення про особистість. Таке уявлення відповідає системно-структурному методологічному принципу психології, за яким психіка людини є складною системою взаємопов'язаних елементів, котрі розглядаються як складові єдиного цілого. Психіка (а особистість людини утворює її найрозвинутішу форму), виступає як особлива відкрита система із прямими та зворотними зв'язками із оточенням. На кожному рівні детермінації психіка ввімкнена в регуляцію взаємодії суб'єкта з широкою біологічною системою (на рівні організму), з соціальною системою (на рівні індивіда), із створюваними культурно-історичними цінностями суспільства та предметами світу (на рівні особистості) [57, с. 52].

Прикладом такого особистісного орієнтиру можна вважати тривимірну, поетапно конкретизовану психологічну структуру особистості (Рибалка В. В., 1989–2023 рр.). У побудові даної структури автором враховувалися погляди на особистість О. Ф. Лазурського, С. Л. Рубінштейна, О. М. Леонтьєва, Ф. Лерша, О. Ш. Кульчицького, Г. С. Костюка, Б. Г. Ананьєва, К. К. Платонова, Б. Ф. Ломова, Б. О. Федоришина, С. Д. Максименка, В. Ф. Моргуна, Г. О. Балла, М. Й. Боришевського, І. Д. Беха, Ю. З. Гільбуха, В. О. Моляко та інших психологів [63].

Концепція передбачає п'ять етапів конкретизації та три виміри психологічної структури особистості.

1. На першому етапі конкретизації категорія «особистість» характеризується максимальним ступенем узагальнення своїх атрибутів в одному визначенні.

2. На другому етапі вона презентується через три взаємопов'язані категоріальні виміри — соціально-психолого-індивідуальний, діяльнісний та розвивальний.

3. На третьому етапі конкретизації три виміри диференціюються на підструктури, компоненти та рівні розвитку:

Перший вимір (І) — соціально-психолого-індивідуальний, «вертикальний», з притаманними йому підструктурами властивостей особистості, тобто її базовими здібностями, такими як: духовність, психосоціальність, спілкування, спрямованість, характер, самосвідомість, досвід (компетентність), інтелект, психофізіологія, психосоматика, психогенетика (див. далі на рис. 33 1А-1.Л).

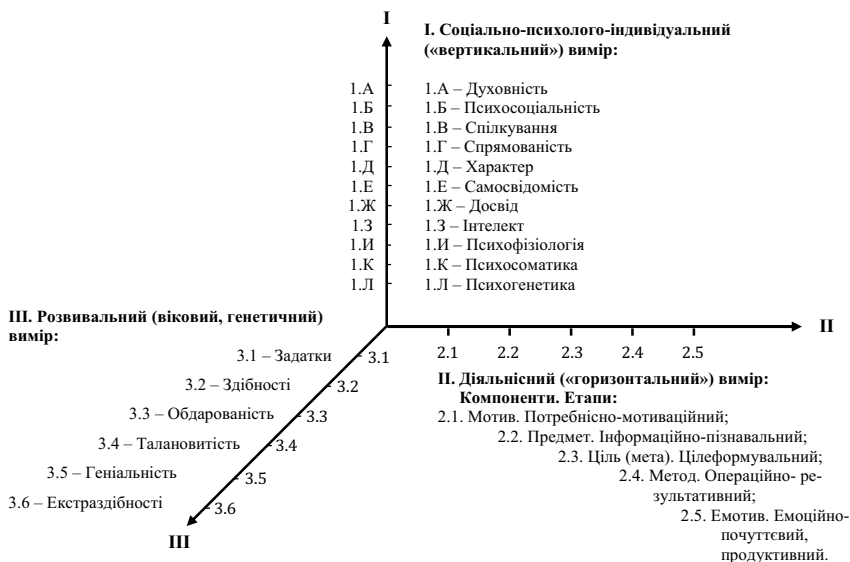


Рис. 33. Тривимірна поетапно конкретизова психологічна структура особистості на третьому етапі конкретизації

Другий вимір (ІІ) — діяльнісний, «горизонтальний», який диференціюється на відповідні компоненти або етапи діяльності: потребнісно-мотиваційно-смысловий (мотив), інформаційно-пізнавальний (предмет), цілеутворювальний (мета), операційно-результативний (метод), емоційно-почуттєвий (емотив) (2.1–2.5).

Третій вимір (ІІІ) — розвивальний, «діагональний», генетичний, віковий, що характеризує рівні розвитку вказаних у перших двох вимірах властивостей та діяльнісних компонентів особистості — це такі рівні, як: задатки, здібності, обдарування, талант, геніальність, екстраздібності тощо (3.1–3.6).

Вказані три виміри доцільно розглядати як єдину систему базових категоріальних параметрів цілісної психологічної структури особистості. Засобом їхнього поєднання в систему взаємопов'язаних параметрів особистості ми обрали ортогональний принцип, згідно з яким у фізиці та математиці цілісно співвідносяться між собою три виміри простору. Однак, у психологічній структурі особистості він використовується не у строго математичному сенсі, а як певний спосіб встановлення і презентації внутрішніх системних взаємозв'язків між базовими елементами моделі особистості. За цим принци-

пом, кожен елемент психологічної структури особистості відчуває системні впливи та системно поєднує в собі функції як мінімум трьох основних типів — соціально-психолого-індивідуального, діяльнісного та розвивального (генетичного, часового, вікового), що відповідають трьом базовим вимірам особистості. Разом вони утворюють єдиний, цілісний психологічний простір особистості. Число вимірів може перевищувати представлений у даному варіанті структури. Так, професор А. Г. Шевцов запропонував додати до запропонованих нами трьох ще четвертий вимір, який він назвав валеологічним. Це відкриває можливість кардіологічної характеристики особистості, що ми намагаємося здійснити в цьому розділі — описати особистість конкретного профілю, зокрема серцевого.

На четвертому етапі конкретизації тривимірна психологічна структура особистості представлена у вигляді таблиці, матриці, в якій деталізуються підструктури першого, соціально-психолого-індивідуального, та компоненти другого, діяльнісного, виміру особистості в період її зрілості, тобто третій вимір опускається (58).

На п'ятому етапі конкретизації здійснюється подальша деталізація властивостей особистості, що презентується у вигляді профільних карт, моделей особистості. Так, нами запропоновані відповідні моделі громадянина (162 властивості), вченого (145 властивостей), менеджера (350 властивостей) тощо [44; 62]. Логічним продовженням цієї роботи є розробка ідеальної психологічної моделі серцевої особистості. Ми робимо в цьому плані перші кроки, спираючись на наявну наукову кардіологічну інформацію. Використовуємо ми також багату презентацію серця в українському словнику, в якому наводяться такі слова зі спільним коренем «серце», як «сердечний», «сердце», «серденько», «серцевий», «сердюк», «сердушка», «сердешний», «розсердити», «сердити», «сердитися», «з-серця», «із-серця», серцевина, «спересердя», «передсердя», «пасердя», «осердя» тощо. Задум нашої роботи передбачає використання тривимірної психологічної структури особистості в якості основи розробки ідеальної моделі серцевої особистості.

Як на наш погляд, актуальними є питання уточнення класичного методологічного *icj,bcnsyjuj* підходу, в якості якого нами пропонується особистісно-суб'єктний підхід. Цей підхід може бути утворений шляхом інтеграції особистісного підходу [59] з різними варіантами суб'єктного підходу — суб'єктно-діяльнісного (С. Л. Рубінштейн) [див. у 79]), суб'єктно-вчинкового (В. О. Татенко) [79] та суб'єктно-

цивілізаційного (С. І. Пирожков, Н. В. Хамітов) [47] підходів. Особистісно-суб'єктний підхід має значно більшу спрямованість на вершинні, акмеологічні досягнення людини у різних галузях життєдіяльності, зокрема і валеологічної, яка характеризується здатністю працювати в екстремальних умовах перебігу і подолання хвороби.

Для здійснення інтеграції особистісного та суб'єктного підходів ми спираємося на тривимірну, поетапно конкретизовану психологічну структуру особистості [44; 59; 62]. Розглянемо особистісні властивості серцевої особистості, необхідні їй як суб'єкту гармонійної, оздоровчої діяльності, у вигляді систематизованого за даною структурою переліку властивостей за трьома вимірами: I — соціально-психолого-індивідуальним; II — діяльнісним та III — розвивальним [58]. Унікальність цих властивостей охарактеризована у наукових роботах та у словнику української мови. Слід також зазначити, що найближче до цієї моделі стоять пацієнти кардіологічного профілю та лікарі-кардіологи:

I. За соціально-психолого-індивідуальним виміром вказані кардіологічні тенденції та ресурси виявляються у таких підструктурах особистості, як **духовність, психосоціальність, спілкування, спрямованість, характер, самосвідомість, досвід, інтелект, психофізіологія, психосоматика, психогенетика**. За діяльнісним та розвивальним виміром далі будуть розглянуті особливості діяльності та розвитку серцевої особистості як суб'єкту функціонування, здійснення оптимальної нервової регуляції серцево-судинної системи.

Так, в межах підструктури **духовності**, для серцевої особистості притаманна така властивість, як **милосердя**, за якою стоїть духовна, моральна, естетична **цінність серця** для самої людини та суспільстві. Тобто на першому місці постає гуманістична цінність серця, милосердя людини, любосердя, добросердя, що необхідні для духовного захисту серця в умовах неоднозначності розвитку цивілізації. Історично це добре усвідомлювалося Кетрін Маколі під час заснування у 1831 році в Дубліні католицької жіночої конгрегації монахинь — сестер милосердя. Основною духовною місією сестер милосердя стало допомагати бідним людям, любосердно нести їм добро. Пізніше, в період другої світової війни склався інститут медичних сестер **милосердя**, які стали в буквальному сенсі першими захисниками серця жертв війни, адже саме на серце націлена зброя воюючих сторін.

Духовна сфера, підструктура **духовності** як вищий інтегративний рівень соціально-психолого-індивідуального виміру структури

особистості, відіграє вирішальну роль у житті людини. Водночас духовні цінності (світоглядні, етичні, естетичні, релігійні тощо) постають гуманістичними підґрунтям милосердя.

Екзистенційні, етичні та естетичні цінності — відповідного наукового світогляду, життя, людини, віри, надії, любові, істини, краси, добра, свободи, здоров'я — утворюють координати буття серцевої особистості, вони є її основним духовним ресурсом, мобілізують і самоактуалізують серцеву особистість під час нормальної життєдіяльності та хвороб серця.

Отже, **ключовою духовною властивістю серцевої особистості доцільно вважати милосердя, дух серця, любосердя, добросердя. Завдяки цьому постає милосердна особистість з серцем як центром її духовного життя.**

На рівні підструктури **психосоціальності** на першому місці у характеристиці серцевої особистості постають **велике серце, всеохоплююче серце, великосердя, конкордантність, з-сердя**. Найкращі умови для прояву і розвитку цих властивостей утворюють міцні дружні міжособистісні зв'язки, справедливий спосіб соціального життя особистості. Приміром, в деяких країнах з високими моральними цінностями буття — Хунзакутії, Японії, Швейцарії, Швеції та ін. — створена особлива психосоціальна конкордантна атмосфера, вироблена відповідним історичним суспільним досвідом традиція становлення найкращих умов для життєдіяльності великого здорового серця.

Порушення нормальних соціальних зв'язків, групової інтеграції, певна десоціалізація особистості, зростаюча дистанційність соціальних зв'язків, опосередкованість, віддаленість суспільних взаємостосунків, автономізація соціального існування людини всередині суспільства, особливо під час війни, — все це звужує соціальний «розмір» серця, породжує певну відчуженість між людьми, хоча в окремих локусах соціуму можуть визрівати тенденції до корпоративності і солідарності на ґрунті патріотизму тощо.

Серцевій особистості можуть бути властиві своєрідні соціальні ролі духовних, моральних лідерів, творців нових поведінкових, вчинкових досягнень, авторів власних перемог і рекордів, хазяїв власної долі, що дають їй можливість зайняти гідне місце у товаристві, суспільстві, цивілізації, набути високого фізичного і психологічного потенціалу цивілізаційної моральної суб'єктності заради індивідуального та суспільного успіху;

В умовах миру складаються такі риси серцевої особистості, як **між-сердя, інтер-сердя**, що забезпечують найкращі можливості для демократизації громадянського суспільства як інституту прямої демократії, про які треба добре знати і якими треба вміло користатися великому серцю.

Ключовою властивістю психосоціальності серцевої особистості виступає велике серце, великосердя, між-сердя, інтер-сердя, конкордантні риси великосердної людини.

На рівні підструктури **спілкування**, для серцевої особистості необхідною є **широсердність**, що може бути інтерпретоване як чесність і відкритість до діалогу і забезпечується кардіораціональним гуманістичним спілкуванням. Широсердність властива, приміром, універсальному раціогуманістичному діалогу Г. О. Балла [63], в основу якого ним покладені такі діалогічні універсалії, як повага до партнера зі спілкування, прийняття партнера таким, яким він є і водночас орієнтація на його найвищі реальні та потенційні досягнення, повага до себе, **конкордантність**, толерантність, розширення і збагачення культурного поля, в якому діє і живе особистість партнерів зі спілкування. Відмітимо в цьому рядку таку серцеву властивість особистості, як саме конкордантність, тобто згоду, єднання, резонанс сердець спілкуючих.

Широсердній серцевій особистості властива відкритість до діалогу з людьми та до широкої суспільної мультиперсональної комунікації через усну, літературну та онлайн форми.

Ключовою властивістю комунікаційності серцевої особистості слід вважати широсердність, конкордантність, тобто згоду, резонанс сердець партнерів по спілкуванню. Серцева особистість виступає як широсердна, конкордантна людина.

На рівні підструктури **спрямованості** для серцевої особистості властива **кордоцентрична мотивація**, певний **кордоцентризм** її спрямованості, що слушно виражається у поняттях **передсердя та із-сердя**. Завдяки цьому відбувається підсилення серцеорієнтованих потреб, мотивів, намірів життя, актуалізація та домінування позитивних сенсів по лінії Здоров'я та Хвороби, Життя та Смерті, Творення і Руйнації, Добра і Зла. Конфліктність спрямованості може бути знята шляхом пошуку і конструювання нових кардіологічно спрямованих перспектив, розробки нових, сповнених серцевими смислами проєктів, засобів відновлення зруйнованого, приміром, війною життя. Це потребує використання існуючих та розробки нових мотиваційних

кардіо-спрямованих вправ і тренінгів; компенсації дії фрустрації, деструкції мотивів, зняття неспівпадіння результатів з цілями, планами, мотивами і смислами професійної та громадянської діяльності.

Проектні стратегії, тактики, акти, що спрямовані у майбутнє, мають утворювати оптимістичні вектори життя, збереження і зміцнення здоров'я серця. Це акмеологічна орієнтація на вершинні досягнення у суб'єктивно гармонійній громадській і професійній життєдіяльності. Відмітимо також таку складову мотивації серцевої особистості, як сприйняття і спричинення нею доцільних позитивних кардіовпливів в суспільному середовищі. Ці впливи повинні забезпечувати успіх у підтриманні свого здоров'я та оточуючих — через приклад і наслідування, психічне зараження, навіювання, переконування, висунення вимог, санкціонування, маніпулювання, вправлення [79].

Ключовими для спрямованості серцевої особистості доцільно вважати кордоцентричну мотивацію, кордоцентризм, передсердя, із-сердя, позитивні кардіовпливи сердешної людини.

Для характеру серцевої особистості притаманні особливі риси **сердечності, сердежності, вольової серцевинності** як позитивні кардіологічні акцентуації характеру, зворотний рух кардіоклієнта від порогу захворювання до нормалізації серцево-судинної діяльності, до рис характеру здорової серцевої особистості. Зростаюча в сучасних умовах негативна акцентуованість характеру серцевої особистості виступає стимулом для відшукування засобів переходу від патологічної і вітальної загрози серцю до стану його здоров'я і процвітання. Підтримка, підсилення, оздоровлення серця доцільно здійснювати через виховання і самовиховання відповідних рис характеру серцевої особистості.

Серцевій особистості притаманний, в боротьбі за здорове серце, сильний вольовий характер з базальними (енергійність, терплячість, витриманість і сміливість) і системними (рішучість, наполегливість, дисциплінованість, самостійність, цілеспрямованість, ініціативність, організованість) вольовими рисами [25]).

У характері серцевої особистості відображається свідоме добре, гуманне ставлення до Всесвіту, свого зовнішнього і внутрішнього світу, оточуючих людей, соціуму, навчання, праці, спорту, здоров'я. І це не просто відношення, але і здатність до формування відповідного захисного, оздоровчого щодо серця зовнішнього оточення і внутрішнього світу. Цьому сприяють такі риси серцевої, понадсерцевої особистості, як **усесердя, полісердя, кордосвітова свідомість людини.**

Великого значення набуває здатність серцевої особистості до оволодіння, позитивної трансформації таких негативних акцентуацій характеру, як астено-невротична, циклоїдна, демонстративна тощо, що передбачає готовність до оптимізації станів напруження і релаксації у циклах розвитку та буття, входу і виходу із екстремальних ситуацій життєдіяльності тощо.

Ключовими рисами характеру серцевої особистості є сердечність, сердежність, вольова сердешність, усесердя, полісердя, завдяки чому формується і діє всеохоплюючо сердечна, кордо-світова людина.

Самосвідомість серцевої особистості характеризується **осер-дям, осередністю, серцевою чутливістю, серцевою рефлексією, із-сердям, Я-сердям. Серце дійсно виступає серцевиною само-свідомості, серцевиною Я.** Серцевинний центр особистості потребує обережного ставлення до себе, дієвого психологічного захисту цього унікального метапсихологічного центру організму, для чого потрібна спеціальна кардіопсихологія із кордосугестопедією та настановленнями на самооздоровлення хворого на серцеву недостатність, аритмію, гіпертонію та інші хвороби серця.

Підструктура самосвідомості в екстремальних умовах цивілізації помітно перевантажується, спостерігається концентрація та зміщення рефлексивності від соціального, духовного полюсу до біологічного й фізичного Я, інтраверсізація поведінки, асиметричне реструктування Я в нових загрозливих обставинах, розростання негативного егоїзму тощо. Вплив тривожності на самосвідомість призводить до спонтанної обтяжливої самоактуалізації психологічних захистів Я від зовнішніх загроз, тривоги, дезадаптованості, зазіхань на гідність людини, знецінення особистості. Це треба враховувати при наданні серцебільній особистості психологічної допомоги, зокрема підвищуючи її цінність. Зміцненню Я-сердя, його рефлексивного потенціалу може сприяти активізація самосвідомості шляхом оволодіння практичними психологами рефлексивними тренінгами, на зразок тих, що розроблені Н. І. Пов'якель [51], М. І. Найдьоновим [41] і Л. А. Найдьоною [42]. Корисними можуть стати оздоровчі настрої аутотренінгів. Наростання внутрішніх суперечностей, деформація Я-підструктури і послаблення рефлексивності ставить питання про розвиток спеціального рефлексивного потенціалу особистості за рахунок застосування адекватних психологічних захистів рефлексивного типу, рефлексивних вправ, тренінгів і рефлексивної психо-

терапії. Додаткові можливості може надати саморефлексія, рефлексіотерапія деструктивних, патогенних причин і наслідків дистресу, гармонізація стосунків честі та гідності особистості.

Доцільно формувати здатність до кордоцентованої рефлексії, ідентифікації з талановитими великосердними особистостями, до надзвичайної внутрішньої рефлексії, спрямованої у внутрішню сферу, Я-серця власної та інших людей. Потрібна здатність до самообілізації, самоактуалізації внутрішніх серцевих ресурсів, здібності до сплесків інтенсивної суб'єктності, володіння психологічними захистами свого Я-серця від надмірного стресу, здатність до об'єктивної самооцінки, адекватної честі та гідності. В рамках підструктури самосвідомості доцільно вміти встановлювати адекватні межі автономності особистості та можливість доцільного вільного виходу з неї.

Ключовими здатностями Я, самосвідомості серцевої особистості доцільно вважати осердя, Я-серця, серце як серцевина самосвідомості та Я, кордоцентризм, осередність, рефлексивну серцеву чутливість, рефлексосердя, з-сердя, автономність і водночас — відкритість серця, психологічний, особистісний захист серця як пульсуючого синергетичного центру організму кордоцентричної людини.

Досвід серцевої особистості містить її **кардіокомпетентність**, індивідуальну філософію здорового серця, **кардіосвітогляд**, повноцінний концепт здорового серця особистості, **кордообізнаність, серцезнавство, серцеведення. Кардіосвітогляд** має стати паралельною світогляду системою свідомої регуляції поведінки та життєдіяльності.

Самоактуалізація елементів власного серцевого досвіду (мотивів, знань, умінь, навичок, прийомів серцевого емоційного реагування тощо) відбувається переважно на основі механізму асоціювання. В першому випадку несвідомо актуалізуються асоціації тотожності, контрасту, комбінування, випадкові, що включаються у потік поведінки чи діяльності переважно спонтанно, залежно в основному від особливостей зовнішньої ситуації і внутрішніх станів організму людини. У випадку так званого направленного, керованого асоціювання, актуалізація елементів власного досвіду може відбуватися свідоміше і підніматися до рівня краще усвідомлюваних стратегіальних мотивів, смислів, планів, цілей, почуттів особистості — у формі стратегій і тактик поведінки за теорією В. О. Моляко [63].

Зміна умов громадської поведінки і професійної діяльності потребує нової компетентності, зокрема нових компетенцій у сфері охорони

здоров'я серця, формування так званої медичної філософії власного здоров'я і кардіологічної безпеки кожної особистості; розвиток адекватного досвіду вирішення актуальних проблем роботи серця.

Серцева компетентність особистості (вузька та широка, спеціальна професійна та універсальна життєва), володіння основними концептами роботи серця, спеціальними прийомами управління серцево-судинною діяльністю, потребує енциклопедичності, мудрості серцевої особистості, високого ступеня опосередкування категоріально-поняттєвими, інформаційними, технічними засобами — мотивами, знаннями, уміннями, навичками, емотивами — кардіологічного профілю.

Ключовими властивостями досвіду, компетентності серцевої особистості є кардіокомпетентність, індивідуальна філософія здорового серця, кардіосвітогляд, повноцінний концепт здорового серця особистості, кордообізнаність, серцезнавство кардіологічно підготовленої людини.

Для інтелекту, кардіосаногенного мислення серцевої особистості властиве розумове забезпечення здоров'я серця, **мудрість серця, мудросердя, кордорозумність, кордотворчість,**

В інтелектуальній сфері серцевої особистості в екстремальних умовах відбуваються різкі зміни як у механізмах дії, так і у змісті когнітивних установок, сприйманні та розумінні фактів, проблем, прийнятті рішень, мисленні, уяві, увазі, пам'яті, інтелектуальних емоціях тощо. Виникає так званий когнітивний дисонанс, за якого, відповідно до теорії Л. Фестингера, пізнавальна система у невизначених ситуаціях, зокрема під час військових дій, характеризується внутрішньою суперечливістю між традиційними мирними уявленнями та новими поточними мілітарними обставинами. Дисонанс у власному мисленні, традиційних концепціях, поняттях та уявленнях ускладнюється під впливом неперервної динамічної зміни військової ситуації, проведення психологічної війни, з її навмисною дезінформацією, поширенням неправдивих чуток, циркуляцією фейків тощо, що визиває потребу у критичному ставленні до повідомлень ЗМІ, пошуку засобів відтворення істини, подолання дефіцитарності розуму, формування позитивного мислення тощо.

Мислення вимушено стає начебто детекторним, одностороннім, оскільки оперує переважно з неповною, вибірковою, профільованою, однобічною інформацією, далекою від істини. Інтелект поляризується на раціональний та емоційний, патогенний і саногенний

із властивими для них суперечностями та негативним впливом на психіку тощо. Позитивний вплив на стан внутрішнього балансу може вчинити діалектичне мислення, що спирається на закони діалектики Ф. Гегеля — єдності та боротьби (врівноваження) протилежностей, заперечення заперечення, переходу кількісних змін у якісні, на формулу критичного мислення І. Канта — теза, антитеза, синтез, на принципи парадоксального мислення, на закони логіки і використання таких логічних операцій, як аналіз-синтез, узагальнення-конкретизація, індукція-дедукція, хаотизація-систематизація тощо.

В інтелектуальному плані вказані вище симптоми можна розглядати як особливі психологічні проблеми, що у вимірах життя та смерті загострюються і набувають нових екзистенційних характеристик. Ці проблеми доцільно розуміти інтегративно: як суперечливу властивість живої особистості, за Г. С. Костюком і В. П. Зінченком; як певну психофізіологічну домінанту, за О. О. Ухтомським; як функціональну систему П. К. Анохіна і функціональний орган О. М. Леонтєва тощо. Відповідно до цього, психологічна проблема виступає своєрідним живим домінантним системним функціональним органом, що здійснюється за законами життєдіяльності. Її вирішення відбувається у вигляді горизонтально-вертикального процесу, тобто водночас і як послідовний, поетапний («←→») і як різнорівневий ієрархічний («↑»), з прямими і зворотними логічними зв'язками, як саморух від спочатку мало визначених тривожних вражень, запитань, завдань, проблемних ситуацій до все більшого ступеня самовизначення психологічних відповідей, вирішень щодо стабілізації, збільшення ефективності функціонування та вірогідності виживання особистості у мілітарній ситуації. Разом з тим, діє механізм неперервного перевизначення проблеми, задачі за Ю. І. Машбицем, М. Л. Смольсон, що само по собі виступає саногенним чинником. Породжений війною масштабний когнітивний дисонанс визиває необхідність у реструктуризації інтелекту, підвищенні його ролі в додатковій орієнтації у воєнній ситуації, інтелектуальній роботі з ризиками для життя, з поправкою на особливості психологічної війни як складової гібридної війни, зростання ролі інтелекту у виживанні, зокрема розвитку так званого саногенного мислення тощо, що резонує з серцем, корелює з серцево-судинною діяльністю.

Складна робота інтелекту потребує від серцевої особистості мобілізації таких властивостей, як інтелектуальність, інтелігентність, виняткова уважність, ерудованість, розумність, уявність, зосередже-

ність уваги на найважливіших проблемах життя, здоров'я та їх вирішенні на рівні обдарованості, таланту, геніальності — на основі долаття обмеженості власного дефіцитарного мислення за допомогою системного, повноцінного, повноціннісного інтелекту. Серце постає водночас як своєрідний еталон, критерій істини, каталізатор, мудрий суддя і захисник життя.

Ключовими властивостями інтелекту серцевої особистості слід вважати здатність до розумового забезпечення здоров'я серця, мудросердя, кордорозумність, кордотворчість, мудрість серця як невичерпного і безупинного двигуна життєдіяльності людини.

Підструктура психофізіології серцевої особистості характеризується усвідомленням і забезпеченням нею оптимальної психодинаміки пульсуючого серця, нормального **серцебиття**, або, у протилежному випадку — розуміння і подолання аномальної пульсації, тахікардії, брахікардії та аритмії серця, що можна сприймати візуально, приміром, по артеріям на руці чи навіть аудіально — відчуваючи серцебиття на слух. У серцевих хворих більш виразно, ніж у здорових людей, серцебиття може супроводжувати конфлікти, свари, своєрідні «війни» між представниками різних типів темпераменту, приміром, між меланхоліками та сангвініками, флегматиками і холериками тощо. Воно є своєрідним маркером психофізіологічного домінування, підпорядкування, експлуатації, боротьби, нищення тощо.

В умовах війни може зростати так звана психодинамічна неконгруентність — наприклад, у представників холероїдного та сангвіноїдного типів темпераменту, особливо якщо вони тривало перебувають в ситуації гіподинамії (в окопах на фронті, у бомбосховищах чи вдома під час комендантської години). Небезпечним є вплив з боку війни на флегматоїдів, з їх схильністю до повільної поведінки, внаслідок чого у деякого з них може гальмуватися реакція на події, загострюватись негативізм, нігілізм, блокування, «мінусація» адекватного ставлення не тільки до оточуючих, але і до самого себе. Так, автор став свідком смерті близько десяти своїх колег із флегматоїдним типом темпераменту, що проживали у тилівій зоні, з явними проявами згадуваної вище типологічної «негативізації» поведінки та життєдіяльності, що визивало неадекватну, дезорганізовану, деформовану поведінку і професійну діяльність у складних умовах воєнного стану. Все це треба враховувати професійним психологам при визначенні скритих психофізіологічних проблем і наданні відповідної допомоги постраждалим.

Серцевій особистості необхідна своєрідна індивідуальність на основі усвідомлення та використання власних психофізіологічних ресурсів, переваг і недоліків свого типу темпераменту і психотипу, здатність до самоактуалізації інтенсивної психодинаміки (психомоторики) як основи індивідуального стилю серцево-судинної діяльності.

Ключовими психофізіологічними властивостями серцевої особистості є її здатність до усвідомлення і забезпечення нормальної психодинаміки роботи серця, контролю серцебиття, нормальної пульсації серця, серцевого резонансу.

Психосоматичні, психоорганічні чинники погіршення та покращення здоров'я серцевої особистості виявляється у сердобільності, сердитості, серцевої чутливості до здоров'я — свого та інших людей. Психосоматика серцевої особистості залежить від здоров'я її власного серця або ступеня інтенсивності його серцевих хвороб (інфаркт міокарда, аритмія, гіпертонія, гіпотонія, інсульт та ін), стресу, психоорганічних чинників погіршення та покращення здоров'я серця, що виявляються у таких станах, як перенапруга, збудження нервової системи, безсоння, перевтома, виснаження, перебої в роботі серцево-судинної, ендокринної, імунної системи, суїцидальні тенденції. Ці порушення можуть бути зняті певними методами оздоровлення, наприклад, оздоровчою системою М. М. Амосова щодо досягнення достатнього РДК (рівня душевного комфорту) — шляхом використання заходів раціонального обмеження і навантаження різних сторін функціонування організму тощо. Корисними можуть бути сугестивні методи, такі як релаксація (м'язова, дихальна, функціональна), фізичні вправи, «заземлення», аутогенне тренування, саногенні настрої,

Заслугують на увагу спеціальні психосоматичні практики, оздоровчі системи фізичних вправ, раціональний режим праці та відпочинку, харчування, оптимізації сну тощо. Вони забезпечують гармонізацію взаємозв'язків між психікою та соматикою особистості, між типом психіки і конституції тіла.

Психосоматичне здоров'я забезпечується винятковим, доцільним поєднанням переваг власного духу, душі і тіла в їх гармонії, позитивному самовираженні та здоров'ї. Серцевій особистості необхідний систематичний контроль за власним психосоматичним станом, ефективна психологічна протидія хворобам і відхиленням від норм життєдіяльності.

Ключовими психосоматичними властивостями серцевої особистості постають такі її властивості, як серцевинність, сердо-

більність, сердитість як прояви чутливості до серцевого благополуччя, кордоздоров'я людини.

Психогенетика, спадковість серцевої особистості виявляються у розвинутій кардіопсихогенетичній грамотності щодо спадкових чинників серцевого стану — власного, родичів, здатністю до підтримки рефлексорного, інстинктивного, генетичного управління серцево-судинною діяльністю, що ми об'єднуємо термінами **кардіогенність, ін-сердя** особистості.

Психогенетична симптоматика серцевої особистості спостерігається у дисгармонійному зниженні рівня життєвої активності — від цивілізованих її форм (соціально нормативної діяльності та поведінки) до вроджених, генетично визначених, таких, як інстинкти мети, самозбереження, рефлексії життя, стримання глибинних імпульсів агресивності, ворожнечі тощо. Вони можуть бути скомпенсовані зверненням до вищих форм діяльності (творчості, доброчинності, духовних, моральних учинків, кращого володіння мовою, у формі поезії, любовної лірики, музики, пісень) та соціальної поведінки (зокрема, демократичної, волонтерської) тощо.

Неадекватне домінування інстинктивної та рефлексорної сфери, диспропорції у взаємозв'язку між генотипом та фенотипом потребує використання гуманістичних практик з метою окультурювання вказаної сфери, гуманізації генетично визначених, вроджених інстинктів і безумовних рефлексів, як біологічної основи особистості.

Слід краще усвідомлювати яскраво виражену наступність, наслідування, враховувати спадковість попередніх поколінь в індивідуальному, біологічному (генотип) та соціальному, психологічному, феноменальному (фенотип) плані. А також — доцільний кардіопсихологічний вплив на такі складові спадковості, як інстинкти і рефлексії, які забезпечують генетично заданий автоматизм роботи серця. Доцільно вміти здійснювати сумачію спадкового оздоровчого серцевого досвіду поколінь та його засвоєння і включення у власний досвід, передачі його майбутнім поколінням. Слід бути обізнаним у досягненнях сучасної генної діагностики та інженерії і вміти при потребі здійснити генетичне тестування та лікування.

Ключова психогенетична властивість серцевої особистості може бути позначена термінами сердешність, кардіогенність, ін-сердя людини.

Суб'єктний потенціал серцевої особистості виявляється в її здатності до кордоорієнтованої та серцево визначеної **життєдіяльності**,

поведінки, до серцево доцільного способу життя, що можна умовно позначити терміном кардіоергономіка особистості.

Діяльність як вища форма людської активності утворює основу важливого, діяльнісного виміру структури особистості. Діяльність піддається випробуванню на стійкість, коли під впливом руйнівних чинників хвороби деформується і замінюється нижчими формами людської активності — імпульсивними рухами, стимул-реакціями, акціями, операціями, рефlekсами, інстинктами тощо. Цілеспрямована активність людини в умовах боротьби з хворобами серця може поступатися спонтанним її формам, такому протилежному до неї виду, як пасивність, а в окремих випадках — і ступор. Разом з цим страждають усі види діяльності — професійна, трудова, творча, комунікаційна, педагогічна, навчальна, виховна, ігрова тощо. Це відбувається і тому, що деформуються вказані вище властивості особистості, якими регулюється її діяльність. На перший план виступає життєдіяльність, але теж у деформованому вигляді. Саме до цих зовнішніх і внутрішніх проявів активності людського організму звертаються психотерапевти тілесно-орієнтованого, біхевіоріального напрямку, пропонуючи свої оздоровчі, приміром, дихальні, м'язові, аутогенні, релаксаційні тощо вправи. Адже внутрішні і зовнішні прояви людської активності взаємопов'язані між собою і можуть підтримувати одне одного у випадку пошкодження якогось з них і збереження іншого. Так, ініціативність, осмисленість, цілеспрямованість, принциповість, діловитість, продуктивність, почуттєвість діяльності серцевої особистості, в її зовнішній і внутрішній формі, через механізм інтеріоризації-екстеріоризації, опосередкування-розопосередкування, соціогенезу-індивідогенезу, ідентифікації-унікалізації, суміщаються і саногенно впливають на внутрішні та зовнішні прояви активності різних органів людського тіла, в тому числі і серця.

Змістовна структурно-психологічна сторона діяльності — мотив-предмет-мета-метод-емотив — та її формальні нормативні ознаки (матеріальні, соціальні, процедурні, часові тощо) в процесі хворобливої трансформації вимагають певних змін, що відбуваються безпосередньо (в ході замінного пристосування, адаптації до нових вимог) або опосередковано (на основі використання спеціальних засобів розвитку, підготовки, навчання та виховання, тренінгів, формування).

У цьому виявляється розвивальне, реабілітаційне, психотерапевтичне значення оволодіння людиною діяльності. Можемо підкреслити це ще більш виразніше — послідовне формування психологом

у хворої особистості повноцінної діяльності серцевої особистості виступає у випадках дистресу та депресії певним видом психотерапії, ефективність якої вже давно доведена такими її видами, як трудо-терапія, терапія творчим самовираженням, арттерапія, ігрова терапія тощо. Перспективним у психотерапевтичному плані може стати формування психологами у клієнтів спеціальних видів діяльності по створенню особистісних і суспільних проєктів, зразків здорової поведінки, спілкування, програм саморозвитку, самовиживання тощо.

Одним із механізмів такої діяльнісної реабілітації доцільно вважати запропоновану ще М. Ф. Добриніним вольову регуляцію уваги та формування атенційної діяльності — з проходженням таких її етапів, як мимовільна, довільна та післядовільна увага. Це означає атенційне підсилення свідомості, опосередкованості у відтворенні, поверненні статусу діяльності як вищої довільної форми людській активності, але не тільки на основі уваги і атенційної діяльності, але і пам'яті як мнемічної діяльності, так само як і сприймання, мислення, уяви, уявлення тощо. Це, до речі, закладено у розуміння поняття оволодіння, формування людиною своєї діяльності як рефлексивного вольового процесу («о-вольо-діяння»).

Тобто діяльність виступає як загальний чинник розвитку, а через розвиток — і оздоровлення серцевої особистості. Разом із загальним формальним, модальним, існують також й інші специфічні види діяльності, що спеціалізуються на цілеспрямованому розвитку і соціалізації особистості, приміром, педагогічна, формувальна, виховна, навчальна, самовиховна, самонавчальна, професійно підготовча діяльність, що спираються на вікове дозрівання усіх сторін організму, а також на загальний діяльнісний ефект розвитку особистості.

Діяльність має реконструюватись в процесі застосування трудової психотерапії, праксіотерапії, оптимізації професійної діяльності, комплектування її компонентного складу, логічної послідовності етапів діяльності, відповідності вимогам екстремальних ситуацій, зокрема воєнного часу.

Серцева особистість як суб'єкт має володіти здатністю до суспільно визнаної власної діяльності та підготовки до неї (мотив-предмет-мета-метод-емотив), та до моральних вчинків (мотив-ситуація-дія-післядія, за В. А. Роменцем — див. у [79]) в ім'я людей та себе, своєї особистої честі, виконання власної справи життя, успішної життєтворчої самодіяльності в умовах вільної праці або змагання у

ході конкурентної боротьби на основі розробки і втілення власних проєктів життя, програм виховання, орієнтованих на успіх.

Ключовими діяльними властивостями серцевої особистості доцільно вважати її здатність до забезпечення оптимальної кардіоергономіки, кардіономічність як показник нормальної діяльності серцево-судинної системи людини.

Розвиток як продуктивний, резистентний, оздоровчий, гармонізуючий ресурс серцевої особистості передбачає усвідомлення цього процесу як важливого суб'єктного потенціалу. Це дає підстави краще усвідомлювати роль третього **розвивального виміру** структури особистості, який ми називаємо також **генетичним, часовим, віковим**. Ми позначаємо цей вимір показниками результативності психічного розвитку особистості, такими як задатки, здібності, обдарованість, талант, геніальність, екстраздібності, а також виділяємо фінальний показник розвитку особистості похилого та старечого віку — мудрість.

При кризових станах, якими багата серцева хвороба, важливого значення набуває розвиток, зміцнення внутрішнього світу особистості, що відбувається за законами Л. С. Виготського щодо розвитку вищих психологічних функцій: соціогенезу-індивідогенезу, опосередкування-безпосередності, інтеріоризації-екстеріоризації, ідентифікації-унікалізації, зони найближчого і найвіддаленішого розвитку і самсорозвитку молоді за допомогою дорослих — вчителів в учнів, керівників у підлеглих, консультантів у клієнтів тощо. Така соціалізація з орієнтацією на вищі зразки психіки виступає як найважливіша форма розвитку особистості, її навчання та виховання. У більш конкретних ситуаціях розвиток-формування відбувається за певними формулами, приміром, правилами, уміннями і навичками, принципами поетапного розвитку розумових дій, вправами інтенсивного запам'ятовування, рахування, читання, спілкування, діалогу, алгоритмами вирішення винахідницьких завдань, законами розвитку діалектичного мислення, рефлексії тощо. Форми розвитку тісно переплітаються з методами і технологіями навчання і виховання, що використовуються педагогами-новаторами.

Розвиток серцевої особистості в умовах хвороби передбачає гармонізацію взаємозв'язків між задатками, здібностями, обдарованістю, талантами, геніальністю та екстраздібностями особистості. А сам кордорозвиток (КР) доцільно розглядати як складний процес, в якому інтегруються такі його види, як Р-визрівання, Р-засвоєння, Р-формування, Р-відновлення, Р-творчість, Р-ідентифікація тощо.

Враховуючи величезну роль рефлексії, саморозвитку — власного та інших, враховуючи формувальний потенціал самого розвитку можливо таким фактором розглядати самий життєвий шлях, розгортання трудової кар'єри, соціальної поведінки, освіти з їх активним циклічним позитивним процесом, своєрідним циклічним аутотренінгом власної серцевої особистості — з успішним кожного разу входженням (мобілізацією), здійсненням (самоактуалізацією) та виходом (релаксацією) із чисельних коливальних ситуацій та підтриманням високої міжциклічної форми. Отже, поєднання особистісного та суб'єктного підходів у запропонованому вигляді, за умов їх технологічного опрацювання на рівні методів роботи практичного психолога і педагога, може стати важливим, якщо не доленосним, чинником у здійсненні психологічної підготовки соціальної особистості до кардіологічного здоров'я. Разом з тим, даний характер кардіологічної діяльності стане корисною моделлю для успішного здійсненні інших видів діяльності.

Отже, ключовою розвивальною ознакою серцевої особистості слід визнати оптимальний повноцінний кордорозвиток, кардіорозвинутість.

Таким чином, серцева особистість має право на існування як ідеальна кардіологічна модель особистості, її кардіологічний еталон. Вона може бути верифікована в термінах робочого словника людства, науки. Використання ідеальної психологічної моделі серцевої особистості важливе у теоретичному та практичному значенні. Звичайно, що мова йде про стартовий етап такої роботи, яка має очевидні наукові перспективи, зокрема для розвитку кардіопсихологічної культури особистості як необхідною складовою загальної культури, кардіологічного здоров'я, а відтак і щастя людини.

10. ВЛАСТИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ РЕЦИПІЄНТА ІЗ ПЕРЕСАДЖЕНИМ ВІД ДОНОРА СЕРЦЕМ

Значний інтерес для метапсихолога уявляє особистість людини, яка змушена, через критичні обставини життя, наважитися на операцію з пересадки серця від іншої людини. Остання теж опиняється на межі смерті, наприклад, від необоротного ушкодження мозоку. Можливість трансплантації серця вже здавна бентежила уяву хірургів і фантастів, але технічна можливість для цього з'явилася лише у XX ст.

Перша в історії успішна пересадка серця була здійснена 3 грудня 1967 року у шпиталі Кейптауна Гроот Шур південноафриканським хірургом Крістіаном Барнардом. Серце 25-річної Деніз Дарваль, яка померла внаслідок автомобільної катастрофи, було трансплантоване серцево хворому 55-річному Луїсу Вашканському, який прожив з серцем донора 18 днів і помер від пневмонії та реакції відторгнення [124].

З моменту першої трансплантації серця загальна кількість таких операцій у світі значно зросла. В наш час у світі проводиться до 5 тисяч трансплантацій серця щорічно. Лідерство по кількості операцій з пересадки серця належить США, де проводиться більше половини всіх трансплантацій у світі. Деякі пацієнти проводять такі операції по кілька разів. Так, американському мільярдеру Девіду Рокфеллеру донорські серця пересаджували шість разів (два рази — нирки), що здійснювалося через його бажання продовжити тривалість власного життя. Завдяки операціям з трансплантації серця він дожив до 101 року. Перша його операція відбулася 1976 року, тобто через 10 років після початку ери трансплантації серця [125].

Пересадка, трансплантація, серця — це спеціальна хірургічна операція по заміні хворого серця пацієнта (реципієнта) на здорове серце донора. Вона проводиться зазвичай при важких захворюваннях серця, наприклад, при тяжкій серцевій недостатності, серцевій аритмії, кардіоміопатії, вроджених вадах серця. Водночас інші операції є неможливими або дуже ризикованими, а очікувана тривалість життя без пересадки серця невелика і неминучою є смерть. Тобто ця операція є крайнім заходом у разі, коли інші методи лікування неефективні. Процедура пересадки серця виконується під загальним наркозом і може тривати від 4 до 8 годин. Власне серце при цьому видаляється. Дана операція дуже складна і потребує, зокрема, численного персоналу — так, у першій операції по трансплантації серця, виконаній Крістіаном Барнардом, брало участь 30 спеціалістів різного профілю [126].

Зрозуміло, що операція з пересадки серця проводиться при наявності здорового серця у донора і береться в нього або за його згодою ще за життя, або, після встановлення факту смерті — за згодою його родичів. Хірург виконує розріз на грудях, підключає пацієнта до апарату штучного кровообігу та дихання, видаляє хворе серце і на його місце пришиває здорове донорське. Після підключення донорського серця до кровоносної системи та запуску його роботи, апарат відключають, а розрізи зашивають. Сама процедура трансплантації серця має наступні конкретні технологічні етапи [126].

Анестезія: Пацієнта готують до операції, після чого вводять у загальний наркоз, щоб він не відчував болю протягом усього хірургічного втручання.

Доступ до серця: Хірург робить розріз на грудях, щоб дістатися до серця та великих судин. Часто це робиться за допомогою середньої стернотомії (розсічення грудини).

Штучний кровообіг і дихання: Пацієнта підключають до апарату «серце-легені», який виконує функції серця та легень, поки триває операція.

Видалення хворого серця: Хірург видаляє хворе серце. При цьому часто залишають частину стінок передсердь пацієнта.

Імплантація донорського серця: Донорське серце пришивається до великих судин реципієнта, а також до залишків передсердь.

Запуск нового серця: Після підключення, апарат штучного кровообігу та дихання поступово відключають, і нове серце починає битися самостійно. Іноді для цього потрібен невеликий електричний імпульс.

Закриття грудної клітки: Катетери видаляють, а хірургічні розрізи зашивають [126; 127].

Після операції пацієнт потребує імуносупресивної терапії для запобігання відторгненню донорського органу. Шанс на виживання після трансплантації серця в США складає 81,8% за перший рік та 69,8% за 5 років. Багато пацієнтів живуть після пересадки 10 років і більше.

В Україні провідним центром із проведення серцевої трансплантації є Інститут серця, а Український центр трансплант-координації займається питаннями трансплантації різних органів. За даними на 2021 рік, в Україні було проведено 18 трансплантацій серця.

Як повідомляють кардіохірурги, після пересадки серця пацієнт може відчувати незвичайні фізичні та психологічні дискомфортні

відчуття, такі як змінена реакція серця на навантаження, почуття «дива» або навіть відчуття, що його особистість змінилася. Часто це пов'язано з тим, що нервові зв'язки, які контролювали серце, були пошкоджені під час операції. Також зберігаються ризики відторгнення донорського серця, інфекції та кровотечі, може виникати первинна дисфункція трансплантату [127].

Фізичні відчуття виявляються у зміненому пульсі пацієнта, коли він може не реагувати на навантаження так само швидко і сильно, як раніше, а відновлення нормального ритму серця може відбуватися інакше; у почутті «чужорідності», згідно з яким деякі пацієнти описують відчуття, ніби «у тілі є хтось інший» або що тіло вже не належить лише їм.

Психологічні та емоційні аспекти виявляються найчастіше у зміні особистості — у деяких випадках пацієнти відзначають такі зміни у своїй особистості, ніби вони стали іншою людиною, що може бути пов'язане з «пристосуванням» організму до нового серця.

Тому важливою постає психологічна допомога пацієнтові, наприклад, психологічна реабілітація, яка допомагає впоратися з новими відчуттями і адаптацією до життя після трансплантації.

Пацієнт має усвідомлювати можливі ризики та ускладнення після операції, що можуть проявитися у: а) відторгненні серця, коли організм може почати відкидати донорське серце, що є одним із найсерйозніших ризиків; б) первинній дисфункції трансплантата, тобто стані, при якому донорське серце не працює належним чином відразу після операції через травму донора або інших факторів; в) ризик інфекцій, оскільки операція підвищує вірогідність інфекційних захворювань; г) ризик тромбоутворення, адже після операції можуть утворюватися тромби.

Життя реципієнта після трансплантації різко змінюється та межує з очікуванням ускладнень і навіть смерті. Найчастішою причиною смерті першого місяця після пересадки стає первинна дисфункція трансплантата. Тобто пацієнту потрібно розуміти плюси та мінуси операції з пересадки йому нового серця [127].

Таким чином, після пересадки серця людина може відчувати нові фізичні та психологічні відчуття, включаючи зміну пульсу та психологічні зміни, такі як відчуття, що особистість змінилася або що ти ділиш тіло з іншою людиною. Фізично, пульс може реагувати на навантаження інакше, і серцебиття може відновлюватися повільніше [128].

Як відмічає Оксана Шолудько [130], фізичні відчуття пов'язані, в основному, зі зміною серцевого ритму — пульс може не збільшуватися так само швидко, як раніше, а повернення до норми може відбуватися по-іншому. Це пов'язане з тим, що нервові зв'язки, що здійснювали регуляцію природного серця, було розрізано під час операції. Виникає відчуття роботи нового серця: пацієнти можуть відчувати роботу нового органу, реакції на фізичне навантаження можуть відрізнятися від колишніх.

Що стосується психологічних відчуттів, то вони в основному пов'язані з так званою зміною особистості — деякі пацієнти повідомляють про дивні відчуття, наче їхня особистість змінилася. Виникає відчуття «подвійної свідомості». Так, професор психології Брігітта Бунцель з Австрії повідомила про жінку, яка після пересадки серця відчувала, що в її тілі є хтось інший, що вона вже не «я», а «ми», наче вона ділить своє тіло з іншою людиною, що тіло ніби належить двом людям одночасно.

Крім більш помітних фізичних змін, люди можуть зазнавати змін в емоційній та ментальній сферах, які пов'язані з психологічним стресом від операції або самого факту прийняття нового донорського органу. Люди після пересадки серця відчують й інші тонші почуття, в яких треба розбиратися фахівцям і допомагати пацієнтам адаптуватися до них. Деякі з психологів прямо ставлять питання, а чи не є пересадка серця одночасно пересадкою особистості?

Пацієнту потрібно знати і постійно це пам'ятати, що реабілітація після пересадки серця потребує певного часу і що фізичні та психологічні відчуття можуть змінюватися в процесі відновлення. Разом з цим варто сподіватися та вірити в медичну та психологічну підтримку, що відіграє ключову роль в адаптації до життя з донорським серцем [128; 129; 130].

Опитування пацієнтів з трансплантованими органами, зокрема серцем, виявило дивні зміни знову ж таки в їх особистості. Так, у дослідженні, опублікованому в журналі *Transplantology*, вчені з Університету Колорадо попросили 47 учасників (23 реципієнти серця та 24 реципієнти інших органів) пройти онлайн-опитування, в якому детально описали свій досвід після операції з пересадки [130].

Так, Science Alert пише, що після операції з пересадки серця деякі пацієнти почуваються більш схожими на свого донора, ніж на самих себе, розвиваючи нові смаки в їжі, мистецтві, сексі та поведінці.

Одна із реципієнток згадувала, що після того, як у 90-х роках їй пересадили серце молодого музиканта, у неї з'явилася глибока любов до музики. Вона сказала вченим: «Раніше я ніколи не могла грати, але після трансплантації почала любити музику. Я відчула це своїм серцем».

Недавнє дослідження CU вказує на те, що наше «Я» і наші уподобання цілком можуть утримуватися в кожній клітині тіла, а не тільки в серці.

Респонденти, які брали участь в опитуванні, повідомили про чотири або більше особистісні зміни, пов'язані з темпераментом, емоціями, їжею, ідентичністю, релігійними/духовними переконаннями та/або спогадами. Єдиною зміною, яка відрізнялася між реципієнтами серця та інших органів, була зміна фізичних характеристик.

Автори дослідження стверджують: «Подібність між цими двома групами змін свідчить про те, що реципієнти серцевих трансплантатів не унікальні у своєму досвіді змін особистості після трансплантації, а навпаки, такі зміни можуть відбуватися після трансплантації будь-якого органу» [130].

Минулого року газета The Post писала, що реципієнти переливання крові також повідомляли про зміни в їхньому настрої, поведінці і навіть спогадах після процедури.

Дослідження університету Мічигану 2013 року показало: «існує стійке переконання, що внутрішні частини людини мають причинно-наслідкові зв'язки, і тому — якщо їх змішати — можуть змусити реципієнта запозичити деякі з характеристик донора».

Сара-Джейн Леслі, професор філософії Прінстонського університету та один із співавторів дослідження, заявила тоді: «Навіть якщо наука не підтверджує таку можливість, люди все одно вірять, що трансплантація може призвести до зміни особистості».

Science Alert пропонує «гіпотезу системної пам'яті» як можливе пояснення. Ця гіпотеза передбачає, що живі клітини містять пам'ять. Це означає, що історія може передаватися від донора до трансплантату через тканину.

Хоча нервові зв'язки в пересадженому органі розірвані, нерви все ще можуть функціонувати в ньому, і є дані, які свідчать, що нервові зв'язки можуть бути частково відновлені протягом року після операції [130].

Кардіохірург О. О. Шевченко разом з колегами провели спеціальне дослідження щодо оцінки якості життя пацієнтів з трансплантованим серцем [131; 132].

Дослідження виходило з положення, що оцінка якості життя є важливим показником ефективності лікування, що є не тільки самостійним критерієм ефективності проведеного лікування, а й дозволяє трактувати власне сприйняття пацієнта щодо посттрансплантаційної реабілітації, адаптації до соціального середовища та можливості працювати.

У дослідження було включено 42 пацієнти, у віці від 29 до 61 ($39,23 \pm 12,31$) року, 38 чоловіків і 4 жінки, які перенесли трансплантацію серця в терміни від 01.2008 р. по 01.2013 р. Для оцінки якості життя реципієнтів пересадженого серця були використані психоемоційні показники якості життя.

Аналіз результатів дослідження свідчить про вкрай низькі показники як фізичної активності, так і оцінки загального стану здоров'я на передтрансплантаційному етапі. Найкращі показники якості життя у реципієнтів трансплантованого серця відзначаються через рік після операції та виявляються достовірним зростанням усіх показників. Порівняльний аналіз результатів, отриманих у передопераційному періоді та через рік після проведення операції ортотопічної трансплантації серця свідчить про значне поліпшення якості життя пацієнтів: показник фізичного функціонування збільшився в середньому в 2,8 рази ($p < 0,01$), показник рольового функціонування, обумовленого фізичним станом рольового функціонування, зумовленого емоційним фоном — у 3 рази ($p = 0,02$), показник соціального функціонування — у 4,8 рази ($p = 0,002$), больовий поріг зріс у 3 рази ($p = 0,02$), показник психічного здоров'я — у 3,6 рази ($p = 0,003$), показник загального стану здоров'я — у 1,6 рази ($p = 0,03$). Рівень фізичної активності повністю відновлюється у 90% реципієнтів серця до кінця першого року.

У цілому, результати дослідження показали, що протягом року після трансплантації серця хворим на термінальну серцеву недостатність відзначається значне статистично достовірне поліпшення всіх показників, що характеризують якість життя. Високі рівні показників фізичної, психічної та соціальної активності, досягнуті до першого року, зберігаються протягом 5 років, що свідчить про високу ефективність операції ортотопічної трансплантації серця як радикального методу лікування тяжкої серцевої недостатності [131; 132].

Найявні дані про властивості особистості реципієнтів із пересадженим від донора серцем можуть бути конкретизовані при подальшому психологічному аналізі. Мова йде, передусім, про такі

властивості, як почуття власного зміненого Я та його «подвійності», здатність до ідентифікації з донором, адаптаційні та рефлексивні властивості особистості тощо. Щодо «подвійності» Я, то це явище не суперечить самому визначенню Я у психології самосвідомості. Адже психологи вирізняють декілька видів цього феномену, говорячи зокрема про Я індивідуальне і соціальне, фізичне та психологічне, реальне та ідеальне тощо. І психологічна допомога пацієнту полягає в такому разі у свідомій гармонійній інтеграції свого та чужого серцевого Я, його зміцнення у непростій кризовій ситуації життя — на засадах гуманізму, вдячності, любові, гармонійності у спільній взаємодії. Водночас доцільно використовувати спеціальні рефлексивні вправи, що включені до звичайних соціально-психологічних, інтелектуальних, творчих тренінгів.

Говорячи про Я пацієнта, слід особливо відмітити роль спеціальної серцевої рефлексії. Вона має розглядатися по відношенню до реципієнта в широкому контексті — як в індивідуальному, так і соціальному, біографічному та історичному, психологічному та культурному плані, як всеосяжний рефлексивний процес, що базується на потужному мисленні, уяві, пам'яті, увазі тощо. Ми пропонуємо розрізняти два основні види серцевої рефлексії — пряму та зворотню. Пряма відцентрова рефлексія, «відсердя», пов'язана із рефлексивною проєкцією серця на культуру цивілізації в цілому та в різних її проявах. Зворотня доцентрова рефлексія, «досердя», здійснює зворотню проєкцію, концентрацію досягнень цивілізації на серці. Перша, пряма рефлексія, виявляється у метапсихологічній презентації властивостей поліцентричного серця людства у релігійній, етнічній, етичній, мистецькій, науковій сферах культури цивілізації. Друга, зворотня рефлексія, виявляється у впливі цивілізаційної культури на серце, на його підтримку — у серцевих формах релігії, фольклору, етики, мистецтва та науки, в тому числі медицини і психології, таких її відділів, як кардіологія і кардіопсихологія.

Остання базується на численних методологічних і методичних підходах для покращення вказаних видів серцевої рефлексії. Так, в оздоровчих цілях може бути корисним розроблений нами так званий рефлексивно-історико-рольовий тренінг, який передбачає тимчасове входження суб'єктів, приміром, пацієнтів, у роль людини зі здоровим серцем або кардіологів, таких як К. Бернард, М. Стражеско, М. Амосов, О. Шалімов тощо. Таким рольовим двійником учасників тренінгу може стати також уявний донор, який зі згоди найближчих

родичів дарує пацієнтові життя своїм серцем і заслуговує на вдячність з його боку [61].

З розглянутими аспектами проблеми пов'язані адаптаційні процеси реципієнта. Функціональний стан серцевого пацієнта тісно пов'язаний з тривогами доопераційного та післяопераційного станів. Адже, як вже було показано вище, трансплантація створює серйозний осередок занепокоєння, навіть вогнище критичних відчуттів, перцептивних і мнемічних образів, уявлень, спогадів і передбачень, з якими доцільно працювати різноманітними методами, в тому числі і когнітивною, раціональною психотерапією. Саме для операцій на серці, так само як й інших органах, властивий особливий адаптаційний синдром, на який вказував Г. Сельє, уводячи у науковий обіг поняття стресу саме з досвіду хірургів. Ми розглядаємо властиві реципієнтові у важкій післяопераційній ситуації такі його форми, як летально небезпечний тристрес, патогенний дистрес, власне нормальний стрес і субстрес (стрес звикання та загартовування). Сама мотивація трансплантації серця глибинно пов'язана з доланням загрози смерті від критичного, смертельно небезпечного стану власного серця до і після операції.

Тут ми можемо порадити цілий ряд психологічних засобів адаптаційної підтримки реципієнта як суб'єкта з пересадженим від донора серцем — від десенсибілізації, психологічних захистів, катарсису, формування оптимального способу життя, до дихальних прав, аутогенного тренінгу, сугестезії тощо. Суб'єкт трансплантаційних змін має здійснити функціональний перехід від тристресу і дистресу до стресу і субстресу — самостійно та (або) за допомогою спеціально підготовлених кваліфікованих кардіопсихологів. Саме про це йдеться у наступних кардіопсихопрофілактичних розділах посібника.

Зрозуміло, що пересадка серця — це завжди надзвичайна подія у житті реципієнта, який щосили прагне продовжити своє життя, тому у посттрансплантаційний процес мають бути залучені також геронтологічні та кардіогеронтопсихологічні ресурси сучасної науки, передусім, кардіології, геронтології та кардіопсихології.

Деякі аспекти змін в особистості реципієнта після трансплантації, такі як індивідуалізація-ідентифікація по лінії «власне-чуже» серце, привласнення-відчуження донорського серця, мнемічна новизна-звикання, схожість-відмінність сердець у минулому-теперішньому-майбутньому часі, комфортність-занепокоєність стану та інші потребують додаткового метапсихологічного дослідження проблем серцевої особистості.

11. КОРДОЦЕНТРИЧНА СИСТЕМА ЗДОРОВ'Я І ДОВГОЛІТТЯ КАРДІОХІРУРГА, АКАДЕМІКА М. М. АМОСОВА ТА ПОРАДИ ПАЦІЄНТАМ ВІД КАРДІОЛОГА, ПРОФЕСОРА К. М. АМОСОВОЇ

11.1. Щастя і здоров'я особистості з точки зору кардіохірурга-гуманіста

М. М. Амосов (1913 р., Череповець — 2002 р., Київ), як кардіохірург, зробив тисячі операцій, зберігши здоров'я і життя серцево хворим людям і, разом з цим, сотні разів пережив смерть тих, кому не вдалося допомогти. Тому він гостро відчував проблеми життя, здоров'я і щастя людини. Як кібернетик і лікар, він своєрідно розумів щастя людини, пов'язуючи його з її душевним комфортом, визнаючи його як співвідношення між «домаганнями і реальними платами з боку суспільства, що отримуються у відповідь на діяльність. Або інакше, як оцінює суспільство діяльність і співвідношення цих отриманих оцінок з тими, яких людина домагається, які вважає справедливими? Як правило, плати завжди нижче домагань, тому що, раз вони систематично задовольняються, настає адаптація і домагання зростають» [2, с. 150].

На погляд вченого, такий же механізм має щастя дитини, котре визначається співвідношенням її домагань і реальних плат, тобто того, що вона отримує за свої вчинки від дорослих — похвали, ласку, покарання, іграшки, цукерки, приємні прогулянки тощо. «Слід організувати її побут, спілкування і виховання таким чином, щоб підтримувати сприятливе співвідношення плат і домагань, тоді стане задовільним РДК» — рівень душевного комфорту. «Якщо платити дуже мало, то домагання зменшуються — звикне — але рівновага буде на низькому РДК. В цьому й увесь секрет: підтримувати правильне співвідношення плат і домагань, таке, щоб плати залишалися стимулом діяльності, але щоб домагання не зростали надмірно. Періодично має бути радість — піки уверх і деякі неприємності — піки униз, тоді адаптації не буде і відчуття задоволення від життя збережеться. Ось яка кібернетична еквілібристика вимагається від вихователя! « [2, с. 150–151].

Тому М. М. Амосов вважав, що однією з головних цілей виховання є прищеплення, навіювання правильних домагань, тобто того, на що дитина може реально сподіватися, з того, що вона бажає. Дуже

важливим є тренування у дитини потреби в успішній дії і «рефлексії мети», адже потреба в діяльності оплачується «успіхом» — досягненням мети.

«Для будь-якої творчої людини — навіть якщо вона звичайний майстер — задоволення від справи і добре зробленої роботи складає значну частину щастя» [2, с. 151].

Дуже важливими для досягнення щастя є, на думку М. М. Амосова, похвала, схвалення від авторитетної людини. Він підтримує в цьому Б. П. Нікітіна, який стверджував: «На похвалах діти ростуть як на дріжджах!» «Але при цьому має значення дозування похвал, їх відповідність, справедливість, своєчасність, адекватне співвідношення з покаранням. Це ж саме стосується подарунків, які мають бути не надмірними, взаємними, більше «інформаційними» та «функціональними» (як інструменти для творчості, гри, спорту), ніж «матеріальними», «престижними», «фінансовими» тощо.

На шляху до щастя дитини варто враховувати її потреби у лідерстві, престижі, змаганні як самих сильних стимулів діяльності. Звичайною платою у колективній діяльності є визнання іншими своєї важливості, для деяких — свого лідерства. Найбільшу шкоду душевному комфорту робить відчуття «останнього в групі» — така людина не може бути щасливою. Те ж саме стосується і надмірного захоплення лідерством, яке призводить до пороку владолюбства, марнославства, самолюбства, на що слід звертати увагу батькам і педагогам. Останні мають використовувати адекватну систему схвалення і покарання, стимулів і гальм, дозволів і заборон, свобод і дисциплін, прав і обов'язків, «так» і «не так» тощо. «Батьки повинні намагатися зрозуміти, чого у межах розумного вони можуть очікувати від своїх дітей, враховуючи основні риси особистості і вік дитини. Вимагати те, що можна виконати, виявляючи, коли треба, належну строгість... Напевно, найголовніше для себе пам'ятати, що ти завжди виконуєш роль того ідеалу, котрий маєш нав'язати і прищепити» [2, с. 153]. І, звичайно, щастя батьків полягає у щасті дитини і навпаки!

Як лікар, М. М. Амосов не міг не задати ключового для себе запитання: «Що важливіше — здоров'я чи щастя?». Відповідь на це питання майже очевидна. Кардіохірург-гуманіст відповідає на нього таким чином: «...Щастя і здоров'я тісно пов'язані. Без здоров'я немає щастя, але не навпаки. До здоров'я адаптуються і перестають відчувати його як благо.

Взагалі, навіть доводити — здоров'я необхідне. Це базис щастя. Без нього не буде успіху в роботі, в сім'ї, навіть у творчості. Все буде погано.

Здобути здоров'я простіше, ніж щастя. Природа милостива: вона запрограмувала організм з великим запасом міцності, і треба багато старань, щоб цей запас звести до нуля.

Кожна людина може бути здоровою власними зусиллями. Ну, а щастя поодиноці побудувати неможливо — надто велика залежність від людей» [2, с. 154]. М. М. Амосов намагається своїми працями, виступами, власним прикладом переконати людей, що здоров'я можна досягти цілеспрямованими зусиллями самої людини. Проте, для цього слід краще усвідомити, що дійсно існує проблема погіршення здоров'я дітей, яка потребує настійної і пильної уваги всіх людей.

Передусім, слід знати сутність здоров'я. І М. М. Амосов пропонує свої міркування з цієї проблеми. «Що це таке — здоров'я? Стан організму, коли немає хвороби? Інтервал часу між хворобами? Чисто якісне поняття меж «норми»: нормальна температура, нормальна кількість еритроцитів, нормальний кров'яний тиск, нормальна кислотність шлункового соку, нормальна кардіограма?

Ні, визначення здоров'я тільки як комплексу нормальних показників явно недостатнє. Науковий підхід до поняття здоров'я має бути кількісним. *«Кількість здоров'я»* — ось що потрібно.

Кількість здоров'я можна визначити як систему «резервних потужностей» основних функціональних систем. У свою чергу, ці резервні потужності слід виразити через «коефіцієнт резерву», як максимальну кількість функції, що зіставлена з її нормальним рівнем спокою» [2, с. 241]. Зрозуміло, як визнає М. М. Амосов, що окрім цих об'єктивно вимірюваних проявів здоров'я чи хвороби, є ще суб'єктивне самопочуття — здорова чи хвора людина.

Видатний лікар подає також своє розуміння хвороби: «хвороба організму — це порушення взаємодії функцій органів, що самі змінюються у часі, оскільки хворобі властива динаміка, нестабільність.

Хвороба пов'язана з важкими фізичними відчуттями або зі страхом перед болями і смертю. Здоров'я само по собі згадується людиною як щастя тільки тоді, коли його вже немає...

Виміряти здоров'я і хворобу важко, межі між ними провести неможливо.

За однакових подразників слабкий менше натренований і легше захворіє, ніж сильний» [2, с. 245–246].

М. М. Амосов констатує, що «всі функції у живому організмі визначаються генами і реалізуються хімічними процесами ферментативної природи. Кількість функції пов'язана з кількістю білків ферментів, що, у свою чергу, визначається тренуванням, напруженням у попередній час, коли наробка нового білка перевищувала його розпад. Універсальний закон тренування має пряме відношення до здоров'я та його кількості. Цей закон — для всіх віків, а для дитячого — особливо важливий. Справа в тім, що у молодого організму найвища швидкість процесів синтезу, і, тому молоді найбільш здатні до тренування функцій. ...Здоров'я людей в їх руках і здобувається тільки власними зусиллями — «режимом обмежень і навантажень» [2, с. 154–155].

На жаль, як стверджує лікар, після народження дитини цей закон штучно порушується, що призводить до зростання захворюваності молодих поколінь.

До основних чинників порушення «основного закону здоров'я» вчений відносить цілу низку негативних проявів. Це, передусім, зниження імунітету дітей внаслідок детренування їх функцій, надмірного «зовнішнього регулювання» і щадіння дитини та її оточення, обмеження рухів, перегрівання, одноманітність харчування з домінуванням солодощів і добре переробленої їжі з мінімумом овочів і фруктів, захоплення ліками тощо.

На переконання лікаря, слід розірвати порочне коло: «надмірне початкове щадіння — послаблення захисних сил — хвороба — страхи — ще більше щадіння. І так далі.

Якщо до цього додати все ще погану постановку занять фізкультурою в багатьох школах, то гарні прогнози на здоров'я достатньо сумнівні.

Мало вправ у дитинстві не тільки шкодить здоров'ю, але і гальмує психічний розвиток. Рух — це первісний стимул для розуму» [2, с. 156].

М. М. Амосов пропонує свою систему здоров'я, яка складається з низки елементів, таких як фізичні навантаження і тренування органів руху, фізична культура, загартовування, правильне харчування, система напруження, психічні фактори — емоції, перенапруження, страхи, достатній рівень душевного комфорту, сон тощо. Розглянемо їх докладніше.

Тренування органів руху, сугавів, зв'язок нервового апарату, рефлексів досягається через фізичне виховання, вправи, ігри. Як зразок, вчений наводить систему відомого педагога Б. П. Нікітіна, яку

він спостерігав безпосередньо в дії, перебуваючи у підмосковному Болшеві. Для неї властиве раннє залучення дітей до різноманітних рухів, спочатку у рухові співдії з батьками, потім у вправи на простих спортивних знаряддях. Основою цієї системи є «сміливість, довіра до сил і природної обережності дитини, взаємодія дітей різного віку, ігри, змагання, ну і, звичайно, мудре керівництво батька. Допомогає загартованість дітей до холоду, легка одежа» [2, с. 156].

Вчений пропонує і свої рекомендації з оптимізації рухового режиму дітей — від активізації перших рухів немовля вже у перші півроку життя до бажаної щоденної ранкової гімнастики разом із батьками тощо.

Фізична культура — це передусім тренування всього організму з метою підвищення «резервних потужностей» усіх «робочих» і «керуючих» органів. При цьому робота м'язів призводить до підвищеної доставки кисню і глюкози з крові до серця, легенів, печінки. Водночас, фізична культура вимагає певного психічного напруження, тобто фізіологічного стресу, необхідного для надання стійкості «регуляторам» нервової та ендокринної системи. «Загальний тренувальний ефект фізкультури пропорційний інтенсивності й тривалості навантаження. Міра інтенсивності — у причастішанні пульсу і дихання, у потовиділенні, якщо тепло. Без цього вправи майже даремні. Як мінімум, потрібна одна година добрих навантажень з участішанням пульсу до 150–170 ударів на хвилину, коли вимагається зупинка, щоб віддихатися». Останні норми розраховані, звичайно, для молодих і дорослих здорових людей [2, с. 157].

Загартовування, як найважливіший елемент здоров'я, базується на таких принципах, як обережність, поступовість, систематичність. Конкретні поради наведені у відомих керівництвах для загартовування дітей. Найбільш сміливих М. М. Амосов знову відсилає до досвіду сім'ї Б. П. і О. О. Нікітіних, в якій загартовування починається одразу ж після народження дитини і включає в себе повітряні ванни і холодну воду, ходіння босоніж цілий рік, зняття зайвої одежі, уникання «мокрого холоду». До цього ж слід додати раннє плавання, прогулянки і походи на природу тощо [2, с. 157–158].

Правильне харчування є винятково важливим, адже дитина живе і зростає за рахунок їжі. Потреба в їжі регулюється апетитом, при цьому потрібний правильно збалансований апетит. Проте цей регулятор не у всіх установлений правильно. Не слід перебільшувати значення природи, оскільки вона розрахована на дику людину, що

жила в умовах постійної нестачі їжі. В цих умовах апетит забезпечував переїдання для накопичення ресурсів організму на випадок нестачі їжі. Зараз умови змінилися на краще і доцільними є відомі правила і норми харчування.

М. М. Амосов звертає увагу на овочі і фрукти у сирому та обробленому вигляді, оскільки переконаний в їх незамінності, посиляючись на рекомендації Б. Спока. Вчений додає, зокрема, що при зміні дієти відбувається тренування шлунково-кишкової системи, яке вимагає «поступовості, поступовості і поступовості». Він є прибічником певного режиму харчування, оскільки останній привчає до порядку, організованості, дисципліни. Вагу і ріст дитини слід контролювати не менше двох разів на рік [2, с. 158–159].

Система напруження, за М. М. Амосовим — це «не строго окреслена фізіологічна система, що об'єднує підкоркові нервові центри — ретикулярну формацію і гіпоталамус із гіпофізом, центри симпатикусу і пов'язаний з ними наднирковик. Усі разом вони забезпечують психічну напругу, тобто загальний рівень активності мозку, що відповідає труднощі вирішуваних розумом завдань. Ця система включається від почуттів та емоцій, але потім сама себе підтримує за рахунок зворотних зв'язків через гормони, що циркулюють у крові. Тому будь-яке психічне напруження знижується лише поступово. Приємні та неприємні почуття й емоції накладають відбиток на суб'єктивні відчуття, але будь-яке сильне напруження супроводжується зсувом у багатьох фізіологічних тілесних функціях, аж до патологічного стресу» [2, с. 259–160].

М. М. Амосов вказує на те, що психічне напруження залежить від приємних і неприємних емоцій, від інтелекту, від типу темпераменту, типу характеру (песимісти й оптимісти) тощо. Він відмічає також явище «невідпрацьованих рухами емоцій», які особливо неприємні і затягують дію напружень, що відбиваються у підсвідомості та у словесних моделях, у сновидіннях і навіть у «тілесних» захворюваннях [2, с. 160].

Емоції дітей мають певну специфіку — в них переважають процеси збудження над процесами гальмування. Тому їх психіка нестійка. Система напруження формується повільно, ступінь напруження малий. У зв'язку з цим, існує небезпека перетренування системи напруження і виникнення певних дитячих захворювань — порушення кишкового тракту (хронічні запори), нежить і простуди з ускладненнями на вуха, головні болі, підвищена температура, перевтома,

блювання тощо, у віці з 2,5 до 10–11 років. У системі напруження, в емоційній сфері «тілесне» здоров'я зникається з психікою, тому ця система і сфера потребує більш строгого контролю, ніж харчування. Адже «мозок дитини не розрахований на такі навантаження, котрі дає їй сучасне середовище» [там само].

Головним джерелом перенапруження М. М. Амосов вважає неприємні події, які надовго залишають слід. Проте і радісні емоції теж можуть заважати дітям, тому слід оберегати їх від неприємностей і надмірних радощів [2, с. 160–161].

Особливої уваги дорослих заслуговують дитячі страхи, які ще-зають безслідно, якщо до них правильно ставитися. У протилежному випадку можуть розвинути неврози. Лікар подає низку цінних порад, як поводити себе в цих випадках. «Передусім, не боятися — страхи проходять з віком. Не метушитися, не подавати виду, що стурбовані. Не соромити дитину перед іншими. Не примушувати «по-долати» страх, поки не пройде його гострота. Треба поважати страхи дитини, ставитися до її скарг серйозно. Дозволити їй деякий час уникати лякливих об'єктів і ситуацій, а потім допомогти поступово впоратися з ними. Пошукати, чи немає причин, що позбавляють дитину душевного комфорту і підвищують дратівливість, і усунути їх. Змінити обставини. Не поспішати застосовувати психотропні ліки. Дуже важливо налагодити сон і зменшити психологічні навантаження, наприклад, обов'язкові чи престижні заняття» [2, с. 161].

М. М. Амосов вважає проблему сну доволі складною, особливо в сім'ях, де на дитині зосереджено всю увагу. Але для мозку сон є конче необхідний, тому слід докладати всі зусилля для того, щоб дитина мала достатньо тривалий для кожного віку сон. Скорочувати сон ні в якому разі не можна, оскільки він є показником фізичного здоров'я і психічної рівноваги дитини. У дітей до п'яти років важливим є і денний сон.

Отже, як підсумовує М. М. Амосов, «здоров'я дитини складається з чотирьох основних компонентів способу життя: фізичних навантажень, загартовування, харчування і психічного комфорту, включаючи сон. Кожний компонент «режиму здоров'я» діє самостійно і водночас підсилює дію інших. Так, приміром, фізичні навантаження є водночас фізіологічним стресом, що тренує систему напруження без її перевантажень. Перебування на холоді діє у тому ж напрямі і додатково вправляє серцево-судинну систему» [2, с. 161]. Все це забезпечує здоров'я дитини як основу її щастя.

11.2. Спроба подолання старості: останній експеримент видатної особистості

Восени 1992 року, на 80 році життя, М. М. Амосов перестав оперувати, ще раніше відмовився від директорства в Інституті серцево-судинної хірургії і зосередився на філософії, соціології, психології. Проте, не змінився режим вченого: 30 хвилин гімнастики — 1000 рухів, 2,5 км бігу трусцею, обмеження в їжі. Йому «завжди здавалося, що цього достатньо для підтримки здоров'я на цілу вічність» [2, с. 214]. Однак, «через півроку, навесні 1993-го, я відчув, що мене наздоганяє старість. Зменшилися сили, «заржавіли» суглоби, поважчало тіло, стало хитати при ходінні. Я не злякався, але засумував.

Спробував експериментувати з гормонами — приймав 20 мг преднізолону в день. Начебто прибуло життя: тіло знову стало легким, суглоби рухливішими. Але не можна приймати гормони довго, довелося знизити дозу до 3 мг. Ефект зник. У жовтні 1993 року мені замінили кардіостимулятор. Результат відчув одразу: бігати стало легше. Але і тільки. Старість не щезла. Явно позначився кінець життя, і захотілося визначити, скільки залишилося життя і якого.

Передусім, я звернувся до статистики. Середня тривалість наступного життя у нас для 70-річного складає 10 років, для 80-річного — 6 і для 90-річного — 2,5 роки. Навіть сторічна людина може ще прожити близько півроку.

Ще цифри: зі 100 людей, що пережили межу 80 років (як я), до 90 доживає 10, а із сотні 90-річних до 100-річного віку добираються шестеро. За переписом 1970 року, в СРСР людей старше 90 років нараховувалося 300 тисяч, а старіше 100 років — тільки 19 тисяч.

Було цікаво подивитися на «свою компанію» — членів академій. Виявилося, що 86 людей живуть 80 і більше років, 40 дожили до 85 років і тільки 8 переступили 90-річний рубіж. Старіших не виявилося. Таким чином, тривалість життя академіків відповідає середньостатистичним пропорціям. Це означає, що в середньому, після 80 я можу прожити близько семи років.

Та і яке це життя... Надивився я на академіків за свої 30 років академічного стажу. До 80 вони доживають добре, втрачаючи, правда, значну частину фізичного здоров'я, але зберігаючи інтелект. У наступні п'ять років здоров'я сильно погіршується, хоч інерція розуму ще тримається. Далі відбувається відверте постаріння.

Зверніть увагу, як рухаються люди різного віку. Маленькі діти летять підстрибцем, як у невагомості, а старі ледве віддирають пі-

дошви від землі, начебто несуть велику тяжкість. На жаль! Потяжіння я помітив по собі.

І ось, коли пишно відсвяткували мій ювілей, картина майбутнього доживання виникла переді мною в усій красі. Жити залишилося 5–7 років, з хворобами, неміччу, та, не дай Боже, ще у збіднінні розумом. Ні! Не згодний!

Так почалося розмірковування про старість і пошуки підходів до її подолання» [2, с. 214–215].

У своїх роздумах М. М. Амосов розглянув декілька гіпотез про механізми старіння, усвідомлюючи, що вони не претендують на повноту, а деякі вже застарілі. Перерахуємо їх [2, с. 215]:

1. В одній з гіпотез, в основу розуміння старіння покладена ідея про обмежений запас енергії, відпущеного природою кожній людині. Якщо витрачається вся енергія, то людина помирає. Тому, щоб довго жити, слід економити цю енергію. Хоча ця теорія і умоглядна, але на шурах доведено, що коли їх тримати надголодь з народження, то тривалість їх життя продовжується на 30–40%.

2. За другою гіпотезою, старіння відбувається через накопичення «завад», тобто нестандартних хімічних речовин, що потрапляють в організм зовні або утворюються внаслідок помилок синтезу і заважають виконанню функцій. Ця гіпотеза підтверджується мікроскопічними дослідженнями клітин організму старих.

3. Третій підхід базується на фактах локалізації «перешкод» на молекулярному рівні, у вигляді змін у колоїдах, накопиченні неактивних «зчеплених» молекул, сильних окислювачів «гіпероксидантів», «вільних радикалів».

4. Ще один підхід передбачає вплив порушень в імунній системі, яка втрачає здатність розпізнавати і знижувати нестандартні білки, що з'являються внаслідок порушень в їх самооновленні.

5. Згідно з п'ятою гіпотезою, старіння залежить від погіршення роботи «регуляторів», передусім, в ендокринній системі.

6. Розглядається також гіпотеза В. В. Фролькіса: первісно вражаються регуляторні гени геному, внаслідок чого страждає регуляція клітин, а тому і функції органів. У відповідь на це, вступають в дію компенсаторні механізми, спрямовані на зменшення патологічного ефекту первісних уражень (так званий «вітаукт»).

7. За сьомою гіпотезою, в геномі, що регулює діяльність клітин, відкритий «ген старіння», який діє через білок-фермент «тело мєразу», що блокує ділення клітин і синтез нових білків, необхідних

для ефективної життєдіяльності. З віком активність гену падає і оновлення клітин та їх структур уповільнюється — організм старіє. Багато клітин відмирає — так званий «апоптоз» [2, с. 215].

М. М. Амосов формулює власне припущення щодо природи старіння, яке кореспондується з відомою гіпотезою генетичної запрограмованості старості. Всі живі істоти функціонують за біологічними програмами, що забезпечуються запасом певної (проблематичної) «енергії активності Х», яка має свій «потенціал». Його зміни знаменують певні «етапи програми»: підготовки до розмноження, власне розмноження, доживання. При цьому можна припустити накопичення деякої «гальмуючої речовини Y», що, можливо, представлена «геномом старіння».

Водночас, як зауважує вчений, «запрограмованість етапів старіння в часі не є жорсткою. Схоже, що витрати енергії Х чи накопичення речовини Y залежить від двох типів зворотного зв'язку: по-перше, від стимулюючих дій середовища і, по-друге, від зв'язків м'язів з регулюючими системами організму. І ще: можливо, що енергія Х не тільки витрачається, але і частково відтворюється, уповільнюючи темп реалізації програми старіння...

Незрозуміло, чи існує спеціальна програма старечих змін після завершення етапу розмноження, чи просто відбувається деградація організму внаслідок послаблення зворотних зв'язків. В останньому випадку відіграє роль вже не тільки зменшення енергії Х чи накопичення фактору Y, але й зовнішнє середовище і поведінка індивіда» [2, с. 216].

Виходячи з цих міркувань і розглядаючи механізм людини як систему, М. М. Амосов висуває основну ідею експерименту з подолання старості: «Я захотів *зусиллями волі* розірвати ці порочні зв'язки: фізичними навантаженнями підвищити тренованість, а падіння мотивів від вичерпування потреб компенсувати мотивами від переконань, від ідеї. Використати унікальну якість людського розуму: створити *ідею* і так натренувати її, щоб вона змогла частково замінити біологічні потреби, які згасають при старінні» [2, с. 218].

Показово, що в основу експерименту вчений покладає саме можливості особистості, зокрема, силу характеру власної творчої особистості. Він прямо вказує: «Таким чином, у дієздатності особистості, тобто в її здатності до напруження, до праці, беруть участь як гени, що визначають індивідуальність, а також процес старіння, так і середовище. Вони через свої «шкали плат», реалізують генетичні можли-

вості особистості до напружень і тренування. Старіння зменшує дієздатність, знижує потреби, відображені у регуляторах, і можливості робочих органів. У них начебто сумуються зменшення з перевтомою» [там само]. Ось чому головним засобом експерименту є тренування, вправи, спрямовані волею особистості! При цьому особливої уваги потребує досягнення тренувального ефекту м'язової роботи для нервової та ендокринної системи, адже робота м'язів спонукає їх функціонувати з підвищеною потужністю, тому вони теж тренуються.

Відповідно до цих міркувань, видатний вчений розробив методику власного омолодження, тобто підвищення дієздатності старіючого організму, що дозволяє посунути «назад» його біологічний вік. Він ретельно обґрунтовує індивідуальні, для себе, норми витрат енергії і фізичного навантаження, враховуючи як науковий досвід спеціалістів, зокрема, ідеї І. А. Аршавського, Б. П. Нікітіна, рекомендації К. Купера, так і практичний досвід, приміром, абхазьких довгожителів, і конструює методику експерименту, що має три пункти [2, с. 222].

1. Фізичні вправи: ранковий біг 4–6 км за 40–60 хвилин; гімнастика з 5-кілограмовими гантелями в руках — 6 вправ (нахили назад, вбік, уперед, повертання корпусу, підйом рук вверх і вперед), усього 2500 рухів. Плюс попередні 1000 рухів без гантелей, але у швидкому темпі. І ще 200 підскоків і 3–5 підтягувань на турніку. Гімнастика виконується у 3–4 прийоми, зазвичай під телевізор, щоб не втрачати час. Вона займає 2 години. Понад це — ходіння у справах 20–40 хвилин, доволі швидко. Отже, на круг, виходило 3–3,5 години доброго навантаження.

2. Дієта з обмеженням жирів та цукру: орієнтовно 300 г сирих овочів і фруктів за принципом «листя, плоди, корені» (капуста, буряк, морква, огірки, томати, яблука та ін.). Хліба 300 г на день, картоплі дуже мало, молока 0,5 л (з ранковою кавою), цукор за смаком, м'ясо, ковбаса — 300 г на день, можна олії, в кашу чи салат, плюс шматок сиру.

Кількість їжі регулюється відповідно до ваги тіла, яка вже довгі роки постійна у М. М. Амосова — 52–53 кг, що на 5 кг менше мінімуму і на 12 кг максимуму, рекомендованих американськими нормами для росту 167 см. Кожна складка на животі — 1 см, а талія, судячи по старому ремню, не змінюється вже 40 років.

3. Загартовування для тренування терморегуляції, профілактики застуд і зміцнення регуляторів «стресової системи». Щоденна ванна з теплої води, легкий одяг, хоча це визнається вченим недостатнім [2, с. 222].

М. М. Амосов мав можливість сам оцінити результати свого унікального експерименту, хоча й не розраховував на справжнє омолодження, маючи на увазі «запрограмованість старіння в генах». Він висловлює свої домагання наступним чином: «Немає надії, що я помолодшаю і проживу зайвих 15–20 років. Важко сказати, чи здійсняться мої надії на 10 років, які базуються на ідеальній кривій старіння (див. в [2, с. 219]. Впевнений (майже!), що ефект повинен бути якщо не у багатьох зайвих роках життя, то вже точно в його якості» [2, с. 223].

Слід зазначити, що сам стартовий вік експериментатора, 80 років, вже априорі довів ефективність запропонованої ним програми, якщо врахувати ту обставину, що за свідченням самого М. М. Амосова, його предки жили не більше 50–60 років. Адже покладені в основу методики принципи, в цілому, відповідали попередньому способу життя вченого.

Через два роки після початку експерименту, у березня 1994 року, вчений підвів його попередні результати, які, в цілому, підтвердили його думку: «омолодження можливе» [2, с. 224]. Отже, впродовж двох років:

1. Хвороб не спостерігалось, якщо не рахувати грипу у січні 1996 року. Щезли ознаки стенокардії. Вчений почував себе, загалом, «зовсім здоровим, за винятком невеликих ознак старості... і зменшення сенсу життя» [2, с. 222].

2. Стан органів, серця (зі стимулятором, під контролем ЕКГ, УЗД, рентгену тощо), легень, шлунку, печінки, простати, в цілому, задовільний із певними зауваженнями.

3. Апетит нормальний, вага тіла стабільна, жирова прокладка не змінюється.

4. Психічний тонус підвищився, хоча терпимо знижується пам'ять, погіршується слух на одне вухо.

5. Головний зсув — прийшло відчуття фізичної міцності. «Хочу і бігаю так само, як і 10 років тому, коли вшили перший стимулятор. Але все ж таки гірше, ніж до блокади серця».

6. «Не все, втім, виглядає блискучо. Саме у руховій сфері залишилися труднощі і відчуття скутості та інерційності при переході від спокою до рухів, невеличкі порушення координації, нетверда хода, особливо в темряві і по сходинкам. Однак є безсумнівний прогрес. На самому початку експерименту я взагалі не міг стояти на одній нозі, тим більше плігати. Із закритими очима і зараз витримую

лише 10 секунд. Це означає, що координуючі рівновагу і пам'ять відділи нервової системи старіють за автономною програмою й експериментом це не зупинити. Дай Боже — уповільнити. Сумно.

Якщо б не ці порушення, то взагалі не відчував би старості, як було у 65 років. Зовсім цього не викоринити, але на покращення ще сподіваюся» [2, с. 224].

М. М. Амосов особливо виділяє психологічні проблеми, які супроводжували експеримент. Це, передусім, смисл того, що робилося вченим, сенс самого експерименту. Він усвідомлює, що «для оцінки смислу проведення експерименту треба зіставити збільшення задоволення від життя після «омолодження» з його безсумнівним зменшенням від важкого режиму» [2, с. 225]

«Мій особистий сенс в експерименті безсумнівний: це цікаво. На скільки років вистачить — не знаю.

У плані особистого, «тілесного задоволення від життя, з поправкою на експеримент, справа є благополучною. Старість не щезла, але швидких неприємностей від хвороб не очікую. Якщо серце не підведе. Розміри його збільшилися.

До здоров'я, одначе, звикаєш, і радість від нього згасає.

Пожити повноцінно ще можна б, якби не порушилися стосунки із суспільством. Мої суспільні потреби залишилися, сили тепер повернулися, але все одно: «потяг пішов» [2, с. 226]...»Для мене смисл в експерименті все ж таки є, хоча б у тому, що нахожусь «при справі». Раджу кожному пошукати свій сенс» [2, с. 227].

Були в ході експерименту для вченого і важкі часи, пов'язані зі збільшенням взимку 1996 року обсягу серця, а навесні 1997 року — нападів стенокардії, певних зривів, що визвало звуження експерименту. Переніс операцію на серці в Німеччині 29-го травня 1998 року... Тільки у лютому 1999 М. М. Амосов почав повертатися до експерименту, влітку того ж року старість почала відступати, тому поступово було збільшено навантаження. Експеримент тривав далі.

У травні 2001 року М. М. Амосов констатує, що його переконання не змінилися, навіть зміцнилися. Він збагатився досвідом власної хвороби й експерименту. «Відтворився інтерес до науки і з'явився бажання жити... Живу активним життям: пишу статті і книги, маю свою сторінку в Інтернеті. Обстежуюся кожні півроку: поки все благополучно. Аналізи відмінні. Серце зменшилося у розмірах до рівня на початку експерименту. Ні, старість не щезла: рухи все ж скуті, на сходинках — хитає. Але по вулицях ходжу доволі швидко,

особливо, коли розійдусь, і у громадському транспорті їзджу. На жаль, періодично виникають короткочасні неполадки: то двоїться в очах, то запаморочення, то тахікардія. Такого гарантованого здоров'я, як у молодості, звичайно, немає. Погіршилася пам'ять на останні події, правда, поки що в допустимих межах: головне зберігається. Доводиться записувати. Але логіка мислення начебто зберігається.

Дуже важливо, знову ж таки, керувати психікою: від стресів хвороб виникає більше, ніж від усіх інших причин.

У цьому плані дуже корисно навчитися медитації...

Думка про експеримент після семи років: все одно впевнений, що при здоровому серці великі навантаження забезпечать активне життя до 90 років і, навіть, до ста. Але радити — остережуся. Досвід — малий» [2, с. 230].

Ці драматичні хроніки експерименту вражають. Вони визивають гордість за силу духу людини, яка зробила виклик самій смерті.

Останні опубліковані записи щодо експерименту М. М. Амосов зробив 25 липня 2001 року.

Ще раніше, 6 червня цього ж року, був замінений відпрацьований електростимулятор серця. Були певні ускладнення після операції. «Серце запрацювало добре і з кінця червня я відтворив біг у парку. Виявилось, що за два місяці перерви у бігу м'язи вже детренувалися, і на досягнення попередніх дистанцій знадобилося три тижні.

Ну, а що стосується старіння — то воно — на жаль! — йде. Це виявляється у невірності рухів при ходінні, особливо — по сходах і з перешкодами: за кожним кроком треба слідкувати. Дивно, але бігати трусцею це не заважає: повторюються стереотипні підскоки, по прямій і рівній дорозі, та ще й з невеликим ухилом... Рухи руками абсолютно вільні і впевнені. Так що на комп'ютері друкую добре. Пам'ять страждає: забуваються головним чином імена. Пристосовуюсь.

Наступну планову зупинку очікую через декілька років, коли відмовить протез клапану.

Це — все. Живу: думаю, читаю і ще плани будую — писати книги. Експеримент продовжується...» [2, с. 231].

...12 грудня 2002 року, на 90-ому році життя, Микола Михайлович Амосов відійшов у вічність... У вічність — бо залишиться назавжди у пам'яті нащадків його дивовижне життя яскравої геніальної особистості, котра творила, підтримувала, орієнтувала на добро мільйони життів своїх сучасників, для яких видатний вчений був

живою легендою, уособленням народної совісті, чесності, мудрості, ідеалом, вчителем, наставником.

Автор цих строк ніколи не забуде, що розпочав свій шлях у психології під впливом прочитаних у 1965–1966 роках книг і статей Миколи Михайловича, які власне і визначили вибір для навчання факультету психології Московського державного університету ім. М. В. Ломоносова. Після його закінчення і переїзду до Києва (поближче до М. М. Амосова) запам'яталися чесні, фундаментальні лекції видатного хірурга і кібернетика на біологічному факультеті Київського державного університету імені Т. Г. Шевченка, яскраві виступи мудрої людини і філософа перед громадськістю у Будинку вченого, щаслива участь, разом із першим нашим науковим керівником, кандидатом психологічних наук Бондаровською Валентиною Матвіївною, у роботі методологічного семінару М. М. Амосова по біологічній кібернетиці в Інституті серцево-судинної хірургії.

М. М. Амосов був абсолютно чесний і відвертий у своїх твердженнях і висловлюваннях — аж до несподіваності і шокування оточуючих. Це відчували на собі і слухачі його популярних серед киян публічних лекцій і студенти Київського державного університету імені Т. Г. Шевченка, котрим він викладав спецкурс з біологічної кібернетики. Автору цих строк пощастило відвідувати, в якості вільного слухача, цей спецкурс у 1972–1973 навчальному році. На все життя запам'яталися яскраві, оригінальні, пророчі думки академіка. Особливо вразили тоді і закарбувалися в пам'яті його слова про те, що людина, як вид *homo sapiens*, є дивна істота. Так, вона єдина серед інших живих створінь, що... вбиває в масовому порядку представників свого виду, тобто собі подібних... А з іншого боку — вона найчастіше, у порівнянні з іншими видами, і водночас — найменш продуктивно, з точки зору відтворення потомства, займається сексом... І подібних висловлювань, особливо щодо справжньої моральності «людини розумної», яка породжує трагічні проблеми для самої себе і людства, було чимало... Разом з тим, він був реальним оптимістом, переконаним в тому, що Добро, у важкій і неперервній боротьбі зі Злом, все ж таки, іноді відступаючи, буде брати гору... В цьому шановний академік, в кінці свого життя покладався і на церкву...

У травні 2008 року, в ході всеукраїнської телевізійної акції «Великі українці» М. М. Амосов був поставлений, у списку зі 100 видатних діячів українського народу всіх часів, на друге місце — після київського князя Ярослава Мудрого. Тим самим більш як 2,5 мільйони

телеглядачів країни віддали належне моральності, розуму, мудрості, гуманізму, щедрості душі, реальній професійній праці видатної особистості вченого і хірурга — у справі захисту і збереження життя тисяч людей, що у немилосердному, жорстокому світі є справжнім людським подвигом.

Автору цих строк, як і тисячам киянам, запам'яталися і випадкові, але незабутні особисті зустрічі з академіком у Ботанічному саду, під час його бігу славнозвісною на всю Україну трусцею, в бібліотеках, книгарнях, навіть у вагоні метро, коли з його вуст одного разу злетіло особливе, батьківське звернення до нікому ще тоді невідомого кандидата наук, майбутнього автора цієї книги: «Як життя, козак?!»

Дякуємо Вам, дорогий Вчителю, Вчений, Лікарю, Громадянине!

11.3. Поради пацієнтам кардіолога, професора К. М. Амосової, доньки великого кардіохірурга-гуманіста

Катерина Миколаївна Амосова продовжила справу свого геніального батька і стала кваліфікованим кардіологом, керівником провідного медичного закладу освіти України — ректором Національного медичного університету імені О. Богомольця, спеціалістом з величезним професійним досвідом лікування кардіологічних хворих. Вона написала 2021 року книгу «Кардіологія у мене в крові», в якій, зокрема у розділах «Кардіологія для всіх» і «Секрети здорового серця» містяться поради кардіолога-практика для «серцевих» пацієнтів і колег [4, с. 167–251]. Наведемо міркування К. М. Амосової у скороченому та узагальненому вигляді.

У своїх розмірковувань вчений виходить з ключових положень про те, що у сучасних умовах «патерналістична модель взаємовідносин у медицині, так само як і в освіті, лишилася у минулому» і «за здоров'я відповідають обоє: лікар і пацієнт» [4, с. 167]. Партнерська модель взаємовідносин в процесі лікування кардіологічних хвороб передбачає, що «пацієнт має отримати достатньо повну інформацію про сутність захворювання, його прогноз, існуючі варіанти лікування, їх ефективність і можливі ускладнення. Це підготує його до участі у прийнятті рішення щодо плану діагностики й лікування. Крім медичних та фінансових аспектів, такий план має враховувати індивідуальні потреби, уподобання і побажання пацієнта. І йому не варто соромитися їх висловлювати, а лікар не має ними нехтувати.

Варто усвідомлювати, що у разі спільного прийняття рішень спільною є і відповідальність за наслідки» [4, с. 168].

К. М. Амосова не зупиняється на цьому і рекомендує, як правильно побудувати консультацію пацієнта у кардіолога, на які питання має зробити акцент у ході комунікації зі спеціалістом. І на цій основі — побудувати плановий «технічний огляд» стану власного здоров'я, зокрема об'єктивного обстеження серця і судин і спростування поширених інформаційних міфів у цій справі [4, с. 170–180].

Заслужують на увагу висунуті К. М. Амосовою «ТОП-15 правил для здорового серця й не лише» [4, с. 208–250]:

1. Профілактика серцево-судинних захворювань. Свіжі акценти в старих істинах. К. М. Амосова радить регулярно проводити комплексні об'єктивні обстеження серця й усього організму та консультації зі спеціалістами, керуючись останніми рекомендаціями авторитетних зарубіжних установ, зокрема Американської асоціації кардіологів і Американського коледжу кардіології (2019 рік). Так, Європейське товариство кардіологів поширило у 2021 році свої уточнені рекомендації щодо модифікації способу життя, серед яких є наступні:

- скоротити тривалість сидячого способу життя та займатися хоча б мінімальною активністю протягом дня для зниження загальної та серцево-судинної смертності;
- дотримуватися середземноморської чи подібної дієти для зниження ризику розвитку ССЗ;
- обмежити вживання алкоголю (етанолу) до 100 г на тиждень;
- їсти рибу, бажано жирну, хоча би раз на тиждень та обмежити вживання м'яса;
- утримуватися від уживання солодких напоїв, включаючи фруктові соки тощо.

Враховуючи, що рекомендації постійно оновлюються, треба регулярно слідкувати за їх змінами.

2. Здоровий спосіб життя. Хоча шановна К. М. Амосова опускає в даному пункті відомі рекомендації, але ми все ж таки повторимо загальноприйняті складові здорового способу життя — це уникнення стресів, конфліктів, звичок до паління, алкоголізму, вживання наркотиків і шкідливих речовин, встановлення гармонійних стосунків з оточуючими людьми, з природою, правильне, не надмірне харчування, раціональний режим праці та відпочинку, позитивне й оптимістичне ставлення до оточення і себе, розумне відношення

до життя, звернення більшої уваги на останні рекомендації науки і здоровий глузд. Про це говорив і академік М. М. Амосов, на це звертають увагу усі спеціалісти по здоровому способу життя.

3. Контроль неочікуваних факторів ризику і «викликів» серцевих нападів. К. М. Амосова наводить як відомі, так і «маловідомі чинники і механізми впливу, знання яких може стати в пригоді для попередження нападів стенокардії» [4, с. 209–212]. До числа перших вона відносить фактори, що свідчать про можливу появу серцевих нападів — це ожиріння, паління, підвищений артеріальний тиск, діабет, ранні (до 55–60 років) інфаркти й інсульти у родичів. До числа інших нею відносяться: *дефіцит нічного сну, наявність мігреней, холодна погода, забруднення повітря, у тому числі від автомобілів, надмірні порції їжі за один прийом, сильні позитивні емоції, різкий початок інтенсивного фізичного навантаження, грип та інші гострі респіраторні інфекції, бронхіальна астма, різке вставання з ліжка вранці, стрес унаслідок природних і неприродних катастроф, секс, як будь-яка фізична активність, стрес, пов'язаний з уболінням під час спортивних змагань, абстинентний синдром (впродовж декількох днів тверезості після зловживання алкоголем)*. Проте статистична доведеність зв'язку серцевих хвороб з цими чинниками не означає «приреченість» конкретної людини.

4. Уміння діагностувати справді хворе серце. К. М. Амосова пропонує покроковий порядок визначення серцевого болю та його відмінності від звичайного болю [4, с. 212–214]:

1-й крок. Треба вміти відокремлювати гострий біль у грудях, що виникає вперше, від болю, що повторюється.

2-й крок. Треба вміти вирізнити можливу стенокардію, що виникає внаслідок епізодичного зменшення кровопостачання окремих відділів серця, з-поміж усіх інших, здебільшого несерйозних і «несерцевих» причин, давши собі відповіді на три питання, які зазвичай ставить і лікар-кардіолог: Де саме болить і який характер має біль? З чим безпосередньо пов'язане виникнення болю? Що допомагає?

Для типової стенокардії характерні три критерії:

– біль відчувається за грудиною (НЕ зліва, в так званий «ділянці серця») та/або в шиї, плечах, нижній щелепі, лівій руці чи в обох руках, має стискаючий характер;

– біль пов'язаний із фізичним навантаженням, в тому числі і невеликим або стресом;

– біль проходить упродовж п’яти хвилин після припинення рухів або прийняття нітрогліцерину.

Наявність двох із трьох критеріїв свідчить про атипову стенокардію. «Нестенокардичний біль» має наступні ознаки:

- триває довго, понад 30 хвилин, іноді годинами, хвилеподібно;
- виникає без причини в спокої;
- виникає на висоті вдиху або під час рухів;
- супроводжується серцебиттям, запамороченням, «клубком у горлі».

К. М. Амосова, зауважує, що, відповідно до міжнародних рекомендацій, за відсутності поставленого раніше кардіологом діагнозу хвороби серця і наявності факторів серцево-судинного ризику (див. пункт 3) для виключення стенокардії можна зупинитися і навіть не робити ЕКГ. Проте наявність певних «підозрілих» змін потребує уточнення і проведення подальших, складніших досліджень, в тому числі і за допомогою ЕКГ.

5. Контроль факторів, що провокують гіпертензивний (старий і, мабуть, більш зрозумілий термін — «гіпертонічний») криз. Ризик виникнення гіпертензивного кризу у пацієнтів з АГ підвищується за наступних умов:

- при поганому контролю тиску під час планового лікування, коли на тлі регулярного прийому ліків тиск залишається вищим за 130/80;
- при самовільному припиненні приймання призначених лікарем антигіпертензивних препаратів;
- при накопиченні надлишку рідини у кров’яному руслі внаслідок систематичного зловживання сіллю;
- у вагітних;
- при захворюваннях щитоподібної залози, нирок, наднирників, інсульті, серцевому нападі;
- при вживанні кокаїну й амфетаміну;
- при припиненні приймання бензодіазепіну (діа-, гіда-, фената інші -зепами), а також фенобарбіталу, який входить до складу корвалолу (є люди, які п’ють корвалол регулярно);
- при палінні й (зло)вживанні алкоголю, делірії;
- при опіках, травмах, особливо черепно-мозковій, операціях (унаслідок болю) [4, с. 214–215].

6. Фактори, що можуть підвищити АТ (крім солі та стресу). Кардіолог зауважує, що, крім звичайних нетривалих підвищень

артеріального тиску протягом дня, у хворих з артеріальною гіпертензією зміни можуть пролонгуватися і посилювати ушкодження «органів-мішеней» — судин, серця, мозку, нирок. Їх можуть провокувати:

- *Цукор*, особливо після кулінарної обробки;

- *Самотність*, у сенсі відсутності почуття достатнього зв'язку з оточуючими;

- *Біль* — наприклад, защемлений палець, ін'єкція, укуси бджоли тощо;

- *Апноє сну, або нічне апноє* — частий стан переривчастого дихання під час сну в осіб з ожирінням, що лікується нормалізацією маси тіла;

- *Дефіцит калію в раціоні, який потребує збільшення вживання продуктів з підвищеним змістом калію* — броколі, шпинату, молочні (але нежирні) продукти, фрукти, бобові, горіхи, банани тощо. При цьому не слід покладатися на такі «джерела калію», як аспаркам і панангін, які неефективні в цьому відношенні;

- *Захворювання щитовидної залози;*

- *Повний сечовий міхур*, особливо у людей похилого віку;

- *Зневоднення організму*, наприклад, у спеку;

- *Розмова*, особливо на її початку, при високому рівні емоційності та тривожності предмету розмови;

- *Візит до лікаря*, що пов'язаний з хвилюванням типу «ефект білого халату», яке проходить через декілька хвилин спілкування і залежить від довіри до лікаря та впевненості у його кваліфікації.

7. Правильна медикаментозна корекція порушень обміну ХС.

При вирішенні проблеми порушення обміну холестерином К. М. Амосова виділяє три аспекти [4, с. 218–219]:

По-перше, якщо пацієнт має діабет і в нього значно підвищений рівень «поганого» ХС (рівень ліпопротеїнів низької щільності — ЛПНЩ — більше 4,9 моль/л), то призначаються статини;

По-друге, у пацієнтів віком 40–75 років без діабету при ХС ЛПНЩ менше 4,9 має бути оцінений 10-річний ризик ССЗ (за допомогою оновленого американцями онлайн-калькулятора). При цьому калькулятор урахує вік, стать, расу, рівні систолічного АТ, загального ХС, який відображає рівень «поганого» холестерину, і додатково — ХС ЛПВЩ, тобто рівень «доброго» холестерину, наявність діабету, паління (нині та в минулому), актуальне лікування АГ і прийом статинів. Кардіолог враховує й інші умови й фактори виникнення ризику в індивідуальному плані;

По-третє, береться до уваги результат комп'ютерної томографії серця (КТ) без контрасту — калій-скорінгу, який базується на виявленні в судинах атеросклеротичних бляшок, які з часом наповнюються кальцієм. Це є необхідним, оскільки пацієнт суб'єктивно доволі довго може не відчувати симптомів хвороби. Метою лікування є зменшення частоти інфаркту шляхом запобігання дестабілізації бляшок і тромбозу разом із недопущенням росту бляшок і утворення нових, що є цілком реальним. Разом з тим, не існує певних «норм» наявності ХС. Кардіолог орієнтується на цільові рівні для різних категорій пацієнтів залежно від їхнього сукупного серцево-судинного ризику. Для осіб без захворювань серця і судин допустимий рівень вищий, ніж для пацієнтів зі стенокардією чи інфарктом.

8. Без паніки! Гіпертензивний криз чи хибна тривога? Гіпертонічний криз — це підвищення артеріального тиску понад 180/110! Чим частіше ви вимірюєте тиск, тим більше підвищених значень можете отримати, що є реакцією на емоції, стрес, переповнений сечовий міхур і ще багато чого. К. М. Амосова пропонує низку варіантів реакції на цю подію [4, с. 220–222]. Тут може бути два варіанти поведінки.

Перший варіант — коли так звані «червоні прапорці» (див. далі) не перейдені. Тому треба передусім фізично та емоційно заспокоїтися, посидіти і продумати ситуацію. При надмірному відчутті тривоги для заспокоєння можна прийняти корвалол, що не є серцевим засобом. Через 30 хвилин треба перевиміряти тиск: він має знизитися на понад 20%.

Другий варіант, коли відчуються «червоні прапорці» ускладнень — різкий біль у грудях, ядуха, порушення свідомості (в тому числі загальмованість), порушення мови, зору, рухів у кінцівках, асиметрія обличчя (так звана вогнищева симптоматика). В такі ситуації треба одразу викликати екстрену медичну допомогу (ЕМД).

У цей перелік не входять такі прояви, як головний біль, нудота, шум у вухах, дискомфорт у грудях, серцебиття, невелика нестача повітря — вони притаманні неускладненому кризу.

При цьому варто діяти самостійно, усвідомлюючи важливі наступні речі:

- цей криз не пов'язаний із підвищеним ризиком інфаркту й інсульту;

- позитивний ефект від різкого зниження АТ за допомогою внутрішньовенного введення ліків і прийому жмені пыгулог не доведений.

Навпаки, є ризики минущої ішемії (зменшення кровотоку) мозку і серцевого м'яза та короточасної втрати свідомості (синкопе) внаслідок надмірно різкого зниження АТ.

За світовими рекомендаціями, лікування такого стану передбачає поступове зниження систолічного АТ приблизно на 25% через 24–48 годин. Якщо ж через 30–60 хвилин АТ низився недостатньо, то залежно від рівня АТ і преференцій пацієнта є наступні два варіанти дії:

1. Збільшити дозу своїх планових антигіпертензивних ліків при наступному прийомі або додати резервний «плановий» препарат. Лікарі зазвичай обговорюють це з пацієнтами під час консультації — очній чи по телефону.

2. Прийняти додаткові засоби нетривалої дії для зниження АТ у таблетках — каптоприл, або каптопрес, анаприлін, сечогінне (фуросемід). Артеріальний тиск починає знижуватися через 30–60–90 хвилин. Але, оскільки після прийняття вказаних препаратів може зменшуватися частота пульсу, то при брадикардії і блокадах серця вони протипоказані. До інших протипоказань відносяться бронхіальна астма й важка серцева недостатність. В таких випадках слід звернутися до визнаних у світі препаратів — лабеталолу (трандат, 100 мг), який розширює судини.

К. М. Амосова не рекомендує використовувати:

- короткодійний ніфедипін у таблетках і краплях — через шкідливість ефекту «рикошету» після первинного розширення судин;
- внутрішньом'язові ін'єкції магнезії, діабазолу і папаверину як неефективні.

Для запобігання «стрибків» АТ лікар рекомендує:

- орієнтуватися на дані АТ «у спокійному стані»: вранці — до ранкових активностей і прийому ліків, увечері — перед сном, а не показники АТ протягом дня. Їх короточасне підвищення є природним, оскільки пов'язане з викидом гормонів при фізичній та емоційній активностях, які звужують судини і збільшують серцевий викид. Такі підвищення АТ нетривалі і після 30 хвилин спокою АТ зазвичай знижується сам;

- не пропускати приймання планових ліків від АГ і не зменшувати самостійно дози, навіть якщо цифри ранкового і вечірнього АТ в межах норми;

- обмежити вживання солі, в тому числі прихованої — у готових м'ясних та інших продуктах, а також алкоголю. Гарна новина: пити каву можна!

– Не користуватися біологічно активними добавками без обговорення з лікарем, оскільки багато з них містять або стимулятори, або речовини, які послаблюють дію антигіпертензивних ліків (білоба, звіробій, анаболіки).

9. Грамотне поводження з низьким АТ. В даному пункті своїх Правил К. М. Амосова щедро ділиться порадами щодо поведінки пацієнта в ситуаціях з низьким АТ [4, с. 223–228]. Мова йде про такі ситуації, коли нормальний артеріальний тиск 120/80 різко знижується до рівня нижче 90/60, що лікарі умовно називають «гіпотензією». Остання зустрічається значно рідше, ніж гіпертензія, і зі скаргами на неї пацієнти звертаються рідше.

Лікар наводить свіжі дані про те, що більш низький систолічний АТ у діапазоні 90–120 мм рт. ст. дає додаткові переваги, тобто зменшує ризик інсульту та інфаркту, а стартово нижчий тиск дає певну «фору» для підвищення АТ з віком внаслідок ущільнення аорти.

Хронічна гіпотензія без симптомів або з самою лише «слабкістю» за відсутності органічних захворювань може траплятися в будь-якому віці і здебільшого не є чимось серйозним. Відчуття «слабкості» нерідко навіяне тривогою після вимірювання «низьких» цифр АТ. Молодим у таких випадках часто ставився надуманий діагноз «нейроциркуляторна дистонія за гіпотонічним типом». Лікування елеутерококком, женшенем, гомеопатією, яке іноді призначають, насправді не потрібне [4, с. 224]

Проте гіпотензія може бути також одним із багатьох проявів органічних захворювань і патологічних станів, які вимагають спеціального лікування. Лікар їх завжди виключає під час обстеження таких пацієнтів при:

- вагітності;
- ендокринних захворюваннях, тобто хворобі щитоподібної залози зі зниженням її функції, недостатності продукції гормонів наднирників (хвороба Аддісона), цукровому діабеті, при надмірному зниженні рівня глюкози в крові (гіпоглемія);
- хронічній серцевій недостатності, яка ускладнює важкі органічні захворювання серцево-судинної системи, наприклад після інфаркту, при кардіоміопатіях, деяких вадах серця.

К. М. Амосова виділяє гострі стани гіпотензії, які супроводжуються раптовим зниженням АТ, такі як:

- гостра серцева недостатність і кардіогенний шок при інфаркті міокарда, деяких аритміях, масивній тромбоемболії легеневої артерії;

– гостра судинна недостатність і некардіогенні шоки (алергія, сепсис, крововтрата);

– перегрівання і тепловий удар;

– переохолодження.

Ці стани супроводжуються різкою слабкістю, задишкою, іноді запамороченням, холодним потом. Вони становлять загрозу для життя і тому потребують термінового виклику екстренної медичної допомоги.

Швидкоплинне зниження АТ, що може відновлюватися самостійно, часто виникає після різкого підйому на ноги з положення лежачи або сидячи і називається постуральною або ортостатичною гіпотензією. Вона іноді виникає у разі тривалого стояння в спеку.

Це відбувається тому, що у вертикальному положенні певна кількість крові накопичується в судинах нижніх кінцівок і її прилив до серця і мозку може тимчасово зменшитися. Нервова саморегуляція зазвичай швидко виправляє це шляхом збільшення частоти серцевих скорочень і звуження системних вен. Але така пристосувальна реакція може «запізнюватися» і тоді можливе запаморочення або раптова тимчасова втрата свідомості (синкопе).

Вірогідність постуральної гіпотензії збільшується з віком, сягаючи після 65 років 10–20% звернень. Ці ситуації як правило відновлюються самостійно, але потребують уваги через загрозу падіння і виникнення травм.

До факторів і механізмів виникнення й розвитку постуральної гіпотензії К. М. Амосова відносить:

– зневоднення в спеку, після приймання сечогінних препаратів, блювання, діареї, гострої крововтрати, в тому числі у жінок щомісяця;

– погіршення функції вегетативної нервової системи при захворюваннях/ураженнях периферійної нервової системи, зокрема при діабеті та хронічному алкоголізмі, а також при деяких патологіях центральної нервової системи;

– збільшення жорсткості стінки аорти й артерій з віком, при артеріальній гіпертензії, атеросклерозі.

Тригерами на цьому тлі можуть виступати гострі інфекції з лихоманкою, велика порція ситної їжі та приймання ліків. В останньому випадку це:

– усі основні групи медикаментів, які використовують для лікування артеріальної гіпертензії, — і не лише діуретики. Тому у літніх пацієнтів з артеріальною гіпертензією, особливо після епізодів втрати свідомості, лікар вимірює тиск двічі: сидячи й одразу після вставання.

Водночас зниження систолічного АТ на понад 20 мм рт. ст. вказує на ризик постуральної гіпотензії та потребує профілактики (див. далі);

- нітрати, включно з нітрогліцерином, які використовують при стенокардії;

- препарати для лікування еректильної дисфункції (силденафіл);

- седативні, нейролептики, трициклічні антидепресанти.

Профілактика постуральної гіпотензії передбачає [4, с. 227–228]:

- недопущення зневоднення, утримання від алкоголю і напруження сил, обмеження часу перебування у вертикальному положенні, під гарячим душем і у ванні з гарячою водою;

- перегляд схеми антигіпертензивної терапії лікарем-кардіологом;

- при «звичних» епізодах непритомності, що може вказувати на стійку вегетативну дисфункцію, додаткові опції — це еластичні панчохи, призначення лікарем флюдрокортизону для затримки натрію нирками або міодрину для звуження венозних і артеріальних судин.

10. Артеріальний тиск: відповідальне вимірювання.

К. М. Амосова зазначає, що вимірювання АТ є важливим у двох випадках [4, с. 228–232]:

а) для підтвердження або спростування діагнозу АГ, якщо за результатами вимірювання АТ лікарем (так званий «офісний АТ») він становить 130–139 (159) та/або 80–89 (95). За європейськими рекомендаціями, діагноз АГ за результатами середнього рівня домашнього вимірювання АТ у процесі його моніторингу (див. далі) ставиться при АТ більше 135/85. Це відповідає «офісному» вимірюванню АТ більше 140/90. Американські критерії діагнозу АГ більш жорсткі: офісний і домашній АТ має бути більше 130/80 мм рт. ст.;

б) забезпечення оптимального контролю лікування АГ, а саме — досягнення і підтримки так званого цільового рівня АТ. За останніми міжнародними рекомендаціями, для пацієнтів з АГ до 65 років це менше 130/80 (бажано — 120–129 для систолічного, або «верхнього», АТ). А для старших за 65 років — 130–139, за умови гарної переносимості та з урахуванням сукупних хвороб.

Зниження підвищеного АТ — один із найефективніших засобів попередження інсульту та інфаркту міокарда.

Досягнення у процесі лікування цільового АТ у хворого на АГ — не привід припиняти приймати ліки, а підстава для впевненості в ефективності препаратів і доз, які він використовує, для продовження їх прийняття в тому самому режимі. Адже іноді навіть без пропусків уживання таблеток АТ підвищується, і якщо такий більш

високий АТ був зафіксований у кількох вимірюваннях, треба звертатися до лікаря для корекції.

Домашній моніторинг АТ для контролю лікування АГ передбачає виконання низки правил.

1. Використовуйте прилад (тонометр), який забезпечить оптимальну точність результатів вимірювання АТ, при цьому:

- манжета приладу має накладатися на плече, а не на зап'ястя або палець!

- тонометр має вимірювати АТ так званим осцилометричним методом (тобто без використання манометра і фонендоскопа) і бути автоматичним чи напівавтоматичним. Бажано звернути увагу на наявність у моделі тонометра сертифікації Європейського або Британського товариства гіпертензії або Association for the Advancement of Medical Instrumentation. Якщо наявний тонометр не має такої сертифікації, варто принести його до лікаря або медсестри для порівняння результатів вимірювання, щоб з'ясувати, чи можна його далі використовувати;

- розмір манжети має відповідати окружності плеча: якщо вона 22–26 см (худорляві люди), манжета має бути 12х22 см, якщо 35–44 см, то 16х36 см. Розмір надувної частини манжети має бути не меншим за 75% від окружності плеча.

2. Точно дотримуйтеся правил вимірювання АТ [4, с. 230–232]:

- вимірюйте АТ не менш ніж через 30 хвилин після фізичного навантаження, прийому їжі, пиття кави або чаю, куріння, використання крапель від нежитю;

- спорожніть сечовий міхур;

- посидьте спокійно більше 5 хвилин у зручному положенні, спираючись спиною, не перехреснюючи ніг;

- рука, на якій будете вимірювати АТ, має бути зігнута в лікті, передпліччя і кисть повинні лежати на столі, долонею догори, м'язи руки розслаблені;

- манжету накладайте на оголену від одягу плече на рівні серця;

- під час вимірювання АТ не розмовляйте, не читайте і не дивіться ТБ.

Порушення навіть одного з цих правил може штучно підвищити систолічний АТ на 10 мм рт. ст.

3. Вимірювання АТ здійснюйте весь час на одній й тій самій руці з вищими цифрами АТ, в ідеалі щоразу двічі-тричі повторюйте вимірювання з інтервалом 1–2 хвилини, а також перед кожним ви-

мірюванням повністю випускайте повітря з манжети. Ураховують або результати другого вимірювання (якщо їх два), або найнижчий, або середнє арифметичне (щоб виключити ефект хвилювання перед початком процедури).

4. Домашній моніторинг АТ передбачає його вимірювання двічі на день: вранці — до сніданку й прийняття ліків, увечері — перед сном, протягом мінімум трьох послідовних днів, краще шести-семи днів поспіль, з реєстрацією цифр у щоденнику і розрахунком середнього арифметичного за ці дні. Саме середній показник дає змогу точніше оцінити досягнення цільового АТ або, для осіб, які не лікуються, — «нормальність» їхнього АТ, зменшивши вплив фізіологічних коливань тиску впродовж одного й кількох днів.

Важливо пам'ятати, що автоматичний тонометр забезпечує не менш точний результат, ніж сфігмоманометр, але «золотий стандарт вимірювання» належить ртутному тонометру із минулого століття.

11. Непритомність: уявна чи реальна. Дуже важливі для серцевих пацієнтів думки К. М. Амосової щодо природи непритомності. Вона говорить про багато причин цього явища і дає їх докладну і водночас стислу характеристику, що важливо для оцінки прогнозу і подальшої тактики лікування [4, с. 232–234].

Непритомністю («синкопе») вважають раптову (1), короткочасну (2) і зворотну (3) втрату свідомості, яка зазвичай трапляється в положенні стоячи, рідко — сидючи, але не лежачи (4) і супроводжується розслабленням скелетних м'язів із падінням (5). Усі ці п'ять характеристик є важливими. Лікар зазвичай з'ясовує їх під час опитування, але проаналізувати ці симптоми може і сам пацієнт, щоб запобігти їх появі.

Виникнення непритомності зумовлене раптовим різким зменшенням кровопостачання мозку, яке швидко відновлюється саме собою, без лікування. Здебільшого, але не обов'язково, це відбувається внаслідок зменшення кровопостачання мозку у разі зниження серцевого викиду крові. У багатьох випадках, але не завжди, тимчасово знижується АТ та/або частота серцевих скорочень.

Швидке спонтанне повернення свідомості з відновленням м'язової сили й АТ є ключовим, що зумовлене «включенням» в організмі механізмів саморегуляції, тобто самокорекції відхилень від стабільного стану, які здатні доволі швидко виправляти порушення кровообігу або дихання.

Ключовими для лікаря й для самоаналізу пацієнта К. М. Амосова вважає три моменти:

- втрата свідомості зазвичай виникає в положенні стоячи, часто — коли пацієнт різко встає з теплого ліжка. Цьому часто передують нетривалі відчуття незрозумілої млявості, нестачі повітря, пітливості;
- раптова втрата м'язового тону зазвичай призводить до падіння, після якого пацієнт приходить до тями, лежачи на підлозі, і якщо не пощастить з місцем події, — отримує забої. Запобігання травматизму є важливою метою запобігання повторенню непритомності;
- втрата свідомості насправді є дуже коротка і минає сама собою — ще до того, як люди поруч встигають принести нашатир, валідол чи корвалол. Замість усього цього, за потреби, варто підняти ноги пацієнта високо догори, щоб збільшити приток крові до серця і мозку.

12. Дотримання питного режиму. К. М. Амосова наводить чотири основні причини правильного вживання води [4, с. 234–236]:

1) піт, який випаровується з нашої шкіри у спеку або під час фізичних тренувань, захищає організм від перегріву, але може спричинити зневоднення. Наслідками цього є зниження АТ, серцебиття, запаморочення і навіть сплутаність свідомості та порушення концентрації уваги. Вживання води може зменшити ці симптоми за 15–20 хвилин, але краще запобігати зневодненню;

2) вживання достатньої кількості води полегшує роботу нирок із виведення з організму «відходів» обміну речовин, які виділяються в сечу саме разом із водою. При дефіциті води вони можуть накопичуватися, що призводить до утворення в нирках каменів і виникнення інфекцій сечових шляхів;

3) склянка води перед прийомом їжі наповнює шлунок і дає змогу менше з'їсти, що дає охочим скинути зайву вагу;

4) нестача води у нашому раціоні сприяє закрепам, які можуть ставати проблемою при низькій фізичній активності, деяких захворюваннях (що супроводжуються гарячкою), змінах харчування (наприклад, під час подорожей) і у стресі. У разі стійких закрепів, особливо з болем у животі і появою слідів крові у випорожненнях, треба негайно звертатися до лікаря!

Експерти рекомендують чоловікам орієнтовно 15 склянок води на день, а жінкам — 11. З цієї кількості 20–30% отримується з їжею, ще частина — з чаєм, молоком, соком та іншими напоями. Треба пам'ятати про шкідливість цукру, який міститься в багатьох солодких напоях, зокрема в соках. При захворюваннях, які супроводжу-

ються підвищенням температури тіла, блювотою, діареєю, а також влітку і під час фізичних навантажень, потреба у воді зростає.

Вживання води обмежують при набряках і задишці, які пов'язані з серцевою та нирковою недостатністю. Затримують в організмі воду деякі ліки, наприклад, нестероїдні протизапальні препарати (циклофенак та інші). Таким пацієнтам лікарі надають індивідуальні рекомендації щодо питного режиму. Здоровим можна орієнтуватися на колір сечі: насичений жовтий колір є ознакою зневоднення і сигналом до збільшення прийому рідини.

13. Лайфхак. Серце та ліки. В цьому пункті правил К. М. Амосова звертає увагу на особливості вживання пацієнтами, особливо старшого віку, так званих нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) на кшталт ібупрофену й ортофену — з приводу болю у суглобах, спині або будь-де [4, с. 236–237]. Адже за даними доказової медицини та великих епідеміологічних досліджень, терапія НПЗП, крім аспіріну, пов'язана з підвищенням ризику інфаркту, інсульту та серцево-судинної смерті. До того ж їх уживання здатне збільшувати АТ і набряки за рахунок затримки нирками натрію і води, що навіть може спричинити потребу у госпіталізації. До цього слід додати загрозу кровотеч, у тому числі і шлункових, унаслідок ерозій і виразок, головного болю, запаморочення, погіршення сну.

Про здатність терапії НПЗП підвищувати ризик тромботичних ускладнень серцево-судинних ускладнень серцево-судинних захворювань говориться в попередженнях Американської регуляторної агенції *FDA*. При цьому застосування НПЗП протипоказане при нестабільній стенокардії, інфаркті, інсульті, а також перед кардіохірургічними операціями і після них.

Пропонуються такі стратегії:

- максимальне обмежити застосування НПЗП;
- при одночасній профілактичній терапії аспірином приймати ібупрофен за вісім годин перед або через 30 хвилин після аспіріну, а інші НПЗП — за дві години перед прийманням аспіріну (попередження *АВФ*, 2018);
- у пацієнтів із наявними кардіологічними захворюваннями за можливості замінити НПЗП парацетамолом або навіть короткотривалим прийманням глюкокортикоїдів (наприклад, при ускладненні інфаркту асептичним перикардитом);
- за неможливості відмови від НПЗП, наприклад, у пацієнтів із супутніми артритами/артрозами, використовувати для тромбопро-

філактики замість аспіріну інший антитромбоцитарний засіб, наприклад, клопідогрель (плавікс).

На прикладі НПЗП авторка показала, наскільки складна стратегія прийому кардіологічних ліків, тому при цьому слід покладатися на творчій досвід лікаря і сучасні фармацевтичні дослідження.

14. Лайфхак: АТ та ліки. Продовжуючи тему вживання ліків, К. М. Амосова наголошує, що в цьому питанні немає дрібниць, тому лікарю і пацієнтові слід звертати особливу увагу на нюанси цієї проблеми. Так, вона ретельно розглядає випадки «безпричинного» підвищення АТ у людей з нормальним артеріальним тиском і особливо — у пацієнтів з гіпертензією на тлі добре «відрегульованого» АТ [4, с. 238–240]. У таких випадках перед призначенням або зміною антигіпертензивної терапії варто подумати про те, які (ще) ліки приймає пацієнт, і замислитися, якщо серед них були:

1) *харчові добавки рослинного походження*. Любителі такого «лікування» з використанням гінґо, женьшеня, гуарана, ефедрі (різновид хвойного чагарника), звіробія, мають знати, що вони можуть підвищувати АТ або впливати на дію деяких ліків, зокрема антигіпертензивних;

2) *нестероїдні протизапальні препарати* (НПЗП), включно з аспірином та ібупрофеном. Можливе підвищення АТ через зменшення виділення води нирками. Розповсюджений жарознижувачий засіб ацетамінофен (парацетамол) також може викликати підвищення АТ у разі щоденного тривалого приймання, хоча механізм цього ще не встановлений;

3) *краплі від нежитю*. Включені до їх складу псевдоєпінефрін і пелінефрін звужують судини не тільки слизової оболонки носа, але і серцеві судини. Тому в такому випадку слід порадитися з лікарем або фармацевтом;

4) *гормональні контрацептиви*, які містять гормони естроген, також здатні звужувати судини і підвищувати АТ. Останнє особливо ймовірне для жінок у віці 35+ років із надлишковою масою тіла та курців. Тому їм варто контролювати АТ і за потреби замінити вказаний препарат із меншою дозою;

5) *гормони наднирників глюкокортикоїди* (преднізолон та інші), що часто використовують як протиалергійні і протизапальні засоби, мають побічним ефектом підвищення АТ від таких ліків, до числа яких відносяться також і цитостатичні імуносупресанти (препарати для хіміотерапії) — циклоспорин, такролімус;

6) *антидепресанти*, які впливають на зміст допарину, норепінефрину (норадреналіну) і серотоніну в мозку. Такі ліки, як венлафаксин (ефексор), інгібітори моноаміноксилази (МАО), трициклічні антидепресанти і флуоксетин (прозак), можуть підвищити не тільки настрої, але і АТ. Аналогічний ефект мають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, якщо вони приймаються разом із літєм;

7) *похідні амфетаміну*, що використовуються для лікування нарколепсії та розладів уваги у молоді з метою стимуляції активності центральної нервової системи, а також як наркотики, також підвищують АТ;

8) такий ефект може дати прийом *еритропоетину* як стимулятора утворення еритроцитів при лікуванні анемії у пацієнтів із хронічною хворобою нирок.

Отже, приймання вказаних препаратів може перешкоджати досягненню цільового АТ у процесі лікування артеріальної гіпертензії, зменшувати ефект гіпертензивних засобів для профілактики інсульту та інфаркту. Пацієнтові треба бути обізнаним у фармацевтиці свого профілю хвороби і вміти уважно працювати з лікарем в процесі призначення йому медикаментів.

15. Лайфхак: Серце та їжа. В цьому пункті Правил К. М. Амосова виходить із загальноприйнятого в науці положення, що раціон і харчові звички суттєво впливають на стан серцево-судинної системи [4, с. 240–247]. Це особливо стосується продуктів, що містять холестерин, тобто тваринних жирів, а також червоного м'яса і кави. При цьому кардіологи спираються на дані останніх наукових досліджень, які показали зв'язок збагаченого овочами, фруктами та іншими джерелами харчових волокон раціону зі зниженням ризику ішемічного інсульту. Такий же, але менший за вираженістю ефект належить вживанню молока, йогурту і сиру. З підвищенням ризику геморагічного інсульту пов'язане відносно більше вживання яєць.

Був виявлений брак переконливих доказів щодо зв'язку обох видів інсульту зі вживанням червоного м'яса, риби, горіхів і насіння. Зниження АТ дослідження пов'язують також із вживанням молока через значний зміст в ньому магнію. Рекомендована DASH гіпертонікам дієта обмежує вживання сілі і збільшення у раціоні кількості свіжих овочів і фруктів. Свіжі дані зі статі у NEJM рекомендують вживати щодня не менше трьох порцій (по 240 мл) молока, в яких водночас міститься щоденна норма насичених жирів.

Неоднозначними є дані щодо кави, адже доведено, що у тих, хто регулярно випиває три-п'ять чашок на день, звужень артерій серця

внаслідок атеросклерозу менше. Але якщо кава спричинить різке підвищення АТ і частоти серцевих скорочень у тих, хто її вживає нерегулярно, то можливий серцевий напад.

Головна рекомендація пацієнтам із підвищеним АТ — зменшити вживання солі. Нормою є 1,5–2,3 г натрію на день у середньому віці й не більше 1,5 г для тих, кому за 50 років, а також тих, у кого є артеріальна гіпертензія, діабет, серцева або ниркова недостатність. Для цього слід уникати їсти: готові заморожені страви, готові сухі каші, овочеві соки, консервовані овочі, готові м'ясні делікатеси, супи, пасту і рис швидкого приготування, маринади і деякі соуси, пакетований солоний арахіс, картопляні чипси. Теж саме стосується і таких страв, як супи, закуски з сиром і м'ясом, фастфуд. Треба вивчати інформацію про зміст солі на упаковці продуктів. Сіль може міститися у таких складових продуктів, вказаних на етикетках, як хлорид натрію, альгінат натрію, аскорбат, бікарбонат, бензоатом, цитрат, гідроксид, сульфід тощо. Мариновані овочі варто перед уживанням промивати водою, а серед соусів — віддавати перевагу соку лимону або бальзамічного оліу. Для надання їжі ліпшого смаку доцільно замінити сіль спеціями, зокрема перцем.

Треба також уникати відвідування місць «швидкої їжі», адже є дані про збільшення госпіталізацій із приводу серцевих нападів після їх відвідування.

Позитивні дані стосуються вживання харчових волокон, зокрема квашеної капусти, різноманітних салатів, броколі, брюсельської капусти, цукіні, сочевиці, цільнозерновим хлібом, вівсяних пластивців — із додаванням ожини, шматочків яблука, а також насіння.

Харчові волокна поділяються на розчинні у воді та нерозчинні. Перші містяться в м'якоті фруктів, а другі — в їхній шкірці, яка є не менш корисною. Багато харчових волокон і в овочах. Нерозчинних волокон, що є особливо корисними, багато в оболонках зернових, сочевиці, квасолі, бобах, насінні. Використання гречаного борошна замість білого пшеничного збільшує отримання харчових волокон учетверо.

Вживання харчових волокон сприяє запобіганню діабету 2-го типу як потужного фактору серцево-судинного ризику, зменшує рівень «шкідливого» ХС, знижує ризик ішемічного інсульту як другої після серцевих захворювань причини смерті у світі. Мінімальна щоденна потреба в харчових волокнах для людей віком до 50 років — 38 г для чоловіків і 25 г для жінок, а в старшому віці, відповідно 30 і 21 г. Спланувати їх достатнє отримання з їжею можна розрахувати за допомогою таблиць, які містяться в інтернеті.

У додаток до вищенаведених 15 правил для здорового серця К. М. Амосова дає 10 цінних порад щодо виправлення помилок «здорового» схуднення:

- не застосовувати короткочасних «надзвичайних заходів із різким обмеженням калорій на кшталт «кефірних днів», а оздоровити раціон на постійній основі;

- не пропускати сніданок задля заощадження калорій, а з'їдати сніданок, багатий на білок і харчові волокна, що забезпечує ситість до обіду;

- не відсутність контролю за кількістю «перекусів» протягом дня, а рахування калорій шкідливих «перекусів» і обмеження порцій;

- не утримуватися від «перекусів» героїчними зусиллями, а робити розумні «перекуси», багаті на білок і харчові волокна, наприклад, з'їсти кілька горіхів, маленький кубик сиру;

- не споживати великі порції «чудо-справ» із начебто низьким змістом жирів, а рахувати калорії і контролювати порції;

- не враховувати калорійність напоїв: соку, коли, молока, кави лате, алкоголю, а пити чай і каву без цукора, якщо молоко, то знежирене, замість соків — вода і фрукти-овочі, що містять корисні харчові волокна і звести нанівець вживання алкоголю (лише у неділю);

- не споживати мало води, адже зневоднення гальмує обмін речовин, а пити склянку води перед кожним прийомом їжі та «перекусом»;

- заощаджувати калорії, відмовляючись від молочних продуктів, а вживати молочні продукт, бажано знежирені, що містять кальцій;

- ставити нереалістичні цілі щодо схуднення, не стресувати, нервувати і розслаблятися шляхом харчування, а ставити реалістичні цілі, схуднути, приміром, на 0,5 кг впродовж тижня, регулярно зважуватися, не рідше одного разу на тиждень (день);

- не враховувати важливість інших факторів, наприклад, достатнього (або з дефіцитом) нічного сну, а спати не менше ніж вісім годин на добу.

К. М. Амосова підсумовує, що найефективнішою дієтою для здорового способу життя американські вчені вважають дієту DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), розроблену американським Національним інститутом серця, легень і крові. Ця дієта допомагає запобігти гіпертензії за допомогою калію, кальцію, протеїнам і волокнам, а це — багато фруктів, овочів, виробів із цільнозернистого борошна, білків із нежирного м'яса і мало жирів, жирних молочних продуктів, олії, солодких напоїв, солодощів, а також солі [4, с. 247].

12. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА І КОРЕКЦІЯ ОСОБИСТОСТІ ХВОРОГО НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ЗА ПРОГРАМОЮ КАРДІОПСИХОЛОГА Н. І. ВОЛОШКО

Розглянемо програму психологічної профілактики і корекції особистості хворих на артеріальну гіпертензію, розроблену кандидатом психологічних наук Наталією Іванівною Волошко на основі запропонованого нами особистісного ціннісно-рефлексивно-креативного підходу, на що вказується в її роботі [17, с. 134]. Програма спирається на висновки проведеного кардіопсихологом дисертаційного дослідження «Внутрішньоособистісні конфлікти у хворих на артеріальну гіпертензію» [16]. Особливістю даної роботи є те, що вона проведена дослідницею при духовній підтримці своєї родини, в якій мама є кваліфікованим кардіологом, а батько — вченим, кандидатом філософських наук. Тобто робота Н. І. Волошко несе на собі певний відбиток творчого потенціалу родини.

Перед тим, як описати саму програму, стисло охарактеризуємо висновки дисертаційного дослідження, наведені у монографії Н. І. Волошко [17, с. 154].

Так, авторка констатує, що артеріальна гіпертонія (гіпертонічна хвороба, далі ГХ) є психосоматичним захворюванням, в розвитку якого істотна роль належить стресогенним факторам, Тому визначення загальних стресогенних чинників ГХ можливе з врахуванням психологічних властивостей особистості, що зумовлюють вразливість чи опір цим чинниками та роблять можливим саме психосоматичний спосіб реагування на кризу.

Концепт внутрішньоособистісного конфлікту відрізняється складністю та багатогранністю. В ході дослідження Н. І. Волошко піддавала аналізу:

а) розузгодження між ціннісними смислоутворюючими структурами особистості та реалізацією сформованих на їх основі смислоутворюючих мотивів діяльності (стан «розриву» між внутрішньо значущими цінностями та їх наявністю в різних життєвих сферах);

б) негативні емоційні прояви, що можуть виступати емпіричними показниками внутрішньоособистісних конфліктів;

в) психологічні риси-комплекси, сформовані при переживанні психосоціальних конфліктів, що зумовлюють вразливість до дії за-

гальних стресогенних чинників та визначають психологічну схильність до есенціальної гіпертензії.

У хворих на гіпертензію (2-ої і 3-ої стадії ГХ), порівняно зі здоровими особами, значно вищий рівень дезінтеграції між «цінностями» та їх «наявністю в різних життєвих сферах».

Н. І. Волошко було виявлено, що найчастіше життєвими сферами, де локалізуються такі цінності є іпохондрія, депресія, психастенія та знижена гіпоманія (тобто оптимізм, життєлюбство, активність). Вказані психологічні властивості є емпіричними показниками внутрішньоособистісного стану. Хворим на гіпертензію властиві психологічні риси-комплекси, що зумовлюють вразливість до дії стресогенних чинників і породжують внутрішньоособистісні конфлікти в різних сферах життя, а саме:

- почуття недовіри як до зовнішнього світу, так і до себе (непевненість в майбутньому, у своїх можливостях, в оточуючих);
- почуття сумніву, niepевненості в собі
- їм властиве почуття обов'язку, відповідальність;
- підвищена вимогливість та критичність до себе та до інших;
- прагнення до постійного успіху і схвалення з боку оточуючих тощо.

За результатами дисертаційного дослідження Н. І. Волошко розроблено **програму психопрофілактики та психологічної допомоги хворим на гіпертензію**, спрямовану на формування навичок аутосугестії (зокрема, для саморегуляції, самозаспокоєння) та ін. У роботі також представлений авторський варіант методу автобіографічного інтерв'ю, що містить комплекс питань для дослідження психологічних комплексів, що формувалися на певних життєвих стадіях в процесі розв'язання психосоціальних конфліктів, криз [17, с. 156]. Розглянемо докладніше програму дослідниці [17, с. 134–153], виділяючи в ній найсуттєвіші моменти, децю скорочуючи та упорядковуючи її викладення.

Мета програми полягає у зменшенні дії психотравмуючих факторів, запобіганні рецидивам захворювання, формуванні навичок психологічної самопомоги, що запобігають виникненню та хронізації неврозів і психосоматичних захворювань.

Виходячи з положення, що у виникненні гіпертонічної хвороби пусковим моментом є психотравмуючі фактори, психопрофілактика та психокорекція при ній є, на переконання Н. І. Волошко, етіологічно та патогенетично обґрунтованим видом лікування. Важливими **задачами** психопрофілактики та психокорекції хворих на ГХ є [17]:

- запобігання розвитку нервово-психічних та психосоматичних захворювань;
- вироблення у пацієнтів правильного спокійно-очікуваного відношення до захворювання;
- посилення здатності до психічної переробки психотравмуючих, в тому числі стресових, ситуацій;
- полегшення гострих психотравматичних реакцій;
- психологічна допомога в кризових ситуаціях;
- розвиток психологічних навичок розпізнавання та виразу актуального емоційного змісту;
- підвищення ефективності медичної та соціальної реабілітації хворого;
- розвиток уміння самотійно і оптимально вирішувати внутрішньоособистісні конфлікти.

Для вирішення цих задач Н. І. Волошко розроблена та застосовується система психологічних впливів на особистість хворого, котрі взаємодоповнюють одне одного.

Форма роботи. В якості такої обрана індивідуальна форма психопрофілактики та психокорекції, основною перевагою якої є неподільна увага психолога по відношенню до пацієнта, можливість більш повного його контролю над процесом психологічної профілактики та корекції.

Здійснення програми може значно полегшити участь в ній медичного персоналу, але за умов його навчання навичкам безоціночного сприйняття, активного слухання, переформулювання емоційного змісту, релаксації, взаємодії з ними, не підтримуючи при цьому звичні для них стереотипи інтерперсональної поведінки, не схвалюючи і не засуджуючи стиль поведінки пацієнта [17, с. 135].

До найбільш ефективних **методів психологічної підтримки хворих на ГХ** Н. І. Волошко відносить передусім техніки гештальт-терапії, а також, як дуже корисних, тілесноорієнтовані техніки психотерапії, дихальні вправи, робота з блоками і затисками, та інколи використовувані окремі техніки когнітивної психотерапії, групової роботи за К. Роджерсом, психодрама тощо.

При роботі з гіпертонічно хворими **необхідно враховувати їх індивідуальні психологічні особливості**, приміром, невпевненість або слабкість Я, що свідчить про порушення «базового» довір'я до себе, знижену фрустраційну толерантність з підвищеною потребою в залежності, низьку здатність до засвоєння нових емоційних нави-

чок, захисний стиль, «жалібно-звинувачувальні» дії тощо, що складають основу їх «психологічного профілю».

Маючи це на увазі, слід насамперед допомогти людині **усвідомити своє здоров'я як найвищу цінність**, що можна сформувати передусім **в процесі відігравання** [17, с. 136]. Для цього слід обрати тему психодраматичної дії, приміром, здоров'я людини і заохотити пацієнта розповісти та розіграти сценку про те, як хвороба або проблема зі здоров'ям заважають йому реалізувати свої прагнення, бажання, мету. При цьому важливе досягнення високого ступеня усвідомлення ним істинних почуттів. В процесі розігрування психотерапевт відшукуює разом з хворим ті фактори, чинники, що зумовлюють проблему. На більш ранній стадії гри слід глибше дослідити проблему, досягнути її суть, а пізніше запропонувати пацієнтові рефлексивно ужитися спочатку в образ своєї проблеми, а потім — в образ свого ідеалу здоров'я, ведучи монолог, а після цього діалог між уявними носіями протилежних тенденцій, роблячи це по чергово декілька разів. Таким чином знаходяться істинні, а не фіктивні цінності, тобто цінність здоров'я.

Особистість починає високо цінувати здоров'я і тому частіше, регулярніше відвідувати лікарів з метою профілактики, слідкувати за якістю харчування, режимом праці та відпочинку, в цілому формувати новий спосіб життя з такими складовими, як кращі взаємостосунки з оточуючими, поведінка по уникненню шкідливих звичок (паління, переїдання тощо), розвивати оздоровчі схильності, мислення, реагування, духовність, в цілому — цінність здоров'я, потребу його зміцнення та збереження.

Цьому сприяє й такий метод, як **записування та аналіз всіх подій дня**, починаючи з моменту пробудження і закінчуючи засинанням [17, с. 137]. Зміст усіх подій дня записується на аркуші в 1-му стовпчику, в 2-му стовпчику записуються всі сприятливі для здоров'я аспекти цих подій, в 3-му — всі шкідливі аспекти. При цьому відбувається узагальнення всіх сприятливих та шкідливих подій та їх аспектів. Висновки **спроєктуються на майбутні наслідки** для здоров'я людини цих протилежних аспектів подій та їх втілення в здоровий образ життя. З останнього випливає формування нових стратегій поведінки пацієнта. Він переконується у можливості виконання цих стратегій — шляхом «примірювання» на собі ролі особистості, що успішно веде здоровий спосіб життя. Таке «примірювання» та «одягання» проєктується на декілька годин, днів, тижнів, місяців, років, закріплюється в поведінці на все життя.

Важливим методом розвитку відношення до здоров'я як до найвищої цінності є **бібліотерапія**, тобто підбір та читання спеціальної літератури по збереженню і зміцненню здоров'я, зокрема по лікуванню серцево-судинних захворювань, в тому числі і гіпертензії. Хоча ці питання слід обговорювати також з кардіологом і кардіопсихологом.

Ціннісне ставлення до здоров'я може бути розвинуте за допомогою методу **аутосугестопедії**. Для цього доцільно скористатися спеціальними формулами **самонавіювання**, які проговорюються вголос, пошепки та внутрішньою мовою або прослуховуються за допомогою магнітофону. Приміром, можна використати наступну формулу: «Ви хочете прожити довге, здорове і щасливе життя. Здоров'я — це одна з найвищих цінностей людини, це безцінний дар природи, воно дається, на жаль, не навіки, його треба берегти. Але здоров'я людини багато в чому залежить від неї самої, від її способу життя, умов праці, харчування, її звичок. Дуже велике значення для здоров'я людини має її спосіб життя, тобто діяльність, спрямована на формування, зміцнення та збереження здоров'я самою людиною. Здоровий спосіб життя передбачає знання та вміння дотримуватися режиму навчання, праці та відпочинку, правил харчування й особистої гігієни, визначення й обов'язкове виконання фізичних вправ, які забезпечують оптимальний руховий режим, а також усвідомлення шкідливості вживання наркотиків, алкоголю, тютюну. При цьому велике значення має правильний вибір індивідуальної оздоровчої системи та її практичне використання з метою зміцнення здоров'я — самомасаж, загартовування, дихальні вправи, аутогенне тренування тощо. Дотримання здорового способу життя впливає на формування, зміцнення та збереження здоров'я, сприяє інтелектуальному і духовному розвитку особистості, успішному навчанню та праці. Здоровий спосіб життя впливає і на фізичний стан людини. Оптимальний руховий режим сприяє гармонійному розвитку її тіла і забезпечує високий рівень функціонування систем організму. Це, у свою чергу, є умовою високої працездатності людини.

На фізичне здоров'я позитивно впливає дотримання правил особистої гігієни, режиму навчання, праці та відпочинку, правильного харчування, а також ряд інших чинників, які зумовлюють успішне функціонування організму. Здоровий спосіб життя людини, позитивно впливаючи на стан її здоров'я, на її духовність, моральні орієнтири, формування певних рис характеру (приміром, волі, оптимізму, цілеспрямованості) та інші якості, полегшує переборю-

вання психоемоційних навантажень, важких стресових ситуацій тощо. Підтриманню високого рівня здоров'я сприяють релаксація, аутогенне тренування, спосіб самореалізації особистості, який у свою чергу залежить від устремлінь, а також від шкали моральних цінностей. Здоровий спосіб життя зміцнює соціальне здоров'я особистості та суспільства в цілому...» [17, с. 138].

Для зменшення дії психотравмуючих факторів та зниження артеріального тиску ефективними є такі **сугестивні методи** індивідуальної психотерапії, як гіпнотерапія, навіювання в стані неспання, природного та медикаментозного сну, самонавіювання, аутотренінг [17, с. 139]:

1. *Гіпнотерапія* ґрунтується на природній здатності кожної людини впливати на іншого словом. Спеціально підібраними словами спеціально підготовлений лікар може викликати в пацієнта стан фізичного і психічного розслаблення, гіпнотичного сну (трансу), при якому знімає тривогу, приносить заспокоєння, дає почуття бадьорості. У стані гіпнотичного розслаблення може здійснювати навіювання, направлені на зняття хворобливих симптомів страху, порушень сну, вегетативних дисфункцій, болі, нав'язливих думок та ідей.

2. *Самонавіювання* як лікувальний метод запропонував у 1928 році Кує, який рекомендував хворому перед засинанням і при пробудженні повторювати до 30 разів одну і ту ж формулу самонавіювання, що складається з кількох фраз або слів і спрямована на усунення певних хворобливих розладів. Цю методику доцільно використовувати і для гіпертонічно хворих.

3. *Аутогенне тренування*, що розроблене в якості психотерапевтичного методу для лікування неврозів Шульцем у 1932 році, є одним з багатьох способів саморозслаблення, саморегуляції (аутотранс, медитація, дзен-терапія, прогресивна м'язова релаксація). Перший варіант аутогенного тренування за Шульцем в подальшому отримав назву класичного [17, с. 139]. Заняття з класичного аутотренінгу починається з підготовчої фрази «Я цілком спокійний». Потім йдуть вправи: 1 — викликання відчуття важкості у кінцівках: «Моя права (ліва) рука (нога) важка; 2 — викликання тепла в кінцівках: «Руки та ноги важкі і теплі; 3 — вправа з регуляції ритму серцевої діяльності: «Серце б'ється спокійно і рівно»; 4 — регуляція дихання: «Моє дихання спокійне»; 5 — вплив на органи черевної порожнини: «Моє сонячне сплетіння випромінює тепло». Кожна вправа опановується протягом 4–6 днів, а формула самонавіювання повторюється по

6 разів 3–4 рази на день. Перед опануванням методу доцільно обговорити з психологом всі деталі й умови самостійних занять [17, с. 139].

4. Вказані методи *саморозлаблення* найчастіше рекомендують хворим на гіпертензію, а також здоровим людям, для розрядки стресової напруги, профілактики небажаних наслідків хронічного стресу, який може бути викликаний гіпертонічною хворобою або бути її причиною.

У психотерапії широко використовується також метод **індивідуальної патогенетичної терапії**, який ґрунтується на активній свідомій взаємодії лікаря і хворого, їх спільному аналізі історії життя пацієнта, становлення кола його інтересів, цілей, ієрархії мотивів, установок, причин і механізмів виникнення чи загострення хвороби, шляхів подолання наявних проблем. Цей метод психотерапії може проводитися одночасно з використанням інших методів: психоаналізу З. Фрейда, індивідуальної психології А. Адлера, аналітичної психології К. Г. Юнга, психодрами Я. Морено, клієнт-центрованої психотерапії К. Роджерса, гештальттерапії Ф. Перзла, біоенергетичного аналізу А. Лоуена, когнітивної психотерапії А. Бека та ін.

На наступному етапі слід сформулювати у пацієнта навички **рефлексії**, самопізнання, самоаналізу, кращого самоусвідомлення і розуміння власних заперечуваних в собі властивостей характеру, стереотипів, установок, міркувань тощо. Це можна зробити, спираючись на методики і техніки вищеназваних підходів [17].

Так, при використанні *гештальттерапії* Ф. Перлза психотерапевт може застосовувати так звану «човникову» техніку, коли увага клієнта спрямовується на плинні відчуття шляхом почергових переходів від розповіді до слухання, від опису до відчуття, від минулого досвіду до сьогодення, від відголосу почуттів до реальної емоції. Ефективною є техніка фокусування уваги на певних діях, рухах, які виражають неусвідомлене переживання, наприклад, стискання кулаків, для більш ясного усвідомлення почуттів, а також методика «пустого стільця», коли два стільця стоять один навпроти іншого, а клієнт, сідаючи на один стілець, розповідає від свого імені, від імені свого «Я», Его, про конфлікт, проблему, виказує свої почуття, претензії, а потім сідає на інший стілець і вживається в образ іншої людини чи іншої своєї потреби, почуття зі сфери «Ід» чи «Супер-Я та розповідає від імені конфліктуючої сторони про конфлікт, проблему, почуття і претензії. Коли ж обидві сторони конфлікту усвідомлюються, між ними відбувається діалог, мета якого — вираження пригнічених почуттів, повне їх усвідомлення та знаходження прийнят-

них форм їх виразу, що дозволяє адекватно і оптимально вирішити зовнішній або внутрішній конфлікт [17, с. 140].

У *когнітивній психотерапії* А. Бека передбачається виявлення «автоматичних думок», в основі яких лежить неадаптивне переконання, котре виникло внаслідок реальної психотравмуючої ситуації, що мала місце в минулому чи в дитинстві. Ця психотерапія проводиться в чотири етапи: 1) ідентифікація неадаптивних думок; 2) відсторонення через сумніви в істинності неадаптивної думки і формування об'єктивної позиції по відношенню до власних думок; 3) заміна неадаптивних думок на адаптивні. При цьому використовуються різні техніки: перевірка обґрунтованості автоматичної думки наслідками з неї; спонукання до перевірки неадаптивних думок у реальній дії; метод виявлення логічних неузгоджень, невідповідностей у системі переконань клієнта; метод трьох стовпців, де в першому наводиться опис ситуації, у другому — неадаптивні думки, а у третьому — корективні, адаптивні думки [17].

Індивідуальна психологія А. Адлера передбачає виявлення «помилкових аперцептивних схем», тобто когнітивних утворень, які формують специфічні жорсткі та неефективні моделі поведінки, в основі яких можуть бути помилкові цінності, обмежене сприймання і розуміння життя, надто широке узагальнення травматичного досвіду, почуття неповноцінності. Ця психотерапія має три етапи: виявлення травматичного досвіду; дослідження фіктивної мети і «помилкових аперцептивних схем»; розвиток соціального інтересу. Вона використовує такі техніки, як психодіагностично-корекційна бесіда за розробленим А. Адлером порядком задавання запитань, спрямованих на з'ясування особливостей розвитку почуття неповноцінності, способів компенсації, шляхів формування соціального інтересу; техніка «Історія життя»; аналіз сновидінь; «негативна практика», що аналогічна техніці парадоксальної інтенції в логотерапії та ін. [17, с. 140].

Психологічна профілактика і корекція передбачає, як вважає Н. І. Волошко, активну участь в них самої особистості. Це стосується, зокрема, і психологічної бесіди з хворим, тактика якої будується таким чином, щоб надати клієнтові можливість рефлексивного скорочення розриву між «Наявністю» та «Цінністю» його нерозв'язаних проблем. Теоретично тут передбачається зближення смислоутворюючого мотиву, певної життєвої цінності, з уявленням про шляхи його реалізації [17, с. 141]. Тому бесіда з хворим проходить, як правило, у діалогічному стилі «активного вислуховування хворого»,

запропонованого Карлом Роджерсом. Важливим його елементом є встановлення достатньо емпатійного контакту та діалогічної форми спілкування, до якої багато хто з хворих не має звички, ототожнюючи спочатку психолога з лікарем та якийсь час очікуючи встановлення знайомої їм традиційної директивної форми спілкування: «питання лікаря — відповідь пацієнта». І лише пізніше, в умовах діалогу, можна обговорювати найбільш актуальні для хворого проблеми, які «містяться» в «розриві» між «Наявністю» та «Цінністю» — у випадку більш високого показника по «Цінності» у певній життєвій сфері. Такий напрямок діалогу «за розривами» охоче підхоплюється хворими, оскільки це забезпечує безпосередній вихід на їхні внутрішні конфлікти. Саморозкриття хворого в бесіді забезпечується, по-перше, завдяки можливості додаткового осмислення проблеми, по-друге, завдяки «акцентуванню» можливостей його компенсаторного або резервного фонду, котрий ним раніше відкидався. Специфіка проведення бесід із хворими щоразу залежить від конкретної ситуації та їх індивідуальності, однак, якщо спробувати все-таки структурувати бесіду із хворим на основі отриманих результатів, то можна умовно виділити два змістовних аспекти її проведення [17, с. 141].

Перший аспект — спроба переглянути ставлення до «Наявності» у випадках, коли «Цінність» різко перевищує «Наявність» і слід передбачити можливість скорочення «розриву» за рахунок використання всіх резервних можливостей вирішення проблеми. Тут треба зупинитися на специфіці переживань хворого стосовно того, що являє собою дезінтеграція (стан «розриву») між цінностями та їх наявністю (між тим, що є, і тим, що повинно бути, між «хочу» і «маю»), чим вона є для нього в екзистенціальному плані розгляду його проблем, а саме — у контексті внутрішньої логіки всього його життя.

Другий аспект — спроба нейтралізувати суб'єктивну, хворобливу гостроту нереалізованої цінності, тобто переключити по можливості «фокус уваги» на тимчасову перспективу рішення життєво важливих проблем, на відносність і минулий характер того, що внутрішньо вважається «нереалізованим ідеалом». В діалозі «психолог — хворий» насправді мова в даному випадку йде не про дезактуалізацію цінності як такої, а радше про зміну її емоційної переробки, зняття афективних компонентів у переживанні завдяки мобілізації інших смислотворюючих мотивів, а також шляхом зміни способів переживання стосовно наявних «ідеалів» [17, с. 142].

На думку Н. І. Волошко, психічний спокій пацієнта повинен бути фоном, на котрому справляють свій вплив лікувальні фактори. З самого початку має формуватися позитивна установка на способи психологічної корекції та лікування взагалі [17, с. 143].

На наступному, **охоронному етапі**, враховуючи наявність астнії, доцільно рекомендувати хворим аутосугестію, що пропонували у свій час К. І. Платонов, П. І. Буль та ін. Так, П. І. Буль (1974) встановив, що вже саме занурення хворого в аутосугестивний стан сприяє зниженню систолічного тиску на 15–25 мм ртутного стовпчика і 10–15 мм діастолічного. Показання до застосування аутосугестії при гіпертонічній хворобі виначаються при:

1. Залежності виникнення гіпертонічної хвороби від психічних травм, негативних емоцій;

2. Наявності прояву супутнього функціонального розладу нервової системи;

3. Достатньої навіюваності та гіпнабельності хворого.

Лікувальні навіювання спрямовуються на викликання почуття загального заспокоєння, розслаблення м'язів, розширення кровоносних судин і зниження артеріального тиску. Самонавіюється спокійне ставлення до роботи серця, котре працює спокійно, нормально, автоматично. Виробляється впевненість у сприятливому закінченні хвороби, вказується на зміцнення волі, на самоволодіння хворого в психотравмуючих обставинах, поступово зменшуються і зникають дратівливість, головні болі, порушення сну.

Методики аутосугестивної корекції

Техніку проведення аутосугестивного корекційного заняття Н. І. Волошко поділяє на 4 періоди:

1. *Підготовчий,*

2. *Загальноседативної аутосугестії,*

3. *Лікувального самонавіювання,*

4. *Вихід зі стану самонавіювання.*

Підготовчий період включає детальне вивчення психоанамнезу, що дозволяє отримати відомості про особистість хворого і характер наявного захворювання. З хворим обов'язково проводиться бесіда, в якій пояснюється фізіологічна суть аутосугестії, її лікувальні властивості та можливості. В ході бесіди проводиться вивчення та формування віри хворого у психологічну корекцію. В нього повинно сформуватися зацікавлене відношення до цього методу лікування. Ефективність аутосугестії забезпечується відповідною обстанов-

кою — тишею, зменшенням освітлення кабінету, зручним положенням пацієнта тощо.

У період *загальноседативної аутосугестії* хворих на гіпертензію їм пропонується усунути всі сторонні подразники, відключитися від особистих переживань. Особлива увага звертається на розслаблення м'язів обличчя і всього тіла, на поринення в стан фізичного спокою, повного внутрішнього заспокоєння. В цей час спокій починає переходити в дрімоту, фіксується спокійне, рівне дихання і робота серця [17, с. 144].

Третій період, *лікувального самонавіювання*, спрямовується на зняття невротичних симптомів, нормалізацію роботи серця й артеріального тиску.

На початку цього періоду можна зробити самонавіювання на основі такої формули: «З кожним днем, з кожним наступним заняттям я стаю все більш спокійним і врівноваженим. Все те, що раніше турбувало і дратувало мене, віднині не порушує мого спокою і самопочуття. До всього, що відбувається навколо, я ставлюся абсолютно спокійно. Вдома, на роботі я спокійний, врівноважений, стриманий. Це відмічаю я сам та оточуючі. Це внутрішнє заспокоєння супроводжує мене скрізь».

Н. І. Волошко зауважує, що гіпертонічна хвороба часто супроводжується різними неприємними суб'єктивними відчуттями з боку серця, що обумовлені порушеннями ритму, функціональною та органічною коронарною недостатністю. Тому, починаючи з 4-го заняття, можливе лікувальне самонавіювання такого змісту: «Я знаходжуся в стані повного внутрішнього заспокоєння. Заспокоєння моєї нервової системи сприятливо впливає на весь мій організм, особливо на роботу серця та кровоносних судин. Нормалізується робота мого серця, воно працює чітко, ритмічно, добре, автоматично, і я не прислухаюся до його роботи. З кожним днем стан мого здоров'я покращується, нормалізується артеріальний тиск. Нормалізується робота нервових центрів, що регулюють висоту артеріального тиску. Зникають неприємні відчуття в голові і області серця. З кожним днем моє самопочуття покращується».

Лікувальні самонавіювання промовляються впевненим голосом (або подумки), під час заняття повторюються 2–3 рази, що підвищує їх результативність. Зняття невротичних симптомів, нормалізація роботи серця і артеріального тиску роблять хворого більш піддатливим для аутосугестії на подальших заняттях [17, с. 144].

У кінці роботи здійснюється вихід зі стану самонавіювання хворих, що здійснюється повільно і дозволяє уникнути неприємних відчуттів. Обов'язковими є разом з цим позитивні вітальні установки, самонавіювання доброго самопочуття, впевненості в собі, спокою.

У ході психологічної корекції пацієнтові треба зосереджуватися на позитивних зрушеннях у стані здоров'я. Досягнення лікувального ефекту підвищує зацікавленість хворого в процесі лікування, що має підтримуватися психологом в бесіді, яка передує аутосугесії. Водночас дезактуалізується значущість наявних неврозоподібних симптомів сімейно-побутового чи виробничого походження, зміцнюється конструктивне ставлення до хвороби, формується спокійно-вичікуване відношення до неї [17, с. 145].

Як підкреслює Н. І. Волошко, враховуючи функціональну неспроможність судиннорухового центру по забезпеченню швидкої адаптації до зовнішнього середовища і для профілактики можливого виникнення вазомоторних порушень: головних болів, запаморочення, слабкості, тахікардії, — вихід зі стану самонавіювання слід проводити повільно. Заняття проводяться через день, тривалістю 1,5 години.

На наступному етапі — **активізуючої психокорекції** — людина навчається прийомам протидії проблемі (хворобі), виконуючи справи аутосугестивної корекції. Аутогенне тренування сприяє нормалізації ефекторно-вольової сфери, знижує емоційну напруженість. Вплив релаксації і позитивної аферентації з периферії м'язового аналізатора і барорецепторів судин впливає на перебіг обмінних і нейродинамічних процесів в організмі хворої людини. Аутогенне тренування активно впливає на вегетативну нервову систему. Її стабілізація робить хворого більш впевненим, попереджує емоційно-стресові стани, змінює його відношення до хвороби, усуває фіксацію на хворобливих відчуттях, формує спокійно-очікуване відношення до хвороби.

Водночас особлива увага хворих зосереджується на викликанні в них відчуття тепла в руках, ногах. Виникаюче розслаблення м'язів, розкриття резервних капілярів сприяє зменшенню периферічного опору і зниженню артеріального тиску. В ході заняття підкреслюється активна роль самого хворого в процесі лікування. Під час занять аутогенним тренуванням відбувається опосередкована регуляція вегетативних процесів за рахунок виникнення кортикально-вісцерального рефлексу. Аутогенне тренування дозволяє провести часткову корекцію функції серцево-судинної системи і захистити

центральною нервову систему людини від можливої перенапруги і зриву в психотравмуючих умовах.

Кардіопсихолог наводить варіанти загальної та кардіологічної формули аутогенного тренування, які використовувалися нею в ході профілактичних та корекційних занять.

Загальна формула аутогенного тренування. Зайняти положення для аутогенного тренування. Зробити глибокий вдих, закрити очі. Дихати повільно. Дуже уважно слухати кожне слово. Повторювати слова та відчувати їх зміст:

«Я цілком спокійний. (Пошепки повторіть ці слова. Спробуйте згадати приємне почуття спокою, котре завжди з'являється під час відпочинку. Згадайте це відчуття). Мене ніщо не турбує. (Повторіть пошепки ці слова. Не відволікайтесь. Згадайте це почуття). Всі мої м'язи розслаблені для відпочинку. (Відчуйте приємне розслаблення м'язів, зробити це не складно, оскільки ви зручно сидите, а зручна поза сприяє розслабленню м'язів). Все моє тіло повністю відпочиває. (Згадайте відчуття спокою безтурботного відпочинку). Я відчуваю приємну важкість в правій руці. (Пошепки повторіть ці слова. Згадайте відчуття важкості в правій руці, коли ви начебто триваєте щось важке). Після сеансу відчуття важкості зникне. Права рука приємно поважчала. (Згадайте відчуття важкості). Я відчуваю приємне тепло в правій руці. (Уявіть, що начебто рука занурена в теплу воду. Згадайте відчуття тепла в руці, коли вона зігріта ласкавим сонцем). Кровоносні судини в правій руці злегка розширені. (Усвідомте це. Судини рефлекторно розширилися і ви відчуваєте тепло). Здорова гаряча кров зігріла праву руку. (Відчуйте, як тепло хвилями поширюється по судинам, зігріваючи руку аж до кінчиків пальців). Права рука аж до кінчиків пальців стала гарячою. (Згадайте відчуття тепла в правій руці). Приємне тепло розлилося по правій руці. Я розширюю судини в правій руці. Я зможу це зробити з лікувальною метою в будь-якому органі. Зробіть глибокий вдих, Розслаблення м'язів, важкість і тепло в правій руці повністю пройшло. Ви відчуваєте себе добре. Відкрити очі».

Кардіологічна формула аутогенного тренування. «Я цілком спокійний. Мене ніщо не бентежить. Всі мої м'язи розслаблені для відпочинку. Все моє тіло повністю відпочиває. Я відчуваю приємну важкість в правій руці. Права рука приємно поважчала. Приємно поважчала і моя ліва рука. Поважчали мої ноги. І все тіло приємно розслаблено і поважчало. Я відчуваю приємне тепло в правій руці. Кровоносні судини правої руки розширилися. Здорова гаряча кров

зігріла праву руку. Права рука аж до кінчиків пальців стала гарячою. Кровоносні судини розширилися. Щезле хворобливе напруження судинної стінки. Створені умови для зняття больових і неприємних відчуттів. Кровоносні судини сонячного сплетіння і мозоку розширилися. Сонячне сплетіння випромінює тепло. Щезає хворобливе напруження судинних стінок».

Зняття в перший місяць проводиться через день, в другий — 2 рази на тиждень, в третій — один раз на тиждень (етап підтримуючої психокорекції). Особливо велике значення займає об'єктивна реєстрація досягнутих результатів: Підвищення температури в руках, зниження артеріального тиску та інформація про них хворого [17, с. 147]

Н. І. Волошко пропонує також виконувати загальноседативний варіант *методики аутосугестивної корекції*, що можна робити і за допомогою магнітофонного запису [17, с. 147].

«Сядьте в крісло і розслабтесь. Закрийте очі, глибоко вдихніть і повільно видихніть. Зараз ще раз... затримайте подих, коли ваші легені наповнюються чистим, свіжим повітрям. Продовжуйте тримати очі закритими. Повільно видихніть і відчуйте себе повністю розслабленим.

Уявіть, що вся ваша напруженість і скутість, всі ваші страхи та тривоги відступають геть і стікають вниз, як у воронку, починаючи від верхівки вашої голови. Вони спускаються по вашому обличчю, через шию та плечі, проходять через груди і живіт, потім опускаються до стегон, колін, ступнів і пальців ніг. Вся ваша напруженість і скутість, всі ваші страхи і тривоги витікають з кінчиків ваших пальців, і ви розслаблюєтеся все глибше і глибше.

Зосередьте увагу на пальцях ніг і дозвольте їм абсолютно розслабитися. Кожен палець розслаблений і важкий. Тепер нехай розслаблення пошириться на ваші ступні, підніметься по ногам, охопить живіт, розіллється в грудній клітині. Ваше дихання стає більш вільним, глибоким, розслабленим. Почуття глибокого розслаблення переходить на плечі, спускається по рукам на долоні і пальці. Ви відчуваєте, як зворотня звільня розслаблення піднімається вверх по вашим рукам і плечам, охоплює шию, розтікається по обличчю. Ваші щокі, підборіддя, очі повністю розслаблені, Відчуття приємного розслаблення охоплює брови і лоб, переходить на верхівку голови і спускається по потилиці до шиї.

Уявіть на верхівці голови важкий тягар, м'який і розслаблюючий. Відчуття глибокого розслаблення розтікається по вашому обличчю і очам, вниз по шиї і по плечам, поширюється на грудну клітину, живіт, стегна, коліна, гомілки, охоплює ступені і пальці ніг. Ви

почуваєте приємну важкість, глибоке розслаблення і спокій, від верхівки голови до пальців ніг.

Уявіть собі, що ви дивитесь на шкільну дошку. На ній намальоване коло. В цьому колі ми будемо малювати літери алфавіту у зворотньому порядку, починаючи з літери Щ. Розташовуючи в колі кожну літеру, ви потім стираєте її і розслаблюєтесь ще глибше, ніж раніше.

Тепер знову уявіть собі шкільну дошку. Намалюйте в колі літеру Щ. Тепер зітріть літеру Щ і розслабтесь глибоко. Намалюйте літеру Ш, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Ч, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Ц, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Х, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Ф, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру У, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Т, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру С, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Р, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру П, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру О, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Н, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру М, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Л, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру К, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру І, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру З, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Ж, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Е, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Д, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Г, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру В, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру Б, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Намалюйте літеру А, зітріть її і розслабтесь ще глибше. Тепер зітріть коло і забудьте про шкільну дошку. Продовжуйте розслаблення все глибше і глибше. Відчуйте, як ваше тіло поринає в крісло, а розум очищується від усяких думок і розслаблюється з кожним наступним подихом. Роблячи вдих, уявляйте собі, що ви вдихаєте чистий, свіжий анестезуючий препарат без смаку та запаху. Ця речовина розтікається по всьому вашому тілу, залишаючи відчуття теплоти, оніміння і поколювання. Ваше дихання стає більш глибоким, вас наповнює відчуття спокою і безтурботності. Починаючи з цього моменту і до кінця сеансу з кожним наступним подихом ви будете розслаблятися все глибше і глибше.

Тепер я хочу, щоб ви уявили ясне, голубе літнє небо. В небі летить літак та виписує ваше ім'я білими літерами-хмаринками. Ди-

віться, як ваше ім'я парить в ясному, голубому небі, написане білими літерами-хмаринками. Тепер хай воно розтане. Хай вітер віднесе ваше ім'я в голубе небо. Забудьте про ваше ім'я..., забудьте, що у вас взагалі є ім'я. Імена не мають значення, Продовжуйте слухати мій голос, розслаблюючись все глибше і глибше.

Зараз я хочу, щоб ви уявили себе на верхній сходинці масивної дерев'яної драбини. Відчуйте килимову доріжку у себе під ногами. Дорожка може бути будь-якого вигляду і кольору, якого ви побажаєте..., створіть її. Тепер протягніть руку і торкніться поручнів. Відчуйте дотик до гладкого, відполірованого дерева. Десять сходинок відділяють вас від підлоги внизу. Сходи плавно згинаються, і скоро ми починаємо спускатися по сходинках. З кожним кроком ви будете все більш і більш розслабленими. Коли ви досягнете підлоги, то розслабитися глибше, ніж будь-коли раніше. Тепер зробіть крок униз..., униз на дев'яту сходинку... вільно і невимушено. Відчуйте, як ви занурюєтеся глибше. Тепер униз на восьму сходинку... ще глибше. Тепер униз на сьому... шосту... п'яту, четверту, третю, другу, першу.

Тепер ви стоїте на підлозі. Перед вами є двері. Протягніть руку і відкрийте їх. Ви бачите світло, що струмує з кімнати. Увійдіть до кімнати... увійдіть в це світло через відкриті двері. Тепер ви усередині кімнати... озирніться навколо. Це ваша кімната, і вона може бути будь-якою, якою ви захоче те її бачити. Будь-якої форми, будь-якого розміру, будь-якого кольору. В цій кімнаті ви можете мати все, що побажаєте. Ви можете додавати предмети, видаляти їх або міняти місцями. Ви можете створити будь-які меблі, абажури, картини, вікна, килими. Це ваше місце... ваше глибоко особисте, внутрішнє місце, і тут ви вільні. Вільні творити. Вільні бути тим, ким ви є насправді. Вільні робити все, що побажаєте. Світло, сяюче в кімнаті, — це ваше світло. Відчуйте світло всюди навкруги вас. Відчуйте енергію цього світла. Хай світло вільно тече через ваше тіло... розчиняється... наповнює вас своєю енергією. Відмовтесь від страху і напруги. Ви наповнені світлом. Ви купаєтесь в життєдайному світлі вашої кімнати.

Тепер створіть образ самої (самого) себе, образ тієї жінки (того чоловіка), якою (яким) ви дійсно хочете бути. Не такий, який хочуть бачити інші люди, а такий, який ви самі хочете себе бачити. Погляньте на свій образ, що стоїть перед вами в променистому світлі. Він стрункий, прекрасний, вільний і безтурботний... він одягнений в гарне нове плаття (новий костюм). Це ви. Це ваше істинне «я». Це жінка (чоловік), якою (яким) ви повинні стати. Тепер підійдіть ближче до

свого образу... підійдіть ближче. Увійдіть до свого образу. Дайте йому розчинитися у вас. Тепер це ваше краще «я», жива частина вашого ества, яка буде сильнішою з кожним днем.

Починаючи з цього моменту і щодня ви будете все більше і більше схожі на жінку (чоловіка), якою (яким) ви хочете стати. Ви будете спокійні і безтурботні, що б не трапилось, а якщо відбудеться щось дійсно серйозне, ви зможете знайти розумний і спокійний вихід з положення. Ви відчуваєте себе чудово, і вам буде дуже легко після цієї установки... де б ви не були, щоб ви не робили» [17, с. 149].

Зміст вашої власної установки, спрямований на корекцію недоліків, які б ви хотіли змінити. «Наступного разу, коли я побачу вас або коли ви почуєте запис мого голосу, ви розслабитесь ще глибше, ніж зараз. Тоді навіювання, яке ви отримали від мене, буде все глибше і глибше укорінюватися у вашій свідомості.

Через декілька секунд, коли прокинетеся, ви відчуватимете себе добре відпочилим, бадьорим, повним енергії і впевненості в собі. Ви відчуватимете себе чудово. Щоб прокинутися, вам потрібно просто лічити разом зі мною від одного до п'яти і розплющити очі на рахунок п'ять. Відчуваючи себе добре відпочилим, бадьорим і в прекрасному настрої. Отже, 1...2... 3... 4... 5» [17, с. 150].

Н. І. Волошко вважає, що, враховуючи ту обставину, що здоров'я зумовлене способом життя в цілому, і на нього впливає дуже багато чинників, можна розробити індивідуальні варіанти методики аутосугестивної корекції цих чинників (факторів), таких як взаємостосунки в соціальному оточенні, поведінка (уникати шкідливих звичок і розвивати оздоровлюючі), схильності (звичка палити, об'їдатися, звичні способи мислення і реагування), переконання і цінності, психологічні властивості, сприйняття себе, розвиток духовності.

Адже відомо, що здоров'я підпадає під вплив оточення, поведінки, думок, переконань та духовних цінностей. Виділення цих факторів свідчить про доцільність розробки методів саме **аутосугестивної корекції**, що позитивно впливають на рівень якості оточення (створення і підтримання міцних і добрих взаємостосунків), поведінки і здібностей (формування здорових звичок і стратегій мислення, що надають нам можливість реагувати більш позитивно, щоб менше піддаватися дії стресу і легше управляти своїм станом), на рівень переконань і цінностей (заміна старих переконань новими, здатними більш ефективно підтримувати наше здоров'я), на рівень духовності (регуляція всього життя).

Лікування гіпертонічної хвороби завжди відбувається комплексно, із застосуванням медикаментозних засобів і фізіотерапевтичного лікування, тому значну роль при цьому відіграє *опосередкована психокорекція*. На ефективність *опосередкованого навіювання* при застосуванні медикаментозної терапії вказували багато вчених. В багатьох випадках успіх, що приписується тому чи іншому засобу, в дійсності зобов'язаний вірі в нього з боку хворого. Назначаючи гіпотензивні та заспокійливі ліки, необхідно їх *психологічно потенціювати*. З точки зору дослідниці, для психологічного потенціювання медикаментозних засобів необхідні:

1. Вивчення оціночних суджень хворого про той медикамент, котрий призначив лікар.
2. Емоційна настройка хворого на призначення лікування.
3. Формування «реакції (позитивного) очікування».
4. Потенціювання цілющого впливу лікування.
5. Дезактуалізація побічної дії лікування.
6. Формування лікувальної перспективи.

Психологічне потенціювання лікувальної фізкультури при гіпертонії підвищує ефективність ЛФК, прискорює і стабілізує медичну і соціальну реабілітацію даного контингенту хворих. З групою хворих, що починають займатися лікувальною фізкультурою, можна провести психокорекційну бесіду, метою якої є формування позитивної установки на виконання вправ, пояснення беззаперечної корисності ЛФК для здоров'я і психічного стану. Дослідниця рекомендує бесіду приблизно такого змісту: «Заняття лікувальною фізкультурою викликають бадьорість, добрий настрій і апетит. Це кращий спосіб зміцнити силу серцевого м'яза. Під час виконання фізичних вправ серце отримує більше крові і краще розподіляє її по всьому організму. Кожна клітина вашого організму отримує при цьому більше кисню і поживчих речовин. З кожним вдихом зменшуються і зникають кволість, слабкість, апатія. Лікувальна фізкультура нормалізує величину артеріального тиску. Ви відчуваєте приємну легкість у всьому тілі. Покращується обмін речовин, нормалізується вага тіла, краще працюють печінка та нирки. Рухи зміцнюють ваше здоров'я, покращують самопочуття, підвищують працездатність. Рух — це запорука активного довголіття» [17, с. 151]. Після кожного заняття психолог оцінює самопочуття хворих. Психологічне опосередкування фізичних вправ повинно мати адекватний, не надокучливий характер і проводитися систематично.

Стаціонарна психокорекція при гіпертонічній хворобі вимагає:

1. Виявлення та усунення психотравмуючих факторів.
2. Дотримання всіма категоріями персоналу стилю «стерильності слова і поведінки», виключення ятро- і егrogenей.
3. Під час огляду фіксувати увагу на позитивній динаміці захворювання в цілому, а не тільки на величині артеріального тиску.
4. Переконавати хворого в сприятливому закінченні хвороби і дезактуалізувати можливість тяжких ускладнень (інфаркт, інсульт та ін.).

Комплексна система психокорекційних впливів підвищує стійкість серцево-судинної системи до різних патогенних впливів зовнішнього середовища.

Психопрофілактика гіпертонічної хвороби передбачає раціональну організацію праці, відпочинку і відповідну культуру людських взаємовідносин.

Психогігієна при гіпертонії виконує наступні задачі, зокрема на виробництві:

- 1) Розроблення критеріїв психологічної сумісності, попередження конфліктів і психічних травм у виробничих колективах;
- 2) Виявлення факторів, що сприяють функціональному перенапруженню центральної нервової системи;
- 3) Раціональна організація виробничих процесів, оптимальне вирішення проблеми «людина — машина — середовище»;
- 4) Раннє виявлення відхилень в роботі ЦНС людини при порушенні режиму праці і відпочинку та своєчасне їх лікування;
- 5) Навчання осіб, що працюють в умовах, пов'язаних зі стресовими ситуаціями, основам аутотренінгу і самонавіювання [17, с. 151].

Крім того, Н. І. Волошко пропонує правильно використовувати силу власного розуму, щоб відключитися від оточуючих обставин, коли вам потрібно відпочити від робочої обстановки, стресових ситуацій, щоб відновити втрачену енергію, ваші сили, але у вас немає часу на відпочинок. Замість відпочинку можна на короткий час відправитися думкою в подорож. Така подорож нагадує фантазію.

Фантазуйте про подорож, мріючи побувати в найцікавіших місцях країн світу, оранжерей, морського узбережжя, парках, в лісі та ін. Продумайте одяг, транспорт, підберіть цікаве товариство, закривши очі на 5–30 хв., активно фантазуйте про відпочинок. По суті, така подорож є створення фільму думкою, де ви — головний герой і режисер. Кожен кадр подорожі дає емоції і заряд, енергію, зацікавленість [17, с. 152].

Другою, на пропозицію дослідниці, може бути рекомендація **послухати музику**. На справжнє прослуховування музики можна виділити 10–15 хвилин. В процесі прослуховування музики слід враховувати наступне:

- уявіть собі обставини, відповідні назві музичного твору;
- створіть музичний пейзаж;
- продумайте, яке місце ваше в цьому музичному процесі;
- виділяйте музичні ритми;
- дайте характеристику ваших почуттів.

Як стверджує досвідчений кардіопсихолог, дані рекомендації допоможуть пацієнтові посилити здатність до психічної переробки стресових ситуацій, запобігти розвитку неврозу чи психосоматозу, уникнути внутрішньоособистісного конфлікту, який є досить важким при подоланні, ніж іншого типу, бо рідко індивід відкриває іншим свої «проблеми», а самого себе переконати важко, але можливо, коли зуміти собою керувати.

Взагалі для запобігання неврозів та психосоматичних, в тому числі серцевих, хвороб Н. І. Волошко рекомендує дотримуватися в будь-яких життєвих ситуаціях 5 принципів:

1) Саме сьогодні живіть, виражаючи вдячність. Основний з принципів при цьому — відстороненість. Тільки тоді енергія правильної думки здатна змінити ситуацію. Відсторонена від сильних переживань людина легше отримує необхідне.

2) Саме сьогодні не хвилюйтеся. Хвилювання — це думка. А думка має властивість збуватися. Ніколи і ні за що не хвилюйтеся. Все — на краще. Якщо те, що трапилося, не привело вас до добра, значить воно було обумовлено вашою поведінкою і тому неминуче. Чим триваліше фіксуватися на нещасті, тим ймовірніше воно знову трапиться.

3) Саме сьогодні ви не повинні сердитися. Гнів — це породження негативної думки. Що робити, щоб гнів не спопеляв вашу душу і тіло? Насамперед, зрозумівши, що ви сердитесь, спрямуйте свій розум в позитивне русло — задумайтесь, чому ви відчуваєте гнів? Чому виникла ця ситуація? Почуття гніву зникне. Ви будете спокійні, доброзичливі, не гнівні. Ваша безтурботна посмішка буде найкращою зброєю в будь-якій ситуації.

4) Саме сьогодні дійте від щирого серця і сумлінно. Одна з головних компонент досконалого людського духу і тіла — чесність перед самим собою.

5) Саме сьогодні проявляйте любов до всіх живих істот. Ставлячись до живого без любові і чинячи йому шкоду, ви вступаєте в обмін енергією, котрий обернеться для вас негативними наслідками. Любов же та добро обертаються щастям та радістю [17, с. 152–153].

Кардіопсихолог нагадує, що на питання про те, що викликає хвороби, наука давно вже пропонує відповідь: це стреси, несприятлива екологія, психічні проблеми, спадкові чинники, ослаблення імунної системи і багато іншого. Складніше з протилежним питанням — що зберігає наше здоров'я? Чому деякі люди, незважаючи на дію патогенних чинників, залишаються здоровими? Проаналізувавши велику кількість спеціальної літератури, вона виокремлює наступні чинники збереження здоров'я [17, с. 153]:

- Глибока переконаність та віра в краще майбутнє. Оптимісти, які, не дивлячись на невдачі і поразки, не втрачають ніколи надії, більшою мірою несприятливі до хвороби, ніж песимісти.

- Упевненість у своїх силах і можливостях. Люди, які самі контролюють важливі події у своєму житті, які не відчують себе цілком залежними від зовнішніх сил і інших людей, хворіють рідше.

- Довір'я до себе. Здоров'я зберігає вже одне тільки переконання: «Я з цим справлюся!» Віра в себе — найважливіший чинник збереження здоров'я.

- Висока самооцінка також важлива для збереження здоров'я.

- Емоційна стабільність особи, яку не можуть поколювати удари долі.

- Певна «товстокожість» і безтурботність. Це здатність не приймати близько до серця хворобливі переживання.

- Інтерперсональне довір'я. Хто може покластися на інших людей і довіритися їм, володіє додатковим захистом від хвороб.

Результати опитування хворих на АЕГ засвідчили ефективність програми Н. І. Волошко для збереження і зміцнення психічного здоров'я, що запобігає виникненню та розвитку психосоматичних і нервово-психічних порушень. За відгукami хворих, використання розроблених дослідницею методики аутосугестивної профілактики і корекції призвело до зниження артеріального тиску і його стабілізації, до зменшення неврозоподібної симптоматики (почуття загального внутрішнього заспокоєння), до покращення психічного і фізичного стану, до зміни світогляду з переоцінки цінностей на користь здоров'я, до формування здорових звичок і способу життя [17, с. 153].

13. АУТОСУГЕСТИВНІ НАСТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ НА ЗДОРОВ'Я ВЛАСНОГО СЕРЦЯ У ПСИХОКОРЕКЦІЙНІЙ СИСТЕМІ Г. М. СИТІНА

Запропонований в середині ХХ століття Г. М. Ситіним (1921 — 2016) аутосугестивний метод психологічної корекції, за свідченням самого автора, його пацієнтів та експертів, вчиняє значний психопрофілактичний та психокорекційний вплив на здоров'я пацієнтів [75]. Він базується на тому, що спеціально підібрані словесні формули, так звані настрої, визивають при їх повторенні «імпульси другої сигнальної системи, які поступають з кори великих півкуль головного мозку у внутрішнє середовище організму і перебудовують життєдіяльність тканин, внутрішніх органів на тривалий час...». Результати навіть одного заняття з хворим фіксуються приборами на протязі місяця і надалі [75, с. 11]. Слід зауважити, що підбір слів і речень настроїв базується на багатовіковому досвіді використання народних замовлянь, а також на основі використання сучасних методів електроенцефалографії, електрокардіографії, реєстрації біопотенціалів біологічно активних точок шкіри тощо.

Настрої Г. М. Ситіна уявляють собою «цілющі тексти», які складаються з позитивних тверджень, наприклад, «У мене здорове сильне серце». Не допускаються негативні вирази типу «У мене не хворе серце, у мене не болить серце», оскільки вони спричиняють шкоду і посилюють хворобу словами «хворе», «болить» [75, с. 12].

Настрої методу містять так звану зворотню словесну форму, наприклад, «Придушую всі сумніви в тому, що в мене здорове сильне серце», що сприяє їх кращому засвоєнню.

Побудова і зміст настроїв мають формувати у людини яскраві образи здоров'я, молодості, сили, невтомності й краси, підсилювати позитивні почуття, радість життя, стимулювати вольові зусилля з метою управління станами організму. Тому автор називає свою систему методом словесно-образного, емоційно-вольового управління станом людини — СОЕВУС.

Управління станом за допомогою даного методу психокорекції стимулює життєву позицію, активізує особистість, вирішує численні задачі оздоровлення та омолодження людини, чого можна досягати тільки на основі саме її активної життєвої позиції, на бажанні керувати своїм станом в ім'я досягнення своїх та суспільних

цілей. Це забезпечує високу працездатність, а в сполученні із самовихованням активної життєвої позиції, цілеспрямованості та сильної волі, високу продуктивність праці.

Метод Г. М. Ситіна не вимагає якоїсь попередньої підготовки. Настрої можна засвоювати без усяких обмежень у віці з 16 років і далі. Хоча є і спеціальні настрої для дітей.

Цілющі настрої доцільно засвоювати на фоні загального настрою на молоде життя, що сприяє відновленню та підсиленню всіх фізіологічних функцій організму та усуненню їх різних порушень як у молодому, так і похилому віці. Для підсилення дії настроїв їх треба повторювати десятки, а то і сотні разів.

Г. М. Ситін впевнений в тому, що його метод відкриває «нову епоху високоефективної медицини без ножа і ліків, способи омолодження, довголітнього здорового щасливого життя». Цьому сприяє, на переконання автора, застосування в кожному випадку другого варіанту настрою — саме на довголіття. Він формулюється так, щоб людина почала звикати до цієї думки і продовжувати, збільшувати тривалість свого життя [75, с. 12–13]. Сам Г. М. Ситін прожив, незважаючи на серйозні поранення, отриманні під час другої світової війни, 95 років.

Як рекомендує автор, тексти настроїв можна прочитувати про себе, проговорювати вголос або прослуховувати у звукозапису, переписувати від руки на папері у будь який час дня.

Г. М. Ситін розробив цілющі настрої, а їх вже більше 20000, для лікування різноманітних хвороб — нервової системи, психічних хвороб, серцево-судинної системи, системи дихання, шлункових хвороб, ниркової системи, на довголіття, проти переїдання, для усунення шкідливих звичок та багато інших. Перерахуємо тільки створені ним настрої проти хвороб серцево-судинної системи — на загальне оздоровлення серця, омолодження серця, стійкість серця, запасну силу серця, зняття збудження серця, блаженство серця, на зниження підвищеного артеріального тиску крові (перший і другий варіанти), на стабільність артеріального тиску, проти аритмії серця та ін. [75, с. 414–415]. У 2012 році ним навіть написана спеціальна книга — «Думки, що омолоджують серце» [76]. Наведемо тут лише два настрої — передусім на зниження підвищеного артеріального тиску крові (другий варіант — на довголіття) [76, с. 285–288]. Автор підкреслює, що при перелічуванні тексту треба обов'язково дотримуватися і зберігати знаки пунктуації, словосполучення, повтори такими, як у лікувальному тексті, якими б незвичними вони не здавалися:

«Я весь наскрізь заспокоївся, я весь наповнююсь блаженним спокоєм. Усі м'язи лоба розслабилися, лоб розгладився, всі м'язи мого обличчя глибоко розслабилися, все обличчя розгладилося. Вся голова наскрізь розслабилася. В усій голові наскрізь кровоносні судини розширилися, по всій своїй довжині рівномірно розширилися, я весь заспокоївся вся голова розслабилася, всі кровоносні судини розслабилися, розширилися. У всій голові наскрізь кровообіг свободний-новонароджений свободний. В усій голові наскрізь кровообіг свободний повний, всі кровоносні судини в усій голові розширилися по всій своїй довжині, Кров тече все більш широким, все більш свободним, все більш широким потоком, як ріка у повінь, кров тече по всім кровоносним судинам всередині головного мозку. В усій голові наскрізь новонароджено-повний, новонароджено свободний-свободний кровообіг, в усій голові наскрізь новонароджено свободний кровообіг. Усі м'язи лоба розслабилися, усі м'язи обличчя розслабилися, усе обличчя розгладилося. Я весь наскрізь заспокоївся, я весь наскрізь заспокоївся, я весь наскрізь абсолютно спокійний, як дзеркальна гладь озера, я весь наскрізь абсолютно спокійний. Усі м'язи голови розслабилися, всі м'язи лоба, голови розслабилися. Я весь наскрізь заспокоївся. Обличчя блаженне: задоволене, обличчя блаженне: усім задоволене, я всім задоволений, я повністю задоволений життям, я усім задоволений, я більше від життя нічого не вимагаю. Якщо що-небудь покращиться, ну що ж я заперечувати не буду, буду жити ще краще, але я повністю задоволений усім тим, що в мене є. Я нічого не чекаю, я усім задоволений, я повністю задоволений життям. Обличчя блаженне: всім задоволене. Я весь наповнююсь блаженним спокоєм, безтурботним спокоєм.

Безтурботним спокоєм наповнюється серце, абсолютним спокоєм наповнюється серце. Безтурботна безхмарна юність наповнює душу, безтурботна безхмарна юність наповнює душу. Я весь наскрізь заспокоївся, в усьому тілі усі м'язи глибоко розслабилися, подовжилися, стали м'якими, як кисіль, всі мої м'язи. В області серця всі м'язи глибоко розслабилися, в області серця грудні м'язи глибоко розслабилися, подовжилися, стали м'якими, як кисіль. Спинні м'язи в області серця глибоко розслабилися. М'язи лівого плеча розслабилися, стали м'які, як кисіль. М'язи лівої руки розслабилися, подовжилися, стали м'якими, наче кисіль. В усій широкій області серця всі м'язи розслабилися, подовжилися, стали м'якими, ще свободніше стало в області серця, зовсім свободно стало в області серця,

безмежно вільно в області серця. Всередині самого серця новонароджено-вільний, новонароджено-вільний кровообіг. Всередині самого серця всі кровоносні судини розслабилися: розширилися по всій своїй довжині. Всі кровоносні судини всередині серця розслабилися: розширилися по всій своїй довжині. Всередині самого серця новонароджено повне, новонароджено вільно-вільний кровообіг. Уся область серця стала легка-легка, легка невагома. На серці спокійно легко, на серці спокійно легко, в області серця вільно, безмежно вільно в області серця. Вся область серця легка-легка, легка невагома вся область серця легка-легка-легка невагома, начебто вся область серця зникла у просторі. Легка-легка-легка невагома-невагома вся область серця, начебто вся область серця зникла у просторі. На душі так світло, так легко, добре. Обличчя блаженне, всім задоволене.

Всі м'язи тулубу глибоко розслабилися, грудні м'язи розслабилися, подовжилися, стали м'якими, як кисіль. Найширші м'язи спини розслабилися, подовжилися, стали м'якими, як кисіль. Усі м'язи попереку розслабилися, всі м'язи черевного пресу розслабилися, всі м'язи тулубу розслабилися, подовжилися.

Всі м'язи плеч розслабилися, м'язи рук розслабилися, подовжилися всі м'язи рук, плеч, усі м'язи тулубу розслабилися, стали м'якими, начебто кисіль. М'язи ніг розслабилися, ікроножні м'язи глибоко розслабилися, ікроножні м'язи глибоко розслабилися, стали м'які, начебто кисіль. Я весь наскрізь заспокоївся, а голова наповнилася приємним легким-легким світлом, голова легка-легка, легка світла, голова легка невагома, легка світла.

Все тіло легко-легке, легко, як пушиночка, все тіло легко-легке, легко, як пушинка. Голова легка невагома, в очах світло-світло, на душі так легко добре, в області серця легко, спокійно, в області серця легко, спокійно, вся область серця легка-легка, легка невагома, начебто вся область серця зникла у просторі. В області серця легко спокійно, безмежно вільно, безмежно вільно в області серця. В усьому тілі новонароджено вільний, новонароджено вільний кровообіг в усьому тілі новонароджено вільний кровообіг, голова легка-легка, легка світла; в очах світло-світло, яв в яскравий сонячний прекрасний день в очах моїх світло» [17, с. 285–288].

Наведемо тут ще один настрій Г. М. Ситіна — на омолодження серця [75, с. 258–261]:

«Заново народжене нове-нове здорове новонароджене, що бурхливо-бурхливо розвивається, життя впливається в моє серце. Ново-

народжене життя зараз-зараз народжує швидко-енергійно, бурхливо-бурхливо, що розвивається, серце. Новонароджене життя зараз-зараз народжує швидко-енергійно, що бурхливо-бурхливо розвивається, серце.

Кожну секунду в серці народжуються нові сили. Нові здорові сили народжуються в серці. А молода кров веселим-радісним, веселим-радісним потоком, веселим-радісним потоком промиває-промиває молоде серце.

Новонароджене життя зараз-зараз народжує новонароджений повний кровообіг всередині серця. Зараз-зараз народжується новонароджений, новонароджено-повний, новонароджено-свободний кровообіг всередині серця. Кров все більш широким потоком, як ріка у повінь, кров все більш широким-широким-свободним потоком тече всередині серця. Всередині серця народжується новонароджено-повний, новонароджено-повний, повний—свободний-веселий кровообіг. А кров веселим-радісним стрімким-свободним потоком тече всередині серця, промиває-промиває молоде серце, промиває-вимиває із серця всі солі, всі шлаки, всі продукти обміну. Новонароджене життя вдень і вночі, постійно промиває-промиває-промиває моє серце, вимиває-вимиває із серця всі солі, всі шлаки, всі продукти обміну. Новонароджено-чисте, новонароджено-чисте народжується серце. Новонароджено-чисте, новонароджено-чисте народжується серце. Кров несе серцю в надлишок прекрасне повноцінне харчування. Все, що серцю необхідне для життя, роботи, неперервного омолодження, все кров несе йому в надмір. В повному задоволенні оживає-оживає, здоровішає-зміцнюється молоде серце.

Богатирська сила народжується в серці.

Новонароджене життя, що бурхливо розвивається, вливається в серце. Новонароджений швидкий розвиток, новонароджений швидкий розвиток вливається в серце. Новонароджений швидкий розвиток, новонароджений швидкий розвиток вливається в серце.

Новонароджене життя, зараз-зараз народжує новонароджене-юне, що швидко розвивається, новонароджено-юне, що швидко-бурхливо розвивається, серце. З кожною секундою в серці народжуються нові сили. Здорові сили народжуються в серці. Новонароджене життя народжує богатирське потужне молоде серце, незламно сильне, незламно міцне молоде серце. Новонароджене життя народжує повнокровне-повнокровне здорове життя серця. Повнокровним-повнокровним веселим-радісним здоровим життям живе молоде

серце. Новонароджене життя народжує новонароджено-юне, новонароджено-юне, що бурхливо розвивається, здорове-здорове незаймане серце. Новонароджене життя народжує бурхливо-бурхливо, що розвивається, новонароджено-юне, здорове-здорове незаймане серце. Моє новонароджено-юне, новонароджено-юне здорове незаймане серце.

Новонароджене життя народжує ідеально правильну, ідеально правильну роботу серця. Новонароджене життя народжує ідеально правильну, ідеально правильну роботу серця. Народжується здоровий правильний ритмічний пульс сімдесят два, сімдесят два удари пульсу за хвилину. Всі удари пульсу однакової нормальної сили молодого серця. Усі проміжки часу між ударами пульсу однакові. Ідеально правильно, ідеально правильно, ритмічно працює серце. З величезною, з колосальною стійкістю ідеально правильно працює серце. З величезною, колосальною стійкістю ідеально правильно, ідеально правильно працює серце. Здоровий правильний ритмічний пульс сімдесят два, сімдесят два удари за хвилину.

Новонароджене життя народжує юне сильне могутнє веселе серце. Юне-молоде-юне, новонароджено-чисте сильне серце дзвінке-дзвінке. Новонароджене життя народжує гучно-дзвінке, гучно-дзвінке юне серце. Новонароджено-юне, гучне-дзвінке юне серце. Тони серця високі, гучно-дзвінкі. Тони серця високі-високі-високі, дзвінко-гучні.

З колосальною стійкістю зберігає серце ідеально правильну роботу. Новонароджене життя народжує пульс повний сильного наповнення, пульс повний, сильного наповнення.

В усій серцево-судинній системі здоровішають-зміцнюються, здоровішають-зміцнюються молоді нерви.

Новонароджене життя наповнює всю мою серцево-судинну систему. Вся серцево-судинна система зараз-зараз народжується новонароджено свіжа, новонароджено свіжа. Всі кровоносні судини народжуються новонароджено свіжі. Всі кровоносні судини народжуються новонароджено свіжі, еластично-пружисті, еластично-пружисті. Вся серцево-судинна система народжується новонароджено свіжа, новонароджено свіжа, енергійно-сильна. Вся серцево-судинна система народжується новонароджено справна, ідеально справна. Ідеально-справна вся серцево-судинна система. В усьому тілі швидкий-веселий, повний-веселий кровообіг. В усьому тілі повний-веселий, новонароджено повний, повний-веселий кровообіг. Все тіло живе веселим-радісним щасливим життям, весе-

лим радісним здоровим життям, повноцінним здоровим життям живе молоде серце.

Йду — птахом на крилах лечу, серце яскраво відчуває своє завзяття молодецьке, серце яскраво відчуває свою силу богатирську.

І через десять років, і в сто років у мене буде незламно здорове, незламно міцне, богатирське могутнє молоде серце.

З кожною секундою здоровішає-зміцнюється молоде серце. З кожною секундою в серці народжуються нові-нові здорові сили. Богатирська сила народжується в серці. Новонароджене життя народжує серце величезної-колосальної сили. Біжу — птицею на крилах літаю, серце яскраво відчуває своє завзяття молодецьке, серце яскраво відчуває свою силу богатирську.

І через десять років, і в сто років у мене буде молоде здорове міцне серце.

Весело-радісно оживає-оживає, здоровішає-зміцнюється молоде серце. Веселе-веселе здорове серце, веселе-веселе щасливе серце, веселе-веселе-хихочуче серце, веселе-веселе-хихочуче серце.

В області серця легко-спокійно, легко-спокійно в області серця. В області серця всі нерви здоровішають-зміцнюються, здоровішають-зміцнюються. Вся область серця народжується легка-легка, легка-невагома, начебто вся область серця зчезла у просторі. На серці так легко-хороше, як ніколи раніше не було. Вся область серця легка-легка, легка-невагома.

Все тіло молоде-сильне, богатирськи сильне, молоде тіло легке, як пушинка. Йду — птахом на крилах літаю, йду — птахом на крилах літаю, яскраво відчуваю своє завзяття молодецьке, яскраво відчуваю свою силу богатирську» [17, с. 258–261].

Г. М. Ситін постійно нагадує, що лікувальні та профілактичні тексти його настроїв слід багатократно повторювати, проголошуючи вголос, пошепки, навіть переписуючи від руки, вимовляючи про себе, вдома, в транспорті, на роботі (під час перерви на обід), повністю або фрагментарно, виділяючи найбільш значущі його частини. Тоді буде отримано помітний оздоровчий та профілактичний ефект.

Особливістю настроїв, про яку автор говорить мало, але вона кидається в очі, є безпосереднє інтенсивне їх звернення до людини, до її Я, до своїх глибинних енергетичних, інформаційних, вікових, духовних, психосоціальних, мотиваційних, характерологічних, рефлексивних, інтелектуальних, психофізіологічних, психосоматичних, психогенетичних та інших ресурсів, потенціалів особистості, в якості яких

виступають інтимні механізми організації життєдіяльності. Регулярні систематичні повторювання понятійних посилів, значень цих потенціалів начебто аксіоматично закликають ество людини до кращої самоактуалізації власних невикористаних достатньою мірою можливостей — з метою їх значно ефективнішого використання самою особистістю для нормалізації, оздоровлення, пролонгації власного життя. Ці звернення виглядають як відверто функціональні, процесуальні, трансформаційні тощо. Кожна фраза настроїв є мудрою аксіомою, акцентуйованим посилом людині для нормалізації її життя, на здоров'я і щастя людини. Вони ритмічні, циклічні, прив'язані до ритмів функціонування самого організму людини.

Цілющі настрої подаються у категоричній констатувальній формі, бо спрямовані не у далеке опосередковане майбутнє, а у безпосереднє сьогодення, у даний часовий момент, у «тут і тепер», включаючись і впливаючи на вже зараз функціонуючі механізми організму, збуджуючи й активізуючи їх, самоактуалізуючи сплячі або недостатньо активізовані ресурси і потенціали. Через цілюще слово особистість цілеспрямовано впливає на організм.

Враховуючи ту обставину, що за запропонованою нами психологічною структурою особистості її основою визнається підструктура психогенетики [62], то доцільно точніше визначити адресацію цих настроїв. Сам Г. М. Ситін в останні роки все частіше використовував у своїх настроях слова «народжуватися», «новонароджений», «життя», за якими стоїть певний орган, відповідальний за розвиток, корекцію, переорієнтацію організму людини із зовнішніх ресурсів життя на глибинні внутрішні, самоорганізаційні. В якості адресату настроїв Г. М. Ситін все частіше апелює до Бога [77], до генів, спадковості людини, враховуючи останні досягнення генетики. Ми згодні з «божественною» переорієнтацією автора настроїв, але за умов, що доцільно трактувати Бога також як Природу, про що говорив, приміром, у своїй «Етиці» Б. Спіноза. Йдучи далі, більш точним адресатом слід вважати, на наше переконання, Геном людини, в якому інтегруються гени і хромосоми як носії спадковості, глибинної генетичної організації життя людини. Тоді лаконічно сформульована орієнтація його настроїв мала б включати в себе інтенсивне і ритмічне звернення саме до Геному, а стисла формула такого «генетично» орієнтованого настрою виглядала б наступним чином: «Мій новонароджений Геном, дай сили, здоров'я і довголіття моему серцю!» З урахуванням даних генетики, мішенню аутосугестивного

впливу настроїв може стати ДНК та її кінцева складова — теломера, від якої залежить функціональний стан і довголіття клітин, тканин, органів і організму людини.

Сформульовані Г. М. Ситіним настрої спираються на вже століттями апробовані народні засоби актуалізації факторів нормалізації, оздоровлення, реабілітації людини. Разом з тим, вони відповідають і розроблюваному у ХХ столітті погляду на особистість як суб'єкт власного життя, про що говорив відомий філософ і психолог С. Л. Рубінштейн. В українській психології таку ж позицію відстоювали В. А. Роменець і В. О. Татенко. Так, останній виділяв в рамках свого методологічного суб'єктно-вчинкового підходу такі впливи однієї особистості на іншу, як приклад і наслідування, психічне зараження, навіювання, переконування, вправляння та ін. [79]. В межах розробленого ним підходу, що передбачає актуалізацію рефлексії, доцільно говорити про такі види самовпливу, як самонаслідування, самозараження, самонавіювання, самопереконання, самовправляння, в цілому — про творчу самодіяльність особистості, спрямовану на самоактуалізацію власного оздоровчого та реабілітаційного потенціалу. Цьому як раз і відповідає психокорекційна система Г. М. Ситіна та інші сугестивні психотерапевтичні системи.

Назвемо серед таких гіпнотерапевтичну систему самогіпнозу, самопрограмування особистості, запропоновану М. С. Шойфетом (1947, Відень — 2013, Єна), орієнтовану на широкого споживача [94]. Вона передбачає роботу з важкими стресами та їх патологічними наслідками, в тому числі і серцевими хворобами. Ця система включає три компоненти: 1. Формування особливого стану свідомості (проміжного між станом бадьорості і сну) методами релаксації (м'язової, дихальної, функціональної тощо) та концентрації свідомості на вирішенні конкретної проблеми та самоактуалізації відповідних психологічних ресурсів. 2. Самоактуалізацію адекватної мови впливу на певний орган людини, в якості якої виступають головним чином візуалізація, навіювання і самонавіювання — передусім через почуттєву уяву, візуально-образне почуттєве мислення, дотикове мислення тощо. 3. Моделювання та використання терапевтичних програм лікування, послаблення конкретних аномальних відхилень і хвороб, зокрема серцевих. Ця система показала свою ефективність саме в доступі та самоактуалізації власних оздоровчих, реабілітаційних, нормалізуючих ресурсів людської особистості. Вона була успішно апробована нами для покращення власного здоров'я, зокрема

кардіологічного, і нормалізації таких станів, як сон, внутрішній спокій, працездатність тощо.

Особливістю даної системи самопрограмування слід вважати мобілізацію, в умовах особливого стану свідомості, власного Я, переорієнтацію свідомості із зовнішнього світу на внутрішній, тобто її перетворення на самосвідомість, рефлексивне формування ефективно діючої оздоровчої функціональної домінанти, що дозволяє принципово краще зосередити можливості психіки на внутрішніх проблемах, переключивши їх із зовнішнього плану діяльності і поведінки у внутрішній. Таким чином відбувається обертання психіки на саму себе, чим значно підсилюється її самооздоровчий, самореабілітаційний, самонормалізуючий самовплив в умовах подолання післядії важкого стресу. Слід додати, що в так званих нормальних, свідомих умовах вказаний внутрішній оздоровчий потенціал, як стверджують спеціалісти, є значною мірою заблокованим, придушеним суперечностями буття, проблемами, вимогами, конфліктами. З ними зазвичай працює зовнішньо орієнтована свідомість, через що внутрішні ресурси самосвідомості, як правило, скуті і не використовуються повною мірою. Для їх розкритості потрібна певна процедура, в якості якої виступає система самопрограмування та інші сугестивні методи, зокрема аутогенне тренування, гіпноз тощо. Саме тому, як зазначає М. С. Шойфет, потрібний особливий стан свідомості, самосвідомості, Я та духу, спрямованої на себе, на внутрішні ресурси організму, в тому числі і генетичні та психогенетичні. Звичайно, що це передбачає спеціальну суб'єктну підготовку особистості, формування в неї особливого суб'єктного досвіду, особистісної готовності до самодіяльності в екстремальних ситуаціях життя [94].

14. ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ СЕРЦЯ НА ОСНОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЦЕВОЇ ХВОРОБИ ЯК ОСОБЛИВОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ПРОБЛЕМИ (З ВИКОРИСТАННЯМ ДОСВІДУ КАРДІОЛОГІВ І АВТОРА ЯК НАУКОВЦЯ І ПАЦІЄНТА)

Даний розділ є передусім наслідком професійної належності автора до категорії вченого-дослідника. Адже він впродовж майже півстоліття, починаючи зі студентської доби й до нинішнього похилого віку, займався проведенням психологічних і педагогічних досліджень — як доктор психологічних наук, професор вікової та педагогічної психології. Усе доросле життя уявляється зараз автору як неперервне наукове мега-дослідження, в якому кардіологічна складова поступово зайняла своє належне місце — після виникнення певних кардіологічних проблем. Саме тоді вчений був змушений як пацієнт звернутися до медико-психологічного пізнання власного серця.

У нашому кардіологічному дослідженні можна виділити декілька фаз. Передусім, це несвідома, некомпетентна фаза, коли власне серце майже не помічалось і не було предметом серйозної уваги. Другу фазу можна умовно назвати початково усвідомлюваною, з поступово зростаючою кардіологічною освіченістю, в надрах якої почали складатися елементи кардіологічного дослідження. В останні десятиліття життя, під впливом кваліфікованого лікування спеціалістами-кардіологами, елементарне дослідження все краще усвідомлювалося саме як кардіологічне, психологічне і педагогічне. Воно збагачувалося, структурувалося і в останні роки почало складатися з трьох стадій — а) клінічно-стаціонарної, здійснюваної професійними кардіологами; б) амбулаторно-консультативної та в) домашньої, автономно-інтимної, що залежала вже від самого себе як пацієнта. Адже, на думку спеціалістів, провідною діяльністю похилого та старечого віку є самообслуговування. Можна сказати й інакше. Наукове кардіологічне, медико-психолого-педагогічне дослідження містило в собі три етапи — стратегічний (а), тактичний (б) та оперативний самоактуалізуючий (в). Останній етап є інноваційним, впроваджувальним, самообслуговувальним.

Докладно про всі ці фази, стадії та етапи ми розповімо далі, а зараз розглянемо стисло історію нашої серцевої хвороби, так би мовити її анамнез. При цьому автор вибачається за наведення певних

особистісних приватних подробиць, за певне саморозкриття інтимних характеристик хвороби та її лікування, без чого викладення анамнезу неможливе. Отже, почнемо цей своєрідний автобіографічний психоаналіз власної серцевої хвороби.

До 33 років автор цих строк не знав, що таке хвороба серця, навіть не відчував свого серця, хоча іноді відмічав почастішання пульсу, деякі невеликі і рідкі болі в області грудини, почервоніння шкіри, але не надавав цьому якогось медичного значення.

Переломним, в плані усвідомлення того, що з серцем щось не так, став період у віці приблизно 32 роки, коли одного разу, десь у 1979 році, на вченій раді Інституту психології, де я тоді, після аспірантури, працював молодшим науковим співробітником, директор Інституту В.І.В. публічно висловив своє справедливе здивування від того, що я не подаю вже практично готову кандидатську дисертацію на захист. Хоча він міг би значно більше хоча б формально підтримати цей процес, при тому, що в Інституті вже почала працювати своя спеціалізована вчена рада під його головуванням і на її засіданнях вже захистилися дві кандидатські дисертації. Пам'ятаю, як гостро защемило тоді серце, яке воно начебто намагалося вирватися, вискочити з грудини. Тоді серце вдалося заспокоїти протягом декількох днів тривожних переживань, вдаючись до використання валідолу і нітрогліцерину.

Ще більше заболіло серце взимку 1980 року, коли, після розлучення з дружиною О., її батько О. М., у відповідь на моє запитання «Де мій син?» сказав, що син тепер живе у Ленінграді, у новій сім'ї... Тобто мене навіть не спитали як батька, чи згодний я на це, а просто відібрали від серця мого синопка, боляче проігнорували і принижили. Це приниження і розпач тривали потім десятиліття, допоки десь на початку 2000-х років син не знайшов мене і не приїхав, хоча я ще раніше дізнався про його адресу і життя та сам намагався зустрітись з ним.

Вирішальним же моментом у свідомому ставленні до власного серця став для мене, вже у віці 33,5 роки, передінфарктний стан. Значно пізніше було встановлено на консиліумі професорів в Інституті кардіології імені М. Д. Стражеска, що в той час у мене відбувся справжній інфаркт міокарда, з рубцем на стінці лівого шлунку серця. Інфаркт став наслідком вже описаних важких життєвих переживань. Особливо небезпечним стало те, що він відбувся спекотного літа 1980 року, коли в Києві проходили футбольні матчі Олімпіади. Вони

проводилися на центральному республіканському стадіоні, зараз це Олімпійський стадіон імені Валерія Лобановського, і як спорторг профсоюзної організації Інституту психології я відповідав за розповсюдження білетів на ці матчі. Як відповідальна людина, дуже хвилювався через те, що можу підвести наших любителів футболу і не роздати їм вчасно усі білети на матчі. Саме тоді від пережитих гострих хвилювань і спеки виникли відчутні болі у грудях в області легенів, чому я спочатку не надав належної уваги. Але після настійливих порад моїх знайомих нарешті наважився звернутися до кардіолога районної поліклініки, прийшов до неї на прийом і вперше в житті зробив ЕЕГ.

Пам'ятаю, що тоді одразу ж після аналізу ЕЕГ лікар майже силоміць намагалася госпіталізувати мене у кардіологічне відділення Київської районної лікарні на Червоному хуторі. Дивною для мене, несподіваного пацієнта, стала саме увага лікаря-кардіолога до мого серця, стан якого до цього я легковажно ігнорував. Дивним було й те, що мене, ще молоду людину, помістили в палату ветеранів праці та учасників ВОВ і лікуючий кардіолог почав використовувати тоді дуже рідкий американський препарат нитронг. Здивувало також й те, що мене почали відвідувати знайомі і незнайомі люди, особливо молоді співробітниця мого Інституту, що викликало відповідні почуття і навіть певні думки про чоловічі обов'язки перед жінками, адже я вже більше півроку як був розлучений і вільний в плані вирішення своїх майбутніх сімейних справ.

Після виписки із лікарні автор став зовсім іншою людиною, відчувши, що отримав статус справжнього пацієнта з небезпечною хворобою. Постаła необхідність у кардинальних змінах способу життя. І вони відбулися.

Оскільки я мав офіційно поставлений діагноз стенокардії спокою, то найпершим постало питання уникнення стресів, конфліктів, усього негативного в житті. Тому почав уходити, навіть тікати із сумнівних негативних, конфліктних ситуацій, навмисно створювати позитивне, дружнє, приятельське коло з колег і знайомих.

Почав обережно і поступово збільшувати фізичну активність і наרוшувати навантаження — регулярно вранці ходив пішки навкруги озера Тельбін на Березняках, в чудовому районі Києва, де я тоді проживав.

Обладнав собі місце для читання літератури стоячи, зробивши настінну конторку, на яку клав книжки і читав їх з періодичними перервами на відпочинок.

Змінив докорінно раціон, в якому стали домінувати овочі і фрукти, молоко, повністю виключив алкоголь, не говорячи про табакопаління, яким я ніколи не захоплювався.

Знайшов туристську групу у Київському будинку вчених і став ходити з нею у походи вихідного дня по Київщині, а також у більш тривалі походи по Україні — в Карпати і Крим, по Прибалтиці. Мені пощастило, оскільки у 1981 році включився в групу Гарольда Юхимовича Ратуша — чудового керівника, барда, досвідченого туриста і гарної душевної людини. Познайомився з членами його туристської групи, грав з ними у волейбол на лісових галявинах, ночував у наметах, співав разом з ними самодіяльні туристські пісні. Ми збиралися разом також і в Києві, відмічали дні народження і свята з гумором, піснями, розмовами. Пам'ятаю, як після захисту 1982 року кандидатської дисертації в Інституті психології відбувся її повторний, кумедний «захист» в лісі під іншою веселою назвою, біля багаття, під соснами, з дотепними опонентами і гумористичним дружнім обговоренням лісової «дисертації» членами туристської «ради», під бардівські пісні та анекдоти.

Навесні 1983 року вперше відвідав Консультативний центр Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска, тоді ще на київській вулиці Саксаганського, і отримав несподівано добрі, теплі, оптимістичні поради від досвідченого кардіолога, кандидата медичних наук Махонько Маргарити Олексіївни, після чого додатково уточнив свій спосіб життя як пацієнта.

Важливим для мене стало знайомство, завдячуючи Івану Дмитровичу Беху, влітку 1989 року, під час відпуски в Одесі, з одеським професором Борисом Йосиповичем Цукановим. У розмовах під час відпочинку і прогулянок на березі Чорного моря, я був здивований ученням професора про час у психіці людини та її темперамент. Швидко оволодів методикою визначення тау-типу як показника темпераменту — спочатку за допомогою секундоміра, а пізніше й комп'ютера. Створенню комп'ютерної програми посприяли директор Київської фізико-математичної школи № 145, де я додатково працював тоді шкільним психологом, шановні Микола Миколайович Левтик і вчитель інформатики Любомир Отанасович Федорів, а також обдаровані учні школи. На початку 1990-років був створений комп'ютеризований психодіагностичний комплекс (КПДК), в який входив тест Б. Й. Цуканова. Тоді ж почалося масове тестування учнівської молоді, зокрема абітурієнтів, що за конкурсом вступали до школи.

В ході аналізу тестових даних в умовах консультування учнів та їх батьків поступово склалася власна психотерапія патогенної психодинамічної неконгруентності, в якій робота з серцевими хворобами зайняла помітне місце.

Десь на початку 1990-х років вперше в житті визначив свій тип темпераменту — як «чистий» меланхолійний, з тау-типом 1.0 сек., завдяки чому розпочалася справжня революція у саморозумінні себе, свого здоров'я, зокрема серцевого. Услід за цим оволодів визначеннями Б. Й. Цукановим індивідуальними нормами способу життя. Зокрема дізнався й усвідомив, що мені властива схильність у несприятливих умовах до таких серцевих хвороб, як інфаркт міокарда та інсульт — через домінуюче почуття тривоги і нахил до стресу. Стало зрозуміло, чому в мене такими частими були страх, сором'язливість, іноді навіть стани внутрішньої паніки, почуття самотності тощо. Чому в мене в юні та молоді, особливо у студентські роки, під час надмірного емоційного та інтелектуального напруження часто йшла кров носом, особливо під час нестримних хвилювань в ході зимних і весняних екзаменаційних сесій. Чому я так перевтомлювався після спортивних змагань, занять самбо, тривалих пішохідних прогулянок. Чому так соромився і відмовлявся від знайомств з новими людьми, особливо жінками, через що сам себе став називати людиною «Ні»...

Поступово вводив у власне життя визначені теорією Б. Й. Цуканова стандарти поведінки. Наприклад, орієнтувався на оптимальну тривалість сну, яка в мене дорівнювала 6 годин і у разі потреби могла доповнюватися денним сном. Був визначений оптимальний середній пульс серця — 60 ударів у хвилину. З'ясувалося, чому в мене, як у «чистого» меланхоліка, така висока чутливість у стосунках і лякливність перед новими людьми. Чому віддавав перевагу уходу із безпечних, як здавалося, нових ситуацій, через що були втрачені численні можливості спілкування з цікавими людьми. Чому так подобалася самодіяльна бардівська пісня і чому двічі брався самостійно вчитися грі на балалайці і гітарі — бо, маючи тау-тип 1,0 сек., володів природою даними, природженими, але не реалізованими пізніше музичними задатками. Через «чистий» меланхолійний тип темпераменту в характері з'являлися також й дивні риси характеру, зокрема — рішучість, мрійливість, моральна принциповість, навіть у дрібницях, яка носила захисний характер.

Через підвищену емоційність розвинулися такі риси, як доброта, почуття любові, прийняття його цінності, безконфліктності тощо.

Проте властива чутливість до дрібниць, слабкість нервової системи, тривожна емоційність стали доленосними причинами невдач на особистому фронті, зокрема причинами розлучень з близькими жінками, адже їм здебільшого були потрібні впевнені, сильні чоловіки-захисники, яким я не міг бути повною мірою.

Оволодів також великим життєвим С-циклом і тому вже в останні, зрілі та похилі літа спрогнозував собі декілька разів момент наступу серцевих хвороб, зокрема інфаркту, і добре підготувався до них. Намагався постійно уникати перевтоми і головних болів, загрози інсульту — через зменшення числа важких стресів, а в раціоні — усунення продуктів, що збільшували ризик появи зайвого холестерину тощо.

На початку 2000-х років став регулярно, кожні два-три роки, а то і щорічно, лягати у стаціонарну клініку Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска, де піддавався кваліфікованому обстеженню, медикаментозному лікуванню та профілактиці кращими спеціалістами. Лягав також у кардіологічне відділення звичайних лікарень та клініку Інституту геронтології МОЗ України. Особливо запам'яталися останні сесії лікування по 10 днів у стаціонарі Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска у 2020 та 2023 рр., коли мене вела, як пацієнта, кандидат медичних наук Олена Анатоліївна Яринкіна. Особливістю цих сесій було те, що процес лікування будовався на основі ретельних обстежень, справжніх лабораторних досліджень. Регулярне зважування, медичне обстеження крові, сечі, вимірювання артеріального тиску, проведення ЕКГ, залучення нових апаратурних методик, проведення консіліумів провідними кардіологами України тощо. Результатом цих досліджень кожного разу виступали кваліфіковані заключення з рекомендаціями лікування в амбулаторних та домашніх умовах. Все це не могло не стимулювати потребу у продовженні вже після виписки з лікарні подібного до професійного автономного домашнього кардіологічного дослідження власного серцевого здоров'я, присвяченого пізнанню та оздоровленню свого серця.

Ми спиралися при організації власного медико-психолого-педагогічного дослідження (див. далі) на повний діагноз, який був визначений в ході лабораторних обстежень нашим лікуючим лікарем. Наведемо опис цих досліджень та їх результатів, зафіксованих у витягу з медичної карти, виданої нам після перебування у вересні 2023 року на стаціонарному лікуванні у відділенні клінічної фар-

макології та онко-кардіології Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска.

Лікар-кардіолог провів тоді наступні **лабораторні дослідження**:
HbA1c — АНАЛІЗ КРОВІ НА ГЛІКОЗИЛЬОВАНИЙ ГЕМОГЛОБІН;

БІОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КРОВІ;

ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ;

КОАГУЛОГРАМА;

ЛІПІДОГРАМА;

РЕВМОПРОБИ (СЕРОЛОГІЯ);

ХОЛТЕРІВСЬКЕ АМБУЛАТОРНЕ БЕЗПЕРЕРВНЕ ЗАПИСУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕКГ;

ОДНОВИМІРНЕ (М-РЕЖИМ) ТА ДВОВИМІРНЕ УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЦЯ У РЕАЛЬНОМУ ЧАСІ;

НЕПЕРЕВНІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ — СТАРТОВІ, ПОТОЧНІ ТА ЗАВЕРШАЛЬНІ;

ЩОДОБОВІ ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ (ВРАНЦІ І ВВЕЧОРІ);

ЩОДЕННИЙ КОНТРОЛЬ СІЧІ, ВАГИ ТІЛА ТА САМОПОЧУТТЯ;

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ, ПІДБІР ТА АПРОБАЦІЯ НАЙБІЛЬШ ЕФЕКТИВНИХ ЛІКІВ ТОЩО.

У ході лікування лікарем-кардіологом була апробована схема лікування, яка передбачала прийом у стаціонарі таких медикаментів, як корвітін, автовегін, кавінтон, юперіо, торсид, фурсемід, амплодипін, коріол, аспірін, еплереном, кордарон, ксарелто, джардінс.

Відмітимо, що лікувальний процес в клініці Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска носив колегіальний характер, адже він здійснювався безпосередньо або опосередковано усім персоналом відділення клінічної фармакології та онкокардіології — на чолі із завідувачем, кандидатом медичних наук Тхор Наталією Володимирівною, науковим керівником, доктором медичних наук, професором Кожуховим Сергієм Миколайовичем, іншими колегами Яринкіної Олени Анатоліївни, які обговорювали перебіг хвороби автора в ході консилиумів, взаємних консультацій тощо. До лікування були також залучені спеціалісти інших профілів: невролог, уролог, офтальмолог, отоларинголог (адже автор глухий з раннього дитинства на одне вухо) та медичні сестри і санітарки відділення.

Внаслідок проведених Яринкіною О. А. та її колегами лабораторних досліджень та експериментального лікування автор отримав наступний **повний діагноз**:

Ішемічна хвороба серця: стенокардія напруги II ф. кл.;

Дифузний атеросклероз;

Відносна недостатність мітрального клапана I ст., трикуспідального клапану I ст.; Гіпертонічна хвороба III ст., ступінь 3, додатковий ризик 4;

Персистуюча форма фібриляції передсердь;

CHADS-VAS 3 б, HAS-BLED 2 б;

Пароксизм СВЕ (в анамнезі);

Екстрасистолічна аритмія (часті шлуночкові екстрасистоли, парасистоли, групові, парні, бігемінія, тригемінія, часті суправентрикулярні екстрасистоли);

Епізоди нестійкої, нерегулярної поліморфної шлунокової тахікардії (холтер-ЕКГ від 13.09.2023);

Епізоди міграції водія ритму (холтер-ЕКГ від 13.09. 2023);

СН II А, ф. кл. III зі зниженою фракцією викиду лівого шлунку (44%);

Декомпенсація;

Дисліпідемія.

Діагноз супутній:

Хронічний некалькульозний холецистит;

ХХН С2 (ШКФ-71 мл/хв/1,73 м2);

Хронічний пієлонефрит;

Мікронефролітаз;

Двосторонній нефроптоз 2 ст.;

Гіперплазія передміхурової залози.

Отже визначений висококваліфікованими спеціалістами Інституту кардіології імені М. Д. Стражеска діагноз поставив мене як пацієнта перед серйозною пізнавальною проблемою, яку, виходячи з певного, явно недостатнього, рівня медичної компетентності, був змушений вирішувати рішучими заходами, передусім шляхом звернення до наукової медичної кардіологічної літератури [2; 4; 12; 13; 16; 27; 33; 40; 74 та ін.], довідників, Інтернету. Основою власного домашнього дослідження став призначений лікуючим лікарем комплекс **лікарських засобів і рекомендацій**, таких як:

1. Карведілол (коріол), 12,5 мг, 2 рази на день, вранці і ввечері, постійно;

2. Кордарон, 200 мг, 2 рази на день 10 днів, потім 200 мг 1 раз на день тривало;

3. Юперіо, 100 мг, 2 рази на день;

4. Амплодипін, 5 мг ввечері;

5. Еплетор (реніаль), 50 мг вранці, постійно;

6. Ксарелто, 20 мг, ввечері;

7. Джардінс, 5–10 мг вранці, періодичний контроль загального ан. сечі;

8. Торсид (трифас), 10–20 мг, вранці, натщесерце через 2–3 дні (можливо чергування з ксіпогаммою, 20–40 мг, фуросемід 80–120 мг), при необхідності додати ксіпогамму 10–20 мг вдень або фуросемід 40–80 мг вдень — корекція доз сечогінних засобів за результатами консультації з кардіологом;

9. Вестінон (бетасерк), 16 мг 2 рази в день — 3–4 тижні;

10. Кавінтон 1 таблетка 2 рази в день — 3–4 тижні;

11. Предуктал-МР, 1 табл. Два рази в день — курсами 3–4 місяці.

Лікарем були рекомендовані такі заходи з дотримання оптимального способу життя, як:

діста з обмеженням солі і тваринних жирів, дотримання водно-сольового режиму, регулярні легкі динамічні фізичні навантаження (30–35 хвилин 4–5 разів на тиждень, споживання рідини 1–1,5 літри, виділення сечі 2–2,5 літри.

Спостереження кардіолога за місцем проживання;

Контроль холтер-ЕКГ через 3–4 тижні;

Контроль ТТГ через 3–4 місяці.

Лікарські засоби мають регулярно поповнюватися з аптек і прийматися на основі ретельного ознайомлення з інструкціями, що обов'язково додаються до них. Ці інструкції побудовані за стандартною формою (ми розглядаємо тут для прикладу інструкцію для едоксакорда та предуктала), що включає такі пункти:

Склад;

Лікарська форма;

Фармакотерапевтична група;

Фармакологічні властивості та фармакодинаміка, механізм дії, фармакодинамічні ефекти, фармакокінетика, клінічна ефективність і безпека, особливості лікування, профілактики залежно від хвороби, вікових та етнічних категорій пацієнтів тощо;

Клінічні характеристики: показання, протипоказання;

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодії;

Застосування у період вагітності або годування груддю;

Особливості застосування: ризики, літні пацієнти, пацієнти з різними хворобами, умови припинення лікування через хірургічні та інші втручання;

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами;

Спосіб застосування та дози: пропуск прийому доз, дози для особливих груп пацієнтів, передозування, маса тіла;

Побічні реакції;

Термін придатності та умови зберігання;

Категорія відпуску: за рецептом чи ні;

Упаковка;

Виробник і його місцезнаходження, адреса;

Дата останнього перегляду лікарського засобу.

До цього можуть бути додані поради інших авторитетних кардіологів, приміром, 15 порад К. М. Амосової [4], 10 порад Буна Ліма [33] та ін. Так, слід чітко дотримуватися правил прийому ліків у певний час і за рекомендованою в інструкціях дозою. Приміром, не можна довільно змінювати дозу шляхом механічного поділу, розрізання таблеток навпіл, якщо на них немає відповідних міток (каналок або поглиблень). Треба враховувати досвід використання рекомендованих ліків іншими пацієнтами, зокрема їх відгуки в Інтернеті тощо.

Схема нашого індивідуального, домашнього автономно-інтимного дослідження підпорядковувалася стратегії лікування, реалізованої професійним лікарем-кардіологом в ході ретельного копінгного діагностико-лікувального процесу. Внаслідок цього ним була сформована наукова картини моєї серцевої хвороби. Наші дослідницькі дії як вченого і пацієнта стали похідними від результатів цього дослідження, вони були підпорядковані зафіксованим у медичній карті даним, що стали детермінантами індивідуального дослідження. Наші тактичні дії повністю підпорядковувалися стратегії професійної діяльності лікаря-кардіолога.

З іншого боку, наше індивідуальне дослідження мало певну специфіку, яка полягала в урахуванні загальноприйнятої схеми проведення психолого-педагогічного дослідження [19]. Тому ми назвали його кардіологічним медико-психолого-педагогічним. Тим більше, що в нас накопичився солідний досвід проведення двох, кандидатського і докторського, дисертаційних досліджень, наукового керівництва 20 кандидатськими і 2 докторськими роботами моїх аспі-

рантів і докторантів, досвід здійснення впродовж більш як півстоліття щорічних планових і позапланових професійних психолого-педагогічних досліджень.

Тому схема цього домашнього кардіологічного медико-психолого-педагогічного дослідження набула певної логіки і стала включати в себе наступні етапи.

Усвідомлення актуальності наукового дослідження власного серця, що впливає з потреби покращення серцевого здоров'я через докладне «пізнання свого серця».

Формування власної дослідницької позиції, інтелектуальної установки, мотиваційної, смислової спрямованості на покращенні серцевого здоров'я через значно глибше пізнання серця як важливого за своїми функціями органу, аналіз анамнезу, історії своєї серцевої хвороби в масштабі усього життя, зосередження уваги, пам'яті, мислення та уяви на показниках роботи серцево-судинної системи в нормі та патології і завдяки цьому — покращення свого об'єктивного та суб'єктивного самопочуття.

Предметом дослідження постає при цьому: стан загального та серцевого здоров'я, серце, серцево-судинна система в різних параметрах їх функціонування та у взаємозв'язку з іншими системами організму, зокрема з легеневою, шлунковою, імунною, нервовою, психологічною, особистісною системами, в умовах нормальної та аномальної життєдіяльності, різноманітні прояви серцевої хвороби, спосіб життя в різних його аспектах. Все це — на основі вивчення й опанування наукових знань, що містяться у довідниках, спеціальній літературі та Інтернеті.

Мета і завдання дослідження — досягнення стабільного самопочуття і задовільного стану серцевого здоров'я, необхідного для нормального життя і професійної праці.

Теоретична та методологічна основа дослідження полягала у лікуванні та профілактиці серця на основі спеціального кардіопсихологічного світогляду, пошук наявних і нових наукових, теоретичних і практичних, даних про власне серце, серцево-судинну систему, мозок, психіку, психосоматику тощо. При цьому здорове серця розглядається у медико-психолого-педагогічному плані рефлексивно — водночас як експериментатором і пацієнтом, тобто людиною, що має біологічну (організм), індивідуальну (як суб'єкт засвоєння існуючих знань, умінь і навичок лікування й оздоровлення) та особистісну (духовний, соціальний, творчий потенціал суб'єкта здорового

життя). Методологічною основою дослідження є особистісний, проблемний, стратегіально-тактичний кардіопсихологічний підходи. Серцева хвороба розглядається як особлива медико-психолого-педагогічна проблема, комплекс задач, що мають різні аспекти виникнення, перебігу, лікування та профілактики. Серцева хвороба породжує у власному житті такого Я-пацієнта специфічну проблемну ситуацію, з аналізу якої випливає безліч задач, питань, умов, вимог, напрямів пошуку шляхів її розв'язання тощо. Вчений і пацієнт має пройти в ході дослідження шлях від пошуку відповідних наукових знань, умінь і навичок до їх перетворення на практичні концепти — як складові цілісної концепції лікування та профілактики особистості.

Методи дослідження: самоспостереження за роботою і станом власного серця та діяльністю серцево-судинної системи, використання медичних вимірювальних інструментів, ретельне вивчення призначень лікаря-кардіолога, індивідуалізація лікування, аналіз досвіду лікування у стаціонарі, амбулаторних умовах та вдома, рефлексивне сканування стану здоров'я, докладне вивчення медикаментів та особливостей їх прийому відповідно до рекомендацій лікаря-кардіолога, інструкцій, розробка планів попередження й уникнення кризових ситуацій, корекція способу життя відповідно до особливостей проблемної ситуації та віку, пошук новинок кардіології у різних джерелах, метапсихологічний аналіз енергетичних, динамічних і топологічних параметрів функціонування серця тощо.

Інструменти дослідження: секундомір, тонометр звичайний і автоматичний, пульсомір, стетоскоп, ваги підлогові, барометр, термометр, крокомір, призначена лікарем медикаментозна схема лікування, комп'ютер з Інтернетом, сайти з кардіологічними розділами Вікіпедії, зокрема даними щодо погоди тощо.

Експериментальна база: спеціально обладнана кімната та робоче місце, обладнане комп'ютером, ліжко тощо.

Процедура дослідження: планування, складання часових графіків прийому ліків, плану послідовності дій та етапів індивідуального аутогенного автономно-інтимного дослідження, ведення кардіологічного щоденника тощо.

Вивчення впливу патогенних і саногенних факторів виникнення, запобігання та перебігу серцевої хвороби — набутий в ході проведених лікарем-кардіологом та особистого наукового дослідження, досвіду систематичного клінічного, амбулаторного та індивідуального лікування, перспектив роботи з власним серцем тощо.

Заключення та інноваційне впровадження досягнень дослідження — в ході конкретизації професійного заключення досвідченого лікаря-кардіолога, обговорення його разом із сімейним лікарем амбулаторії і психологом та безпосереднє впровадження його результатів у поточний процес лікування власного серця та у заходи його кардіопсихопрофілактики.

Теоретичне і практичне значення результатів дослідження полягає у реальному покращенні і стабілізації власного серцевого здоров'я на основі зростаючого свідомого розуміння процедури і результатів дослідження.

Логіці розгортання дослідження відповідає послідовність етапів діяльнісного виміру особистості, що входить у запропоновану нами тривимірну, поетапно конкретизовану психологічну структуру особистості. Це наступні етапи: а) потребнісно-мотиваційно-смысловий; б) інформаційно-пізнавальний; в) цілеформувальний; г) операційно-результативний та д) емоційно-почуттєвий. У стислому викладі це: мотив–предмет–мета–метод–емотив [58; 61; 63]. За цією схемою будь-яке знання, в тому числі і кардіологічне, проходить у свідомості такі стадії свого «переживання», засвоєння, як: вихідні мотивовані потребою оздоровлення серця робочі поняття; смысловое означення робочих понять як предмету пізнавальної кардіопсихологічної діяльності, корисної для серцевого здоров'я; формування мети пізнавальної діяльності, що спонукає до пошуку засобів досягнення практичного оздоровчого ефекту; знаходження й апробація ефективних методів досягнення наміченого у меті результату кардіопсихологічного пізнання; як емоційно-почуттєво пережиті, прийняті і свідомо включені у досвід концепти діяльності, з яких складається робоча концепція реального оздоровлення серця зусиллями самого пацієнта. При цьому ми виходимо з прийнятого у психології положення про те, що будь-яке усвідомлення завжди виступає виправданим засобом підвищення ефективності діяльності, в тому числі і кардіопсихологічної.

Домашнє медико-психолого-педагогічне дослідження є складним, адже непростим постає сформульована лікарем-кардіологом картина серцевої хвороби та призначені ним рекомендації й сама використовувана медична термінологія. Поставлена лікарем-кардіологом мега-проблема вимагає не стільки механічного вживання прописаних медикаментів і дотримання бажаного способу життя, скільки свідомого розуміння сутності симптомів серцевої хвороби, сенсу

поставленого кардіологом в ході лабораторних досліджень діагнозу і призначених препаратів. Тобто з боку пацієнта має бути здійснене детерміноване професійною стратегією лікування і похідне від неї тактично грамотне автономно-інтимне дослідження з певним інтелектуальним, творчим напруженням.

Для цього автором систематично, особливо в останні роки, вивчалася наукова і популярна література по кардіології, інструкції по прийому призначених лікарем медикаментів, в тому числі і характеристики ліків, наведені в інструкціях та Інтернеті, отримувалися консультації з фармацевтами аптек тощо. Тобто розпочаті і здійснені в умовах Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска стратегічні лабораторні дослідження вимагали від пацієнта продовження інтелектуальної проробки усіх аспектів цього дослідження на інноваційній, амбулаторно-консультативній та індивідуальній основі.

У ході проведення власного індивідуального автономно-інтимного дослідження автору вдалося отримати певні **результати**, знайти деякі цікаві прийоми роботи з серцем, які відповідають і доповнюють стратегічні рекомендації професійних кардіологів. Вони стосуються передусім оптимізації, деталізації, індивідуалізації способу життя автора як пацієнта кардіологічного профілю. Перерахуємо деякі з них, Це:

а) помітне послідовне зростання рівня кардіологічної компетентності внаслідок ознайомлення з науковою та популярною літературою по кардіології [4; 12; 13; 40], кардіопсихології, з відповідними даними, розміщеними у Вікіпедії і, зрозуміло, їх обдумування в ході написання як науковцем і пацієнтом даного науково-методичного посібника, підготовки його до друку тощо. Звичайно, мова йде не про професійну, а про мінімально необхідну життєву компетентність автора як вченого і пацієнта; усвідомлення необхідності обов'язкового, на систематичній основі виконання запропонованих лікарем-кардіологом рекомендацій щодо проведення лікувальних процедур та організації індивідуально доцільного способу життя;

б) слід ретельно дотримуватися рекомендацій кардіолога щодо прийому ліків, з дотриманням оптимального способу життя; разом з тим, слід враховувати можливість ситуаційної корекції лікувальної схеми, адже умови домашнього лікування відрізняються від стерильних умов перебування в стаціонарі, що визначає суттєві відмінності між клінічним та домашнім способом життя, наприклад, між характером харчуванням, добовим режимом життєдіяльності, від-

сутністю безпосередньої кваліфікованої кардіологічної допомоги, переважання самостійності у прийнятті оздоровчих рішень тощо;

в) необхідність враховувати в процесі лікування такі особливості динаміки змінного оточуючого фізичного середовища, як різкі коливання атмосферного тиску, температури повітря і води, вологості, зміни геомагнітної ситуації, індивідуальні особливості раціону харчування тощо;

г) обов'язковість врахування та уникнення важких стресів, фізичних і психологічних перевантажень, перевтоми, комп'ютерної залежності, які можуть визвати різкі скачки артеріального тиску, навіть гіпертонічну або гіпотонічну кризу; треба вивчати і прогнозувати зміни власного психічного стану під час гіпертонічних та гіпотонічних криз, такі як різка втрата сил, запаморочення тощо і при наближенні таких критичних станів створювати відносно комфортні умови, найчастіше це ліжковий режим; для цього необхідно дотримуватися оптимального режиму праці та відпочину, стану напруження і релаксації тощо;

д) так, при зменшенні артеріального тиску внаслідок коливань атмосферного тиску, перевтоми тощо, треба тимчасово припинити або обмежити прийом понижуючих артеріальний тиск препаратів, а при його підвищенні — додати відповідні препарати, наприклад, каптопрес або корвалол;

е) особливого контролю потребує частота пульсу, яка коливається навколо нормативної середньої частоти для автора як «чистого» меланхоліка — 60 ударів у хвилину; при цьому слід вирізняти нормальну функціональну тахікардію (пчастішання пульсу в межах $60 + 20\text{--}30$ ударів) та брадикардію (уповільнення в межах $60 - 10\text{--}20$ ударів) від патогенно небезпечних (що виходять за межі вказаних вище коливань) і потребують приймання додаткових ліків, приміром аритмілу, переходу на домашній ліжковий режим;

є) дуже корисними можуть стати виявленні в Інтернеті та Вікіпедії поради, наприклад, цікавою є рекомендація щодо підтримання серця при серцевому наступі при відсутності поруч лікаря за допомогою штучного кашлю, що може стати рятівним для постраждалого до приїзду швидкої допомоги; корисними можуть стати засоби термінової, впродовж перших 7–10 секунд самопомоги пацієнта з визначеними самим початковими ознаками інфаркту, такими як прийняття положення сидячи на дивані (стулі), прийом завчасно заготовленого порошку аспірина на язик, проведення дихальних релаксаційних вправ;

ж) доцільно уникати інфекційних захворювань певними заходами, зокрема, як це сталося у автора — завдяки використанню синьої лампи, що дозволило не хворіти грипом, ОРВЗ, бронхітом останні 10–15 років;

з) потребує регулювання тривалість сну, виходячи з індивідуальної норми, для автора це 6 + 1–2 години; для цього корисними є рекомендації сомнологів щодо створення найкращих якісних передумов для спокійного сну, іноді із попереднім або на початку засинання застосуванням релаксаційних засобів; треба дотримуватися звичного, у часі та за місцем сну, порядку входження у сон, забезпечення його якісного перебігу і дотримання оптимального режиму, зокрема доцільної тривалості фаз сну і бадьорості; для серцевих хворих має значення поза уві сні, так, спеціалісти радять спати на лівому боці, а не на спині тощо;

и) в ході дослідження виявилася чутливість серцево-судинної діяльності автора до температурного режиму; так, обов'язковим є, по-можливості, перебування організму у постійній комфортній температурній зоні; для автора книги вона знаходиться у межах 22–27 °C (на поверхні тіла); при виході за ці межі необхідним є регулювання температурного режиму тіла — або, при низькій температурі, за допомогою додаткового теплового одягу, обігрівачів, рухового режиму, фізичних вправ, або, в умовах спеки влітку, — завдяки використанню кондиціонера, вентилятора, вологого обтирання, японського «шарфу» (зволожена тканина на шиї), прийому влітку переважно малокалорійної, рослинної їжі (яка понижує температуру тіла приблизно на один градус, у порівнянні з жирною м'ясною їжею); влітку слід шукати найхолодніші місця на вулиці (тінь) та у квартирі тощо; треба слідкувати за добовою динамікою температури, враховуючи, що, приміром, в середині літа найнижчі температури спостерігаються вранці, а пікові високі температури, як правило, починаються з 12 години, в обідній час, і тривають до 18–20 годин; точніше про добову температурну динаміку можна дізнатися з Інтернету — на сторінці стану погоди в поточний та найближчі дні;

і) як це рекомендовано лікарем-кардіологом, слід постійно стежити за вагою тіла, приміром, за допомогою напільних вагівниць; для забезпечення контролю ваги слід оптимізувати, врівноважити добове споживання кількості їжі та рідини відповідно до витрат енергії; для цього слід контролювати вагу за допомогою щоденного зважування; ми застосовуємо так званий інструментальний метод, за яким, приміром, столова ложка замінюється при їжі на чайну, за до-

помогою ножа фрукти, овочі, хліб діляться на дрібні частини, обсяг харчових блюд постійно обмежується, приміром, ділиться на дві або три порції, з яких друга і третя відкладаються у холодильник, із раціону виключаються жирні важкі м'ясові продукти, замінюючись, приміром, на легке м'ясо або рибу, збільшується питома вага рослинної їжі, обмежується споживання рідини у різних виглядах; для зменшення набряків допомагає прийом січогінних засобів один раз у 3–4 дні (трифас, торсид, фуросемід); треба враховувати, що зазвичай відбуваються щодобові коливання ваги; так, у автора вони сягають зараз меж 93–95 кг, тоді як ще декілька років потому добовий баланс дорівнював 120–122 кг, що спричиняло непомірне навантаження на серцево-судинну систему, адже тоді доводилося додатково тягати з хворим серцем зайві 2 цеберки води; зниження ваги тіла є наслідком комплексу заходів, здійснення яких потребує вольових зусиль;

ї) доцільним є використання, після ретельного вивчення та апробації, харчових додатків, наприклад, пасти Амосова, еліксіра спокою Чазова, «живої води» Углова, відвару молодості Жана де Сен Катеріо та ін., що включають у свій склад такі відомі і перевірені медициною лікарські рослини та продукти, як бояришник, пустирник, глід, лимон, мед, кориця, курага, чорнослив, інжир, горіх, часник, родзинки, кефір, нежирний сир тощо;

й) особливої уваги вимагає серце при значних змінах геомагнітної активності, що оцінюється у балах — від 0 до 9; при високих значеннях активності, починаючи з 5 балів, особливо при сонячних бурях, треба звертатися до запобіжних засобів, навіть переходити на ліжковий режим; адже геомагнітні бурі можуть тимчасово погіршувати здоров'я серця, загострювати серцево-судинні захворювання. Зміни в магнітному полі можуть призводити до порушень серцевого ритму, підвищення артеріального тиску, особливо при таких хронічних захворювань, як гіпертонія, ішемічна хвороба серця та аритмія; можуть відчуватися слабкість, головний біль, запаморочення та інші неприємні симптоми; для людей, чутливих до магнітних бур, рекомендується слідкувати за прогнозами, заздалегідь дізнаватися про очікувані магнітні бурі та їхню інтенсивність, обмежувати під час пікових геомагнітних значень термін перебування на вулиці, дотримуватися здорового способу життя, правильного режиму харчування, приймати достатню кількість води, уникати надмірних фізичних навантажень, тренувань, занять і стресів, звертатися до лікаря і виконувати рекомендовані ним заходи, зокрема приймати додаткові ліки;

к) необхідно контролювати руховий режим, рекомендований кардіологом, зокрема проводити прогулянки з обмеженою дальністю (до 1 км), не перевантажувати себе важкими валізами (до 2–3 кг), не соромитися, якщо вам вже більше 75 років, використовувати для забезпечення більшої стійкості при ходінні палички, зокрема лижні або навіть скандинавські палички, доцільно частіше відпочивати на свіжому повітрі у скверах, спостерігаючи за природою і погодою;

л) потребує кращого опанування та систематичного застосування засоби кардіопсихопрофілактики, що викладені у попередніх розділах даної книги;

м) професійне колегіальне кардіологічне дослідження серця та власне індивідуальне автономно-інтимне дослідження має стати не тільки предметом разового вивчення і засвоєння необхідних мотивів, знань, умінь та навичок, але і змістом ретельного систематичного самонавчання і самовиховання, від чого значною мірою залежить серцеве здоров'я;

н) підсумком проведення власного індивідуального дослідження для автора постає дана книга, в змісті якої зафіксована певна кардіологічна компетентність, як результат своєрідного пацієнтогенезу, — як основа її подальшого зростання в умовах продовження дослідження;

о) дослідження виявилось корисним для долання стереотипів у відношенні до власної серцевої хвороби, яке полягала у некритичному ставленні до багатьох положень здорового глузду, інерції думки, побутових звичок та інстинктів тощо; воно вчить доцільно змінювати поведінку попередження хвороби на основі збагаченими науковими знаннями умінь, інтуїції, творчого підходу до лікування і профілактики; це потребує реалізації нових кардіологічних знань та ідей через власну інноваційну діяльність; остання передбачає свідоме проведення оздоровчої поведінки та діяльності через такі етапи, як: а) мотивація та осмислення ідей; б) усвідомлення ідей як нового корисного для оздоровлення знання; в) формування відповідної мети та плану оздоровлення на основі процедури (протоколу) втілення даної ідей; г) реалізація процедури лікування та профілактики через результативне здійснення плану дій; д) емоційно-почуттєве закріплення позитивного результату та усієї низки профілактичних і оздоровчих дій;

п) перспективи кардіологічного дослідження ми вбачаємо у вивченні можливостей позитивного оздоровчого впливу на генетику серця, зокрема через підструктури духовності та психогенетики

особистості, в яких містяться закодовані входи до фенотипу і генотипу серцево-судинної діяльності.

Завдяки отриманій кваліфікованій дослідницькій і практичній допомозі з боку колективу досвідчених професійних кардіологів з Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска, що надавалася з використанням сучасної діагностичної апаратури і медикаментів (за що їм велика подяка!) та проведенню власного індивідуального автономно-інтимного дослідження, авторів цих строк поки що вдається зберегти працездатність, щастить жити і працювати у відносно нормальному режимі праці та відпочинку. Так, навіть у 79 років, хронічно хворому, з описаними вище симптомами серцевої хвороби, вдається працювати науковим співробітником у двох інститутах НАПН України. Важливим наслідком проведеного спільного кардіолого-психолого-педагогічного експерименту є й те, що поки не йдеться про хірургічне втручання, а доцільно продовжувати систематичне консервативне лікування, фармакологічну інтервенцію у сферу серцево-судинної системи — на основі ретельно підібраної в ході неодноразового стаціонарного обстеження лікувальної та профілактичної схеми. Правда, вже постає питання про кардіостимулятор, але поки що мій шановний кардіолог не наполягає на цьому.

Тому виникає необхідність продовження медико-психолого-педагогічного дослідження для глибшого розуміння сутності власної серцевої хвороби та її лікування, спираючись на професійне дослідження серця лікарями-кардіологами та іншими спеціалістами, зокрема генетиками [5; 38].

15. ПРОЄКТ КАРДІОПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОГО ЦЕНТРУ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ СЕРЦЕВОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДНОСТІ

Вперше на доцільності створення муніципального центру та програми збереження серцевого здоров'я мешканців Одеси наполягав професор Б. Й. Цуканов. Ми дізналися про це від самого вченого в кінці 90-х років минулого століття. Він посилався в розмові на цю тему на статтю В. Бехтера «Професор Цуканов стверджує, що Одеса може стати антиінфарктною зоною» в «Одеському віснику», № 36–37, 22 лютого 1997 року [6]. Наш інтерес до цієї ідеї професора виник знову вже після його смерті у 2007 році. Але знайти точні докладні дані про центр та програму його роботи не вдалося ані в доступних документах і публікаціях вченого, ані в архіві муніципалітету Одеси, ані у спогадах його учнів і послідовників. Тому у автора після ознайомлення і багаторічного використання у власній психодіагностичній та консультативній роботі учення Б. Й. Цуканова все настійливо виникала думка про доцільність цього перспективного проєкту професора. Тому ми беремо на себе відповідальність за відновлення відповідних ідей Б. Й. Цуканова і пропонуємо Проєкт кардіопсихопрофілактичного центру для збереження серцевого здоров'я широких верств населення.

Метою і завданням Центру є надання психологічних, психодіагностичних, психоконсультативних, психопрофілактичних і психокорекційних послуг широким верствам населення різних вікових категорій в масштабі не тільки окремого міста, але і всієї країни, навіть усього світу.

Персонал центру складається із кваліфікованих практичних психологів, кардіологів, спеціалістів по ІТ технологіям, лаборантів і технічного персоналу.

Центр має певну структуру, що складається з наступних функціональних відділів, кабінетів, таких як:

1. Відділ реєстрації, вступного опитування, первісного медичного огляду й аналізу стану здоров'я клієнтів. В якості методів цієї роботи мають використовуватися спеціальні анкети і КПДК — комп'ютеризований психодіагностичний комплекс у його наявному та модернізованому вигляді [58; 63].

2. Відділ комплексної психодіагностики та аналізу системи структурних властивостей особистості (духовності, психосоціальності,

спілкування, спрямованості, характеру, самосвідомості, досвіду, інтелекту, психофізіології, психосоматики, психогенетики; здатності до діяльності — психологічної, громадянської, професійної, спортивної, комерційної, сімейної, самооздоровчої тощо; рівнів розвитку задатків, здібностей, обдарованості, талановитості, геніальності, екстраздібностей пацієнтів до творчої медико-психологічної самодіяльності). В центрі такої комплексної психодіагностики стоїть методика визначення тау-типу клієнтів і виявлення потенційних пацієнтів серцевого профілю. Методики функціонують у ручному, бланковому, комп'ютерному та дистанційному варіантах.

3. Відділ системного аналізу особистості клієнтів на предмет виявлення нормальної та патогенної психодинамічної конгруентності-неконгруентності особистості у представників різних типів темпераменту, важкої стресової, патогенної та летальної, небезпеки для клієнтів, що ведуть до серцевих хвороб.

4. Відділ первісного індивідуального та групового психологічного консультування з призначенням психопрофілактичних рекомендацій щодо їх оздоровлення і, якщо треба, клінічного та амбулаторного медичного лікування і профілактики серцевих хвороб в умовах кардіологічної установи, центру та в домашніх умовах.

5. Відділ психологічної корекції особистості із патогенною психодинамічною неконгруентністю особистості та циклоїдне прогнозування вірогідності серцевих нападів у часовій перспективі життя.

6. Відділ колегіального обговорення на консіліумі психологів і кардіологів важких проблемних випадків і вироблення стратегії профілактики і психотерапії виявлених серцевих хворих, їх направлення на консультацію і лікування в умовах кардіологічної клінічної лікарні.

7. Відділ психолого-педагогічного супроводу та навчання серцевих клієнтів і пацієнтів у домашніх умовах, їх дистанційного та епізодично-консультативного обслуговування.

8. Відділ психологічної корекції та кардіопсихотерапії пацієнтів з серцевими хворобами в амбулаторії центру та в домашніх умовах.

9. Відділ проведення індивідуальної та групової психологічної роботи з патогенним дистресом і летально небезпечним тристресом проблемних клієнтів:

10. Медико-психолого-педагогічний відділ з навчання клієнтів і пацієнтів індивідуальних кардіопсихопрофілактичних установок, знань, умінь, навичок здорового способу життя.

11. Сектор надання постопераційної, в тому числі посттрансплантаційної психореабілітаційної допомоги пацієнтам та реципієнтам з донорським серцем.

12. Відділ індивідуального та групового кардіопсихологічного тренінгу особистості клієнтів з профілактики серцевих хвороб.

13. Відділ філософії, психології та педагогіки здорового способу життя серцевої особистості.

14. Відділ розповсюдження через ЗМІ та соціальні мережі досвіду кардіопсихопрофілактичної роботи Центру серед широких верств населення.

15. Відділ професійної підготовки та перепідготовки персоналу центру та колег з інших кардіологічних установ в плані удосконалення кардіопсихопрофілактичної роботи.

Створення та функціонування Центру, а в перспективі — мережі Центрів по всій території країни (і світу), потребує адміністративної, законодавчої, фінансової, кадрової тощо підтримки, що забезпечується його (їх) підпорядкуванням МОЗ, МОН, НАМН, НАПН, певним департаментам адміністрації на різних рівнях — міжнародному, державному та місцевому. Але і очікуваний ефект очевидний — у вигляді збереження здоров'я як найважливішого трудового й життєвого ресурсу як такого, що не має економічного, грошового вираження, а є абсолютною цінністю.

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Актуальність психологічного дослідження проблем серця визначається багатьма чинниками, серед яких слід передусім назвати недостатність вивчення серцевої проблематики у теоретичній і практичній психології з метою кращого розуміння закономірностей функціонування серцево-судинної системи як важливого чинника життєдіяльності і здоров'я людини. Це визначається також тим, що стан серця безпосередньо впливає на працездатність, благополуччя, здоров'я й щастя людини. В умовах цивілізаційного прогресу це має і свій оборотний негативний бік, зокрема — статистику зростання серцевих хвороб і похідної від них смертності людей. Для автора, як вченого і пацієнта кардіологічного профілю, додатковим стимулом для спроб психологічного вирішення даної проблеми стало бажання покращити власне серцеве здоров'є і здоров'є оточуючих. Адже він вже більше 45 років опікується питаннями лікування та профілактики свого серця, для чого довелося неодноразово звертатися до кваліфікованих кардіологів. Звичайно, що ці роки в процесі практичного розв'язання серцевих проблем, довелося переживати драматичну історію патогенезу власного серця. На жаль, у психології відсутній розділ, присвячений психології серця, хоча потенційно існує величезна можливість надання допомоги хворим на серце засобами психологічної науки. Важливим стимулом в цьому відношенні стало для нас ознайомлення з ученням видатного одеського психолога Б. Й. Цуканова про час у психіці людини, в якому кардіологічна проблематика займає значне місце.

Вже на початку психологічної розробки проблематики серця виявилася її багатоаспектність і, так би мовити, ще недостатньою мірою усвідомлювана тотальна присутність серця у різних сферах життя та культури — релігії, філософії, мистецтві, економіці, науці, освіті. Тому в назві роботи підкреслюється саме цей багатозначний, метапсихологічний (екзистенційно-психологічний, філософсько-психологічний, релігійно-психологічний, мистецько-психологічний, кардіопсихологічний тощо) характер проблеми серця, з чим тісно пов'язані питання психологічної кардіологічної профілактики особистості.

Серце як орган виконує такі функції, як: трансенергетична, речовинно-поживно-вивідна, імунологічна, психофізична, психодинамічна, резонансна, емоційно-інформаційна, симпатичного і парасимпатичного впливу на життєдіяльність людини, спільна з ЦНС участь в інтелектуальних, духовних, моральних процесах людства і особистості

тощо. Разом з тим, серце як поняття і образ причетне до таких суспільних і психологічних функцій, як символічна, семіотична, культурна, евристична, трудова, професійна тощо. Ми розглядаємо метапсихологію як необхідний компонент побудови нової психологічної дисципліни — кардіопсихології. Акцентуємо в цьому плані увагу читача на головних положеннях книги.

Тема серця присутня вже у творах стародавніх мудреців, у Біблії, в мистецтві, в народній свідомості, зокрема в українському фольклорі. Так, стародавній китайський мислитель Конфуцій ще два з половиною тисячоліття тому вказував на важливу роль серця у поведінці людини у своєму ученні про особисту і державну мораль.

Кожна людина у своєму житті зустрічається з різноманітними відчуттями серця і зі словом «серце» в мові. І йдеться не тільки про серцеві відхилення і хворобу серця, але і про щось значно ширше — про певний всеосяжний фактор життя, його джерело, про критерій чистоти взаємин між людьми, здоров'я, помислів і намірів, божественної любові до ближнього тощо. Поступово серце постає в якості певного культурного, морального феномену, всеосяжного символу, ідеальної моделі, критерію істини, що засадничо пронизують життя людини і суспільства. Про життєву значущість серця та його духовні, моральні властивості неперервно нагадують релігія, різні жанри мистецтва, філософія, праця і саме життя.

Значне місце займає серце у Біблії, про що свідчать її знавці. Так, відомий пастор Олег Павліщук наводить цікаві дані про те, що слово «серце» зустрічається у Старому і Новому Завіті 876 разів. Він наголошує на багатшаровості серцевих смислів як поетичної мови Біблії, виділяючи цілий сплав значень поняття «серце», розрізняючи такі сфери прояву і впливу С-Е-Р-Ц-Я, як: С — сумління, Е — емоції, Р — розум (мозок), Ц — цілеспрямованість (воля), Е — енергія (життєва сила). Дані сфери позначені саме психологічними термінами. Цікавою є думка пастора про серце як чудовий і досконалий Закон, метою якого є захопити людей Богом і закохати в Нього. Бог очікує від людини любові, що охоплює її повністю, всім серцем. Але є і проблема, адже серце людини грішне, оскільки вони мають пошкоджений гріхом розум, що винахідливий на зло, тому вони мають знівечене гріхом сумління, емоції, які підбурюють до гріха. Людина тратить свої сили на гріх, що врешті-решт призводить до хвороби і смерті її душі і тіла. Мета ж віруючого — задовільнити себе і побудувати царство любові, духовності і життя.

Ще психологічнішими постають погляди сучасного священослужителя Н. Є. Пестова, який викладає християнське розуміння серце у його безпосередньому зв'язку із душею. Він зазначає, що «незбагненим чином фізичне серце людини пов'язане з усіма переживаннями душі людської», і наводить просерцеві свідчення інших служителів Церкви, приміром, Павла Флоренського: «Серце є херувимська серцевина нашої душі», отця Іоанна С.: «Розум (або ум) — слуга серця», а також апостола Павла: «Почуття [серця привчені] до розрізнення добра і зла». Цікаво, що Н. Є. Пестов, як релігійний психолог, звертається для підтвердження своїх думок про серце до положень всесвітньо відомого фізіолога академіка І. П. Павлова, зокрема таких як: «Сучасна цивілізована людина шляхом роботи над собою привчається приховувати свої м'язові рефлекси, і тільки зміни серцевої діяльності все ще можуть вказати на його переживання. Таким чином, серце і залишилося для нас органом почуттів, що також вказують наш об'єктивний стан і завжди виявляють його...». Під впливом цих положень Н. Є. Пестов стверджує, що «...фізичне серце людини (або точніше — нервові вузли серця) є тим місцем, де душа людини таємничо стикається з її тілом. Так з'явилось поняття про «душевне серце» як центр усіх найважливіших психічних проявів душі». Як релігійний філософ і психолог, він підсумовує свої погляди наступним чином: «...Серце характеризує стани душі людини, визначає її цінність, її духовну височінь або низький стан», «розум (або ум) — слуга серця», «...усяка нова мисль, що доходить до розуму, разом з тим падає і на серце. Тут вона попадає начебто на пробний камінь для перевірки її прийнятності для людини. Якщо тільки серце схвалює її, то вона визнається істиною і приймається... Це апробування мислі відбувається саме серцем, а не розумом з його логікою. Мислі, що не подобаються серцю, ним відкидаються як неправдиві, причому серце водночас дає доручення розуму — відкинути мисль, доказати її неправдивість».

У цих думках Н. Є. Пестова фактично формується певне уявлення про духовну, моральну, інтелектуальну здатність серця, у порівнянні з розумом, а також погляд на механізм здійснення цієї здатності: «Прояви серця дещо відмінні від проявів розуму. Розум виявляє себе у розмірковуваннях, аргументах, часто у дуже складних, довгих умовиводах. Серце виявляє себе інакше. Воно зазвичай не будує доводів, часом не потребує навіть і слів. Рішення його бувають швидкі, навіть миттєві». В наведених висловах, якщо розглядати

їх як гіпотезу, релігійна психологія прокладає шлях дослідженням серця науковою психологією. Вірогідно, що деякі поняття останньої, приміром, інтуїція, інсайт, можуть бути краще зрозумілими в контексті християнської трактовки природи душевного серця, в якому відбувається певна інтеграція почуттів з більш ефективною оцінкою через них дійсності. Можна припустити, що серце визнається, приміром, моральним чинником тому, що фізіологічно взаємодіє з мозком, через власні та мозкові нервові центри, отримуючи від усіх аналізаторів мозку позитивні і негативні, про добро і зло, імпульси. Воно інтегрує їх у єдине спільне почуття і посиляє цей інтегральний симпатико-парасимпатичний сигнал у мозок, щоб той розподілив його через нервову систему по усім органам організму і зробив його реакцію на змінюване оточення більш адекватною. Це припущення підтверджується анатомічно даними саме про парасимпатичні і симпатичні нервові зв'язки між серцевою нервовою системою та центральною нервовою системою, а також диференційованими параметрами роботи самого серця. Вкажемо лише на такі, як 15 параметрів пульсу та психофізичні, електрокардіографічні, психодинамічні змінні пульсації серця, про які йдеться далі.

Християнська трактовка природи серця тісно пов'язана з її розумінням народною свідомістю. Так, відомий український фольклорист Володимир Плав'юк виділив в окрему групу, що нараховує близько тридцяти пунктів, записані ним ще на початку XX ст. українські народні прислів'я та приказки про серце. Відмітимо, що за часом свого виникнення і протяжністю застосування серцева мудрість українського народу перевищує її прояви в інших сферах культури — релігії, мистецтві, науці. Адже вона з'явилася десятки тисяч років тому разом із появою мови, ще до виникнення писемності і була життєвим, моральним дороговказом в долі людини. Недаремно В. Плав'юк, як збирач серцевої мудрості, відносить ці прислів'я до проявів «українсько-народної філософії». Кількість народних звернень до серця як доленосного чинника життя насправді значно більше, але й наведені в даному списку етнографа вражають своїм тісним зв'язком з душею, буттям, міжлюдськими взаєминами, здоров'ям людини. Серце виступає в народній думці як важливий життєвий, психофізіологічний, психологічний феномен, від якого залежить щастя і добробут людини.

Зазначимо, що багатозначність терміну «серце», з якою він використовується вже у релігії та фольклорі, дає нам додаткові ґрунтовні підстави для застосування поняття метапсихології — стосовно цього

головного енергетичного, динамічного, фізіологічного, емоційно-інформаційного, психологічного, морального органу людини. При цьому християнська та народна точка зору на серце не суперечить в основних своїх ознаках припущенням сучасної філософії, психології та педагогіки. Вона значною мірою вплинула на використання цього поняття в різних сферах людського буття. Відмітимо до того ж, що у релігійному розумінні серця закладена віра в його божественність, найвищу цінність, що помітно кореспондує з його розумінням у фольклорі, мистецтві і науці. Вказані точки зору об'єднують їх очевидний психологізм.

Про сутність серця розмірковували українські мислителі XVIII–XIX століття, які розглядали серце як ключовий компонент свого світогляду, що було показане у філософії серця Г. С. Сковороди, кордоцентризмі П. М. Юркевича, уявленні про серце як «внутрішню людину» у П. О. Куліша. Сучасний український філософ і педагог Г. П. Васянович слушно підсумував погляди Г. С. Сковороди на серце наступним чином: «Пізнання можливе лише через людину, головним інструментом пізнання є серце. Людина повинна знайти в серці останній критерій, основу пізнання життя. У діалозі «Наркіс. Розмова про те: пізнай себе» Сковорода називав людське серце «головою усього в людині», «коренем життя і обителлю вогню і любові». «...Істинною людиною є серце в людині, а глибоке серце, одному лише Богові пізнаване, є ніщо інше як необмежена безодня наших думок...».

Що стосується «кордоцентричних» поглядів П. Д. Юркевича, то в контексті розгорнутих у наступному XX столітті системних досліджень анатомії та фізіології серця, функціонування складної нервової регуляції серцевої діяльності, взаємозв'язків між різними відділами серцевої, центральної та периферійної нервової системи, та з психофізіологічним, психосоматичним, психогенетичним і власне психологічним контурами синергетичної регуляції організму людини і серця, то вони здаються вже не настільки символічними і метафоричними, як це видається при знайомстві з уявленнями «філософії серця».

Останнє підтверджується також й тією обставиною, що положення філософії серця в її західноєвропейському варіанті — кордоцентризмі — стають джерелом виникнення і бурхливого розвитку екзистенційної філософії — у дослідженнях Шеллінга і К'єркегора, а в Київській екзистенційній школі — Бердяєва і Шестова. Вони виступають у XX столітті основою виникнення різних галузей екзистенційної філософії та психології.

Глибше розуміння ідей «філософії серця» і кордоцентризму, виокремлення в них зернят істини від метафор і символів уяви складалося пізніше у наступних дослідженнях анатомії, фізіології та нервової регуляції життєдіяльності серця. Філософські та літературні традиції тлумачення «проблеми серця» притаманні багатьом поколінням видатних мислителів минулого людства, ряду вітчизняних філософів, починаючи зі вже згадуваних Г. С. Сковороди, П. Д. Юркевича, П. О. Куліша. Вони свідчать про актуальність подальшої наукової розробки цієї проблеми. Слід зазначити, що ряд наукових дисциплін сьогодення тією чи іншою мірою причетні до цього. Маються на увазі відповідні дослідження у філософії, психології, педагогіці, анатомії, фізіології, біології, генетиці, кардіології. Ми припускаємо, що з самою ідеєю «внутрішньої людини», яку підтримував П. О. Куліш, значною мірою корелюють сучасні біологічні уявлення про геном людини, адже останній можна вважати «внутрішнім мікрокосмічним проєктом людини».

Макроскопічним і символічним (Біблія за Г. С. Сковородою) проєктом людини є, вірогідно, духовність і мова як носій спадкової інформації, що забезпечує спадкоємність та генетичну інтеграцію поколінь людства в ході спілкування і взаємодії. Тут можна нагадати, що у психології існують методологічні підходи, які певним чином відображають ідеї філософії серця. Таким, опускаючи цілий ряд проміжних теоретичних аргументів, можна вважати суб'єктно-діяльнісний підхід С. Л. Рубінштейна з центральними для нього категоріями автономності, рефлексії, творчої самодіяльності тощо. В анатомії та фізіології вже достатньо загальноприйнятими є уявлення про серце як ключовий трансенергетичний, інформаційний, очищувальний (див. дані про вени та артерії) і тим самим — імунологічний, захисний центр, осереддя кровоносно-судинної системи організму. Можна назвати й інші взаємопов'язані з ними функції, зокрема духовні, моральні, які виконує серце у взаємодії з іншими органами людського тіла, передусім мозком і психікою. В контексті сучасних системних досліджень серце займає важливе ієрархічне місце у великій системі «Життя — живий організм — серце — мозок — психіка — особистість».

Знайомство з поезією, прозою, музикою свідчить про те, що більшість представників мистецтва рефлексивно звертаються у своїй творчості до серцевої тематики, метафорично пов'язуючи серце з різними почуттями, думками, образами, ситуаціями буття. Так, численні поетичні, музичні, прозаїчні твори акцентують виняткове

значення серця в житті людини, є виразом її любові до коханої людини, матері, Батьківщини, природи, Всесвіту, Бога тощо. Поети інтуїтивно відчують велике значення серця у житті людини і людства. У віршах Тараса Шевченка та багатьох інших українських поетів, у повістях Г. Косинки, у різноманітних музичних, народних та академічних, творах постає справжня поезія, проза та музика серця, які надихають людину на творення нових ідей, образів, почуттів у різних сферах культури, науки та виробництва. Особливо цінними є художні твори про серце, написані кардіологами, такими, як М. М. Амосов, М. Кіммері та ін.

Отже, проведений огляд праць мислителів, релігійних діячів, творців фольклору, поезії, прози, музики свідчить про характерні, спільні та відмінні риси їх ставлення до серця. Усі форми культури людства рефлексивно відображають важливу роль серця у фізичному та духовному житті людини. Вони, як правило, вважають серце віртуальним суб'єктом життя, внутрішнім представником душі людини. Серце бере на себе виконання певних функцій людини через його усвідомлювану людиною величезну роль у життєдіяльності — як певного енергетичного, інформаційного, психологічного, духовного фактору. Серце при цьому антропологізується, визнається таким собі гомункулюсом, внутрішньою мікрокосмічною людиною всередині великої космічної, макрокосмічної, планетарної та мікрокосмічної масштабу особистості. І йдеться не про буквальну тотожність цих серцевих уявлень про людину, а про своєрідний ізоморфізм, антропоцентризм, їх взаємозв'язок у цілісній ієрархічній системі організму, особистості, людства. Особлива серцева інтуїція властива, зокрема поетам і музикантам. Про це свідчить, зокрема, І. І. Дмитрів у своїй роботі про символи серця у творчості Богдана Ігоря Антоноука, виділяючи серед них аксіологічні, літературні, релігійні, міфологічні, філософські, політичні символи.

Всесвітнє визнання серця унікальним символом міжлюдських стосунків знайшло своє відображення у запровадженні міжнародного дня Валентина, як свята всіх закоханих, 14 лютого кожного року. Під час цього свята закохані посилають один одному знаки любові — валентинки. Автор роботи не міг обійти своєю увагою це світове явище, оскільки саме в цей день, маючи відповідне ім'я, отримує вітання від багатьох своїх друзів, колег і родичів. В роботі серед численних варіантів валентинок (а їх сотні і тисячі), представлених в інтернеті, наводяться, як приклад, малюнки лише декількох ва-

лентинок. Серце як культурний, психологічний феномен у мистецтві, літературі, поезії, музиці, науці, постає у валентинках символом любові, добра, дружби, здоров'я тощо. Серце постає універсальним наративом, знаком, символом суспільної та індивідуальної свідомості, що має широкий обіг у людському спілкуванні, рекламі, бізнесі, політиці тощо. Тому, повторимо це, правомірно говорити саме про метапсихологію серця і вивчати серцево-судинну систему в цьому дуже важливому багатоаспектному, багатозначному плані. Ми маємо справу з унікальною цивілізаційною рефлексією ролі серця у житті окремої людини та усього людства.

Нас, зрозуміло, цікавить серце як предмет наукового природничо-гуманітарного дослідження, передусім — кардіологічного психологічного пізнання. В роботі таке пізнання базується на науковій характеристиці серця, розроблюваний в кардіології як науки про серце і серцево-судинну систему організму в нормі та патології. На відміну від релігії і мистецтва, де серце розглядається переважно як своєрідний паралельний віртуальний суб'єкт життя, наука ставиться до нього більше як до складного біологічного, фізіологічного, психофізіологічного, психофізичного об'єкту, вивчаючи його об'єктивні структурно-функціональні властивості. Тому так важливо розуміти основні положення головної науки про серце — кардіології, в якій вивчається історія поглядів на серце, його будову та життєдіяльність, серцеві нормативи і патології тощо.

Психологи, особливо практичні, що вирішують серцеві проблеми (кардіопсихологи) та їх клієнти мають бути хоча б мінімально обізнані у кардіології — науки про серце і серцево-судинну систему. Треба знати хоча б у загальних рисах становлення основних категорій і понять, її сучасний стан і перспективу. Кардіологія звичайно користується складними, напрацьованими впродовж століть термінами. Разом з тим, такі її розділи, як кардіопрофілактика і кардіоестетика, цілком доступні для розуміння практичними психологами, серцевими клієнтами та пацієнтами. Тому вони стисло представлені у посібнику. Знання кардіологічних термінів сприяє кращому розумінню читачами тонкощів лікувального та профілактичного процесу, а через це і більш продуктивному спілкуванню з кардіологами.

У стислому викладі, серце є центральним органом серцево-судинної системи (ССС) людини, що забезпечує рух крові замкненою динамічною трубчастою системою по великому і малому колу кровообігу. До СССР зараховують *серце-артерії-капіляри-вени*. По ній

циркулює рідка сполучна тканина — кров. У систему кровообігу залучені й інші органи — печінка (деактивація токсичних речовин), легені (збагачення киснем повітря крові за допомогою процесу, який називається вентиляцією та видалення вуглекислого газу), кровотворні органи (що постійно замінюють складники крові, які загинули в ході апоптозу чи некрозу), ендокринні залози (виділяють в кров гормони). Кровоносна система забезпечує обмін різноманітних життєво важливих і непотрібних речовин в організмі. Вона переносить кисень, котрий зв'язується з гемоглобіном в легенях, гормони, медіатори, постачає і виводить продукти обміну — кисень, вуглекислий газ, поживні речовини і відходи, водні розчини азотистих шлаків крізь нирки тощо. Разом із кров'яною системою діє нерозривно пов'язана з нею лімфатична система (капіляри, судини, вузли, протоки та головний лімфатичний колектор — грудна протока, що впадає у венозну систему) — в якій здійснюється обіг «тканинної рідини — лімфи».

Завдання серцево-судинної системи полягає в тому, щоби забезпечити різні клітини потрібними їм поживними речовинами і киснем та вивести з організму непотрібні і шкідливі відходи метаболізму, як-от вуглекислий газ, неперетравлену речовину тощо. Цей безперервний кровообіг працює завдяки кровоносним судинам і насосу — серцю. Артерії, артеріоли і капіляри — це судини, що доправляють кров, яка прокачується серцем, до тканин, тоді як вени несуть кров навпаки — від тканин до серця. Разом вони утворюють унікальну серцево-судинну транспортну систему кровообігу по усьому організму людини.

Регуляція серцево-судинної життєдіяльності неможлива без центральної та периферійної нервової системи. Разом з тим, спеціалізовані нерви і центри щільно пронизують і саму серцеву тканину, утворюючи її провідну систему. Серцеві центри знаходяться і в ЦНС мозку і у провідній системі серця. Як свідчать кардіологічні дані, спеціалізована серцево-судинна і центральна нервова системи тісно взаємодіють між собою, тобто між ними існують прямі та зворотні системні зв'язки, зокрема симпатичні та парасимпатичні. Функціональні взаємовпливи однієї системи на другу містять в собі глибинні психофізіологічні можливості, які поступово вивчаються в кардіології, анатомії, біології, фізіології, психології людини. Багато закономірностей цієї взаємодії можуть бути виявлені також у психологічних дослідженнях — у психофізиці, психофізіології, метапсихології серцевої діяльності, що показано у відповідних розділах книги.

В Україні над медичними проблемами серця працюють всесвітньо відомі кардіологічні установи Міністерства охорони здоров'я та Національної академії медичних наук. Це такі, як Інститут кардіології імені М. Д. Стражеска, Інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова, Інститут серця та інші, які проводять наукові дослідження та надають різноманітні кардіологічні послуги серцевим хворим. Ці дослідження в Україні мають свою славетну історію.

Так, М. М. Амосовим та його колегами були проведені в Києві ще у 1960-х роках перші дослідження саморегуляції серця і регуляції системи кровообігу, результатом яких стало створення кібернетичних моделей роботи серця. В їх основу було покладені узагальнення вченими даних кардіології, соціології, психології, методологія математичного моделювання з використанням електронних обчислювальних машин. На базі цих моделей був розроблений новий хірургічний інструментарій, зокрема апарат штучного кровообігу, що використовувався при операціях на серці. В теоретичному плані, розроблені кібернетичні моделі характеризували серце як ключовий енергетичний та інформаційний центр організму, як важливу серцеву складову самосвідомості особистості, її Я.

Проблемами серця у XXI столітті опікуються не тільки кардіологи, але і математики, фізіологи, психологи. Так, у США існує Інститут математики серця, який розробив, зокрема, цікаві геометричну та математичну моделі серця, що використовується у практичних цілях. Ці моделі виступають підґрунтям для проведення нових, зокрема психологічних досліджень серця. З'являються психотерапевтичні методи оздоровлення серця.

Знання загальних основ анатомії, іннервації та фізіології серця і серцево-судинної системи у взаємозв'язку з центральною нервовою системою організму необхідні кардіопсихологам, серцевим клієнтам і пацієнтам. З одного боку, вони виступають в якості природничо-наукової основи метапсихології серця, а з іншого боку — як наочний, вербальний і візуальний, матеріал, володіння яким потрібне для здійснення психотерапії серця в ході аутотренінгу, самопрограмування, аутоусугестії, медитації тощо. Це прямо стосується наведеного у книзі ілюстративного матеріалу щодо серця — рисунків і схем — які через візуальне мислення, уяву забезпечують ефективний адресний вплив аутоусугестивних процедур в ході кардіопсихопрофілактики особистості.

Якщо узагальнити усі наведені вище дані про серце, що притаманні стародавній філософії, Біблії, фольклору, мистецтву, науці,

зокрема кардіології і кардіопсихології, то воно постає багатограним, дійсно метапсихологічним органом, який виконує різноманітні важливі для життєдіяльності людини функції. Це, передусім, функції своєрідного живого насосу, двигуна обігу різноманітних матеріальних ресурсів в усьому організмі, а також своєрідного датчика, еталона, моделі, регулятора, адаптатора, стимулятора, інтегратора, захисника, організатора життєдіяльності людини. Ці функції серцево-судинна система виконує не тільки окремо, скільки в тісній інтеграції з іншими системами організму — нервовою, центральною та периферійною, імунологічною, легеневою, січе-статевою, шлунково-кишковою, м'язовою, клітинною і генетичною. Це відбувається тому, що серцево-судинна система через виконання, зокрема, своєї енергетичної поживно-очищувальної функції активізує або гальмує кровопостачання в ті чи інші органи, поля головного мозку, ЦНС і ПНС, і тому визиває відповідні модифікації відчуттів, перцептивних образів і понять уяви, мислення, емоційних і почуттєвих станів — через зміну їх тону, інтенсивності, полярності тощо. Ця картина змін когнітивної сфери особистості через серце є дуже диференційованою, адже сама серцево-судинна діяльність характеризується різноманітними змінними параметрами — динамікою, обсягом і швидкістю кровообігу, пульсом (нараховується 15 його видів), тиском (нормальним, гіпер- та гіпотонічним тощо), ступенем насиченості киснем та продуктами живлення, гормонами, вітамінами, еритроцитами та лейкоцитами у різних співвідношеннях тощо. Ця біохімічна гамма складу і функцій крові та кровоносної системи визначає витончені нюанси взаємовпливу між кровоносною системою та станами організму в цілому та його окремими органами, передусім мозком, ЦНС, психікою, особистістю, а через останню — і соціумом.

Вказані особливості функціонування серцево-судинної діяльності, у взаємозв'язку з ВНД, ЦНС, психікою багатозначно кореспондують, через багатопараметричне кровопостачання, із життєдіяльністю, соціальною, психологічною, трудовою, громадянською, родинною діяльністю і поведінкою людини. Корелюють вони і з регулятивною, саморегулятивною та адаптивною системою мозку й особистості. Ця кореляція носить, за її визначенням, взаємний характер, що означає вплив серця, як унікального датчика, еталона, регулятора й стимулятора, на стан організму й особистості, так і, навпаки, зворотним шляхом — впливу, позитивного і негативного, з боку органів, передусім ЦНС, психіки, особистості, на серце. Як енергетичний та

інформаційний центр, що працює здебільшого автономно, на основі дії складних нейропсихологічних механізмів саморегуляції, серце вносить свій внесок у роботу самосвідомості особистості, її Я, рефлексії, що помітили, разом із психологами, мислителі минулого, автори Біблії і народного епосу, поети, письменники, музиканти, котрі піднімають серце у своїх творах до рівня унікального феномену людської культури.

Підкреслимо, що в цих багатозначних взаємовпливах серцево-судинна система інтегрована з центральною та периферійною нервовою системою, з психологічною системою людини, що забезпечує можливість регуляції та саморегуляції серця з боку особистості, про що йдеться далі у посібнику, в якому докладно деталізуються метапсихологічні, зокрема кардіопсихопрофілактичні аспекти проблеми серцевого здоров'я людини.

Дуже важливим для психологічного розуміння функціонування серця і серцево-судинної системи є учення професора Б. Й. Цуканова про час у психіці людини та її темперамент, в якому фактично розкриваються психофізичні і психодинамічні особливості пульсуючого серця, що виступає фактично ключовим фактором ритмічної динаміки усього людського організму, індивіда та особистості.

Професором було проведене оригінальне теоретико-експериментальне визначення індивіда й особистості через поняття часової організації життєдіяльності та психіки людини, відкрита власна одиниця переживання часу — τ -тип — як ключовий параметр часової організації психіки індивіда, показчик тривалості пульсу серця, а через новий, оригінальний погляд на природу темпераменту людини — розкриті психодинамічні характеристики функціонування різних органів і усього організму, індивіда та особистості, що резонують з циклічною життєдіяльністю серця.

Цьому сприяла розробка Б. Й. Цукановим об'єктивної методики визначення τ -типу як кількісного показчика тривалості пульсу серця і типу темпераменту людини — на основі оригінальної інтерпретації віднайденого американськими вченими ще наприкінці XIX століття методу відтворення піддослідними часових (секундних) інтервалів. Завдяки цьому і була відкрита власна одиниця часу у психіці індивіда — τ -тип — як показчик циклічної психодинамічної основи пульсу серця, що є вихідним параметром більш масштабної циклічності життєдіяльності усього організму та особистості. Тау-тип як показник пульсу серця задає циклоїдний, резонуючий

нансний характер роботи різних органів життєдіяльності індивіда. Пульсація серця через тау-тип виступає важливим параметром роботи серцево-судинної системи як центрального маятникового часового механізму організму.

Б. Й. Цукановим була виявлена структура т-відповідних, типологічно зумовлених психодинамічних, темпераментальних властивостей індивіда та особистості в їх залежності від пульсової динаміки. Ним були охарактеризовані нормативні та патопсихосоматичні прояви у представників різних типів темпераменту, в залежності від тау-типу. Так, зокрема, було встановлено, що найвищий ризик виникнення інфаркту міокарду, інсульту, артрити притаманний більшості сангвіноїдів і меланхолоїдів.

Професор сформулював психогенетичний закон репродукції нащадків, за яким були визначені темпераментальні диспозиції народження індивідів у системі «батьки-діти». За цим законом, у багатодітній сім'ї народжуються діти з різними типами темпераменту з п'яти типологічних груп — холероїдів, сангвіноїдів, врівноважених, меланхолоїдів, флегматоїдів. І тільки дві типологічні групи, сангвіноїдів і меланхолоїдів, мають переважаючу вірогідність захворіти серцевими хворобами. Тобто серцеві хвороби неоднозначно передаються через генетичну спадковість.

Вченим був встановлений взаємозв'язок між якістю ходу власного годинника індивіда та успішністю засвоєння і здійснення особистістю різних видів діяльності — в залежності від точності, якості тау-типу як показника пульсації серця. Фактично через точність визначеного тау-типу, через середнєквадратичне відхилення від його середнього значення, тобто через якість пульсації серця був віднайдений ще один показник — обдарованості людини у різних сферах життєдіяльності — праці, музиці, спорті тощо.

Важливими є прикладні аспекти теорії Б. Й. Цуканова у різних сферах життя, у кардіопсихопрофілактиці, кардіопсихотерапії, хронопсихологічній ретро- і прогностиці тощо. Тау-тип, як кількісний параметр часового кванту серцево-судинної діяльності людини виступає універсальним показником життєдіяльності людини, що пов'язаний з глибинними внутрішніми мікропроцесами життя людини та вершинними зовнішніми космічними умовами його часового перебігу. Закономірності пульсації серця відповідають (а можливо і певним чином визначають їх пізнання) законам класичної та квантової фізики, теорії відносності та інших наук. Виявлення особливостей

взаємозв'язку між ними утворює перспективи подальшого розвитку психофізики пульсуючого серця.

У процесі вивчення і використання теоретичних і прикладних аспектів учення Б. Й. Цуканова автором посібника було виявлене невідоме раніше явище, таке як психодинамічна неконгруентність особистості та її кардіопатогенні наслідки, методи її психологічної діагностики та корекції. Перспективним слід вважати запропонований Б. Й. Цукановим метод циклоїдного прогнозування моменту нападу серцевих хвороб, інфаркту та інсульту — в залежності від тау-типу та визначених ним малих і великого циклів життєдіяльності. Це дозволило прогнозувати моменти настання серцевих криз і профілактично підготовлюватися до їх перебігу і компенсації.

Описана кардіопсихопсихологічна робота з важкими стресами — патогенним дистресом та летально небезпечним тристресом — як головними чинниками, з одного боку, адаптації людини до неперервних змін, її загартовування, а з іншого боку — виникнення серцевих порушень, хвороб і смертельної загрози та їх психологічної профілактики, запобігання і психотерапії.

Автором розроблена ідеальна психологічна модель серцевої особистості як суб'єкта резистентної, оздоровчої та гармонійної життєдіяльності. Розглянуті, за авторською тривимірною, поетапно конкретизованою психологічною структурою особистості, типи серцевої особистості, для яких властиві такі ключові якості, як милосердя, великосердя, щиросердність, сердечність, кордоцентризм, Я-сердя, кардіосвітогляд, мудросердя, гармонійне серцебиття, сердобільність, ін-сердя, кардіогенність, кардіономічність, кардіорозвинутість тощо. Ця ідеальна модель серцевої особистості виступає метапсихологічною складовою кардіопсихології особистості, тоді як кардіологія — природничо-науковою її основою.

Метапсихологічна характеристика серцевої особистості постає ще повнішою за рахунок опису властивостей особистості реципієнтів із пересадженими від донору серцем. Перша в історії успішна пересадка серця була здійснена 3 грудня 1967 року у шпиталі Кейптауна Гроот Шур південноафриканським хірургом Крістіаном Барнардом, а в наш час поширюється у світовій кардіології.

В особистості реципієнтів кардіохірурги і самі пацієнти виділяють значні фізичні та психологічні зміни. Серед останніх виділяються такі властивості, як нове почуття власного Я (Ми), «подвійність» свідомості, своєрідна ідентичність із донором, адаптація до нового

стану особистості, нова якість життя тощо. На наш погляд, подальше вивчення проблеми психологічних змін і допомоги особистості реципієнта передбачають додаткове метапсихологічне дослідження серцевої особистості у таких аспектах, як індивідуалізація-ідентифікація по лінії «власне-чуже» серце, привласнення-відчуження серцевих ресурсів, мнемічна новизна-звикання, схожість-відмінність сердець у минулому-теперішньому-майбутньому часі, комфортність-занепокоєність стану та інші. У психології існує чимало засобів допомоги серцевим реципієнтам, які мають бути відповідно модифіковані.

У роботі наводиться кордоцентрична система здоров'я і довголіття кардіохірурга, академіка М. М. Амосова та поради колегам і пацієнтам від кардіолога, професора К. М. Амосової. Так, М. М. Амосов пропонує свою оригінальну систему здоров'я, яка складається з низки елементів, таких як раціональні обмеження та фізичні навантаження організму, тренування серця, органів руху, фізична культура, загартовування, правильне харчування, обґрунтовані норми дозованого напруження, врахування психічних факторів, зокрема емоцій, страхів, важких стресів, виснаження, досягнення достатнього рівня душевного комфорту, нормалізація сну, в цілому — формування оптимального оздоровчого способу життя. Заслугують на увагу запропонована донькою академіка, професоркою кардіології К. М. Амосовою, система ТОП-15 рекомендацій для кардіологів і пацієнтів, які розкривають медичні та психологічні тонкощі лікування, профілактики, розуміння причин виникнення та умов перебігу хвороб серця та їх лікування.

Важливою є розроблена кардіопсихологом Н. І. Волошко, на основі особистісного ціннісно-рефлексивно-креативного підходу (В. В. Рибалка), програма психологічної профілактики і корекції особистості хворого на артеріальну гіпертензію. Мета програми полягає у зменшенні дії психотравмуючих факторів, запобіганні рецидивам серцевого захворювання, формуванні навичок психологічної самопомоги, що блокують виникнення та хронізацію неврозів і психосоматичних захворювань.

Виходячи з положення, що у виникненні гіпертонічної хвороби пусковим моментом є психотравмуючі фактори, психопрофілактика та психокорекція є, на переконання авторки, етіологічно та патогенетично обґрунтованим видом лікування. Важливими задачами психопрофілактики та психокорекції хворих на артеріальну гіпертензію є: запобігання розвитку нервово-психічних та психосоматичних

захворювань; вироблення у пацієнтів правильного спокійно-очікуваного відношення до захворювання; посилення здатності до психічної переробки психотравмуючих, у тому числі важких стресових ситуацій; полегшення гострих психотравматичних реакцій; психологічна допомога у кризових ситуаціях; розвиток психологічних навичок розпізнавання та виразу актуального емоційного змісту; підвищення ефективності медичної та соціальної реабілітації хворого; розвиток уміння самостійно і оптимально вирішувати внутрішньоособистісні конфлікти.

Для розв'язання цих задач Н. І. Волошко була розроблена та ефективно застосована система позитивних психологічних впливів на особистість хворого, котрі взаємодоповнюють одне одного. Авторкою обрана індивідуальна форма психопрофілактики та психокорекції, основною перевагою якої є неподільна увага кардіопсихолога по відношенню до пацієнта, можливість більш повного його контролю над процесом психологічної профілактики та корекції. При цьому не виключається співпраця з медичним персоналом, але за умов його навчання навичкам безоціночного сприйняття, активного слухання, переформулювання емоційного змісту, релаксації, взаємодії з пацієнтом, не підтримуючи при цьому звичні для них стереотипи інтерперсональної поведінки, не схвалюючи і не засуджуючи стиль поведінки хворого.

Найбільш ефективними і корисними методами психологічної підтримки хворих на артеріальну гіпертензію дослідниця вважає передусім техніки гештальттерапії, а також тілесноорієнтовані методи психотерапії, дихальні вправи, робота з блоками і зажимами, та інколи використовувані нею окремі техніки когнітивної психотерапії, групової роботи за К. Роджерсом, психодрами тощо.

Перспективними в плані психологічної профілактики серцевих хвороб слід визнати аутосугестивні словесні настрої особистості, спрямовані на зміцнення здоров'я власного серця, що розроблені у психокорекційній системі Г. М. Ситіна. Вона базується на багаторазовому повторенні вголос, пошепки або про себе спеціально підібраних словесних формул та актуалізації за їх допомогою оздоровчого потенціалу самонавіювання. При цьому використовується багатовіковий досвід народних наговорів, дія яких підсилена шляхом експериментального вивчення та удосконалення. Автором запропоновані спрямовані на омолодження і оздоровлення серцевих пацієнтів мисленнєві формули, згруповані у класи відповідно до різноманітних хвороб серця.

До числа додаткових сугестивних методів психологічної профілактики і лікування належить гіпнотерапевтична система самопрограмування особистості, запропонована М. С. Шойфетом. Вона передбачає роботу з важкими стресами та їх патологічними наслідками, в тому числі і серцевими хворобами. Ця система включає три компоненти, такі як: 1. Формування особливого стану свідомості (проміжного між станом бадьорості і сну) методами релаксації (м'язової, дихальної, функціональної тощо) та концентрація свідомості на вирішенні конкретної проблеми і самоактуалізації відповідних психологічних ресурсів. 2. Самоактуалізація і застосування адекватної мови впливу на певний орган людини, в якості якої виступають головним чином візуалізація, навіювання і самонавіювання — передусім через почуттєву уяву, візуально-образне почуттєве мислення, дотикове мислення тощо. 3. Моделювання та використання терапевтичних програм лікування, послаблення конкретних аномальних відхилень і хвороб, зокрема серцевих. Ця система показала свою ефективність саме у забезпеченні доступу та самоактуалізації власних оздоровчих, реабілітаційних, нормалізуючих ресурсів людської особистості. Вона була успішно апробована нами для певного покращення власного здоров'я, зокрема кардіологічного, і нормалізації таких станів, як сон, внутрішній спокій, працездатність тощо.

У передостанньому розділі роботи пропонується система кардіопсихопрофілактики на основі проведення автором, як вченим і пацієнтом, індивідуального домашньо-інтимного дослідження серцево-судинної системи під назвою «Пізнай і лікуй своє серце». Наводяться мета, методологія, методика, інструментарій, процедура та результати такого дослідження — з урахуванням досвіду лікування власного серця у клініці та домашніх умовах. Дана кардіопсихопрофілактична система є наслідком професійної належності автора до категорії вчених-дослідників, який майже півстоліття, починаючи зі студентської доби й до похилого віку, займався проведенням психологічних і педагогічних досліджень як спеціаліст з вікової та педагогічної психології. Усе доросле життя автор здійснював неперервне наукове мега-дослідження, в якому кардіологічна складова поступово зайняла своє ключове місце — після виникнення медичних проблем власного серця і набуття статусу серцевого пацієнта, що проходив лікування у кардіологічних центрах України, передусім в Інституті кардіології імені М. Д. Стражеска.

У цьому кардіопсихологічному дослідженні виділяються декілька фаз: передовсім, це несвідома і некомпетентна фаза, коли власне серце майже не помічалось автором і не було предметом серйозної уваги навіть після пережитого у 33,5-річному віці інфаркту міокарду; на другій фазі почалося початкове усвідомлення хвороби серця і поступове зростання кардіологічної освіченості, в надрах якої почали складатися елементи власного кардіопсихологічного дослідження. В останні десятиліття життя, під впливом кваліфікованого дослідження і лікування спеціалістами-кардіологами, таке елементарне дослідження все краще усвідомлювалося саме як кардіологічне, психологічне і педагогічне. Воно збагачувалося, структурувалося і поступово почало складатися з трьох стадій — а) клінічно-стаціонарної, здійснюваної професійними кардіологами; б) амбулаторно-консультативної в установі сімейної медицини та приватних клініках за місцем проживання та в) домашньої, автономно-інтимної, що залежала вже від самого себе як пацієнта і вченого. Наукове кардіопсихологічне дослідження містить у собі три етапи — стратегічний, тактичний і оперативний самоактуалізуючий, що є інноваційним, впроваджувальним, самообслуговувальним.

У розділі докладно розглянута історія, анамнез власної серцевої хвороби, з наведенням певних приватних подробиць, інтимних характеристик хвороби та її лікування, без чого не відбувається ніяке лікування. Домашня стадія лікування і профілактики базується на отриманій кваліфікованій дослідницькій і практичній допомозі з боку колективу досвідчених професійних кардіологів з Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска, що надавалася з використанням сучасної діагностичної апаратури і медикаментів. Проведення власного індивідуального автономно-інтимного дослідження дозволило авторові цих строк як хронічно хворому на серце зберегти у віці 79 років відносну працездатність, нормально жити і працювати науковим співробітником у двох інститутах НАПН України. Важливим наслідком проведеного кардіолого-психолого-педагогічного експерименту є й те, що стан хронічної серцевої хвороби поки що виключає необхідність хірургічного втручання, воно продовжується у формі систематичного консервативного лікування, фармакологічної інтервенції у сферу серцево-судинної системи — на основі ретельно підібраної в ході неодноразового стаціонарного обстеження лікувальної та профілактичної медикаментозної схеми. При цьому краще усвідомлюється необхідність продовження самос-

тійного медико-психолого-педагогічного дослідження для глибшого розуміння сутності власної серцевої хвороби та її лікування, спираючись на професійне дослідження серця лікарями-кардіологами та іншими спеціалістами, зокрема генетиками.

Книга завершується проектом кардіопсихопрофілактичного Центру для збереження серцевого здоров'я людності. Проект є втіленням відповідних ідей професора Б. Й. Цуканова і накопиченого автором досвіду в ході багаторічного вивчення і використання у власній психодіагностичній і консультативній роботі учення одеського професора і власних розробок. Запропонований проект Центру відповідає гуманістичним намірам одеського професора в цьому напрямі і нашим переконанням в необхідності його побудови і роботи. Вважаємо, що у разі створення мережі відповідних Центрів, вони забезпечать, разом і у взаємодії з існуючими кардіологічними установами, більш ефективне збереження серцевого здоров'я широких верств населення як у масштабі країни, так і світу.

Метою і завданням Центру є надання психологічних, психодіагностичних, психоконсультативних і психокорекційних послуг широким верствам населення різних вікових категорій. Персонал центру складається із кваліфікованих, спеціально підготовлених практичних психологів, кардіологів, спеціалістів по ІТ технологіям, лаборантів і технічних працівників. Центр має певну структуру, що включає низку функціональних відділів, секторів та кабінетів. Робота Центру, а в перспективі — мережі Центрів, буде ефективною за умов законодавчої, адміністративної, фінансової, кадрової підтримки з боку державних і муніципальних адміністративних органів, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки, Національної академії педагогічних наук, громадських, місцевих, державних, міжнародних установ тощо. Це дозволить отримати величезний оздоровчий ефект — у вигляді збереження здоров'я як найважливішого трудового й життєвого ресурсу, що є абсолютною гуманістичною цінністю людства.

Таким чином, книга, що пропонується читачам, розкриває метапсихологічні начатки нової психологічної дисципліни — теоретичної та практичної кардіопсихології, що визнана зберегти здорове серце людини, як основу її працездатності, благополуччя і щастя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амосов М. М. Думки і серце. Київ: Діалектика, 2019. 288 с. (вперше книга опублікована у журналі «Наука і життя» у 1965–1966 рр. і далі неодноразово перевидавалася).
2. Амосов М. М. Енциклопедія Амосова. Алгоритм здоров'я. Людина і суспільство. Донецьк: Сталкер, 2002. 464 с.
3. Амосов Н. М., Лищук В. А., Пацкина С. А., Палец Б. Л., Лисов И. Л. Саморегуляція серця. Київ: Наукова думка, 1969. 158 с.
4. Амосова К. М. Кардіологія у мене в крові. Київ: Форс Україна, 2021. 256 с.
5. Бердишев Г. Д., Криворучко І. Ф. Медична генетика: Навчальний посібник. Київ: Вища школа, 1993. 142 с.
6. Бехтер В. Професор Цуканов утверждает, что Одесса может стать антиинфарктной зоной // Газета «Одесский вестник», 1997, № 36–37, 22 февраля, с. 5.
7. Бобирьов В. М., Дворник В. М., Дев'яткіна Т. О., Важнича О. М., Дев'яткіна Н. М. Основи біоетики та біобезпеки: навч. посіб. для студ. закладів вищої медичної освіти. Вінниця: Нова книга, 2020. 248 с.
8. Бондаревич С. М. Проблема времени и темперамента при соматических нарушениях. Монография. Одесса: Издатель Н. П. Черкасов, 2009. 353 с.
9. Британ Г. Я. Авторський блог поета «Жива палата душі...». По-значка: вірші про добре серце. Київ: Вільна вікіпедія, 2020, 21 грудня.
10. Бровер Л.Б. Если и болей, то зная о выздоровлении // Гласность. Одесская газета, № 12–13, (339–340), 1997, 20,27 марта., с. 8.
11. Васянович Г. П. Філософія: Навчальний посібник. Львів: Норма, 2005. 216 с.
12. Внутрішня медицина: Підручник: В 3 т. Т. 1. / К. М. Амосова, О. Я. Бабак, В. М. Зайцева та ін.; За ред. проф. К. М. Амосової. Київ: Медицина, 2008. 1064 с. (рос. мов.).
13. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III—IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / Денесюк В. І., Денесюк О. В.; за ред. В. М. Коваленка. Київ: МОРІОН, 2019. 960 с.
14. Вознюк О. В. Інтегральна концепція соматичного і духовного здоров'я особистості: монографія / за ред. О. А. Дубасенюк. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2013. 716 с.
15. Войтків Л. В. «Філософія серця» у творчості Пантелеймона Куліші // Грані. Філософія, 2012. С. 39–42.
16. Волошко Н. І. Внутрішньоособистісні конфлікти у хворих на артеріальну гіпертензію. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук. Спеціальність 19.00.04 — медична психологія. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка АПН України, 2006. 20 с.

17. Волошко Н. І. Психологічні особливості внутрішньоособистісних конфліктів у хворих на артеріальну гіпертензію: монографія. Київ: Науковий світ, 2009. 193 с.

18. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.

19. Гончаренко С. У. Педагогічне дослідження: Методологічні поради молодим науковцям. Київ; Вінниця: Планер, 2010. 308 с.

20. Горностай П. П. Консультативна психологія: Теорія і практика проблемного підходу. Київ: Ніка-Центр, 2025. 416 с.

21. Готовність учня до профільного навчання / Упоряд.: В. Рибалка. За заг. ред. С. Максименка, О. Главник. Київ.: Мікрос-СВС, 2003. 112 с.

22. Дмитрів І. І. Символ серця у творчості Богдана Ігоря Антоноука // Аксіологія літератури: релігія, міфологія, філософія, політика. Том 192, № 180. 2012.

23. Захворювання серця і судин у сімейній медицині. Том 1, 2 / Бабінець Л. С. Київ: Магнолія, 2022.

24. Зінченко І., Зінченко Г. Символ серця та його трактування у біблійному та художньому текстах // Біблія і культура: збірник наукових статей. Випуск II. Чернівці: Рута, 2000. С. 201–203.

25. Калін В. К. Психологія волі: зб. наук. праць / ред. Н. Ф. Каліна. Сімферополь, 2011. 208 с.

26. Киреева З. А. Развитие сознания, детерминированное временем. Монография. Одесса, 2010. 380 с.

27. Клінічна кардіологія. Сучасний погляд на захворювання серцево-судинної системи, ускладнення і конкурентні діагнози: навчальний посібник / [В. Ташук, О. Полянська, П. Іванчук, О. Поліщук, С. Гречко, Т. Амеліна, О. Гінгуляк, Г. Хребтій]; за заг. ред. В. Ташука. Чернівці: Технодрук, 2024. 400 с.

28. Косинка Григорій. Серце. Київ: Букнет Класик. 16 с.

29. Куліш П. О. Дівоче серце. Львів: Друкарня М. Ф. Поремби, 1862.

30. Курпатов А. В., Аверьянов Г. Г. Психология сердца. Пособие для врачей общей практики. 2020. 192 с.

31. Лазаревська О. М., Дунай Ю. П.. Основи медичної психології. Тернопіль, 2003. 183 с.

32. Лазуренко О. О. Психологія емоцій: підручник. Київ: Книга плюс. 2018. 264 с.

33. Лім Бун. Внутрішня історія. У ритмі здорового серця. Перекл. з англ. А. Саженок. Харків: Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2023. 256 с.

34. Літературознавчий словник-довідник / за ред. Р. Т. Гром'яка, Ю. І. Коваліва, В. І. Теремка. Поезія. Київ: ВЦ «Академія», 2007. С. 540–541.

35. Людвик О. Сердечную катастрофу можно предупредить. Газета «Одесский вестник», 1997. № 103–104, 31 мая. С. 9.

36. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія: Підручник. За ред. С. Д. Максименка. 2-ге видання. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2014. 520 с.
37. Мартынов А. В. Исповедимый путь. Прометей, 1989. 168 с.
38. Медицинская генетика: учебник / Кол. авт.; под ред. Е. А. Гречаниной, Р. В. Богатыревой, А. П. Волосовца. Киев: ВСИ «Медицина», 2010. 552 с.
39. Мілевич Л. Ф. Серце не мовчить: поезії, пісні. Луцьк: Терен, 2021. 444 с.
40. Мощич П. С., Марушко Ю. В., Бабко С. О. та ін. Кардіологія дитячого і підліткового віку: Наук.-практ. посіб. / За ред. П. С. Мощича, Ю. В. Марушка. Київ: Вища школа, 2006. 422 с.
41. Найдьонова М. І. Формування системи рефлексивного управління в організаціях. Київ: Міленіум, 2008. 484 с.
42. Найдьонова Л. А. Рефлексивна психологія територіальних спільнот. Київ: Міленіум, 2012. 280 с.
43. Особистості: Альманах. Додаток № 1 до журналу «Серцева недостатність», № 2. Червень 2016. Київ, 66 с.
44. Основи практичної психології / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін.: Підручник. 3-тє вид., стереотип. Київ: Либідь, 2006. 536 с.
45. Павлішук О. Книга запитань. Київ, 2021. 384 с.
46. Павлик Н. В. Розвивальна програма для дорослих: Гармонізація психологічного здоров'я особистості: Практичний посібник. Київ: ФОП Паливода А. В., 2022. 111 с.
47. Панок В. Г. Практична психологія. Теоретико-методологічні засади розвитку: Монографія. Чернівці: Технодрук, 2010. 486 с.
48. Пестов Н. Е. Душа человеческая. Полтава, Краматорск: УПЦ, Полтавская епархия, Спасо-Преображенский Мгарский монастырь, ЗАО «Тираж-51», 2004. 190 с.
49. Пирожков С. І., Хамітов Н. В. Цивілізаційна суб'єктність України: від потенцій до нового світогляду і буття людини. Київ: Наукова думка, 2020. 267 с.
50. Плав'юк В. С. Приповідки або українсько-народна філософія. Том перший. Едмонтон, Альберта, 1946. Ст. 298–299.
51. Пов'якель Н. І. Професійна рефлексія психолога-практика // Практична психологія та соціальна робота. 1998. № 6/7. С. 3–6.
52. Подмазин С. И., Сибиль Е. И. Как помочь подростку с «трудным» характером. Киев: НППЦ Перспектива, 1996. 160 с.
53. Позов А.С. Основы древне-церковной антропологии. [Том 1]. Сын человеческий. Мадрид, 1965. 420 с.
54. Помиткіна Л. В. Психодинамічна некогруентність особистості: діагностика, корекція та консультування: Монографія. Київ: Книжкове вид-во НАУ, 2007. 180 с.

55. Помиткіна Л. В., Помиткін Е. О. Психологія праці і відпочинку: підручник. Київ: ТОВ «Альфа-ПК», 2019. 322 с.

56. Посттравматичний стресовий розпад: навч. посіб. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.

57. Психологія: Підручник / Ю. Л. Трофімов, В. В. Рибалка, П. А. Гончарук та ін.: За ред. Ю. Л. Трофімова. 6-те вид. Київ: Либідь, 2008. 560 с.

58. Рибалка В. В. Методологічні проблеми наукової психології: посібник. Київ: Талком, 2017. 245 с.

59. Рибалка В.В. Особистісний підхід у профільному навчанні старшокласників: Монографія / За ред. Г. О. Балла. Київ: ІПППО АПН України, Деміур. 1998. 160 с.

60. Рибалка В. В. Особистісно центроване консультування клієнтів із патогенною психодинамічною неконгруентністю: Методичний посібник. Київ: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України, Ін-т педагогіки і психології професійної освіти АПН України, 2005. 58 с.

61. Рибалка В. В. Психологія розвитку особистісної готовності педагогів до професійної діяльності: методичні рекомендації. Київ: Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України, 2023. 160 с.

62. Рибалка В.В. Психологія розвитку творчо обдарованої особистості: наук.-метод. посіб. Київ: НАПН України; Ін-т обдарованої дитини, 2010. 442 с.

63. Рибалка В. В. Теорії особистості у вітчизняній психології та педагогіці: Навчальний посібник. Одеса: Букаєв Вадим Вікторович, 2009. 575 с.

64. Савчин М. В. Здоров'я людини: духовний, особистісний і тілесний виміри: монографія. Дрогобич: ПП «Порсвіт», 2019. 232 с.

65. Сельє Г. Стресс без дистресса. Прогресс, 1979. 125 с.

66. Серце і судини. Український науково-практичний журнал. Головний редактор Амосова К. М. Київ: Тов. «ВІТ-А-ПОЛ», № 3 (56), 2016. 126 с.

67. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти / За наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. Київ: Міленіум, 2004. 264 с.

68. Сковорода Г. Твори у 2 томах. Т. 1. Київ: АТ «Обереги», 1994. 528 с.

69. Соціально-психологічна профілактика стресів та стресових розладів в учнів і студентів / За ред. В. Г. Панка, І. І. Цушка. Київ: Ніка-Центр, 2007. 164 с.

70. Стрес та захист психологічного здоров'я в умовах сучасного суспільства: Збірник матеріалів Міжнародного науково-практичного конгресу. Миколаїв: Вид-во Південнослов'янського інституту КСУ, 2010. 194 с.

71. Сугестопедія. Методичні вказівки / Укладач: Г. М. Дубчак. Чернівці: ЧНУ, 2003. 24 с.

72. Сухомлинський В. О. Кам'яне серце / Казки Школи під Голубим небом: казки, притчі, оповідання. Упорядник О. В. Сухомлинська. Київ: Радянська школа, 1991. С. 72–73.

73. Сухомлинський В. О. Педагогіка серця. Вибрані твори: в 5 т. Київ: Радянська школа, 1977. Т. 5. Статті. С. 316–321.

74. Сучасні технології та методи кардіореабілітації / Левицька Л.В., Швед М. І. Київ: Медкнига, 2016.

75. Сытин Г. Н. Животворящая сила. Помоги себе сам. Метод СОЭ-ВУС — метод психокоррекции. Исцеляющие настроения. Энергоатомиздат, 1990. 416 с.

76. Сытин Г. Н. Мысли, омолаживающие сердце. Весь, 2012. 384 с.

77. Сытин. Энциклопедия исцеляющих омолаживающих настроев для всей семьи. ИГ «Весь», 2015. 672 с.

78. Табачников О. Ю., Абдюхімова Ц. Б., Копчак О. О. Клінічна (медична) психологія. Київ: Книга-плюс, 2020. 254 с.

79. Татенко В. О. Соціальна психологія впливу: Монографія. Київ: Міленіум, 2008. 216 с.

80. Токар А. В. Серце і вік. Київ: Здоров'я, 1984. 48 с.

81. Філософський енциклопедичний словник. Голова редколегії В. І. Шинкарук. Київ: Абрис, 2002. 744 с.

82. Хрестоматія з консультативної психології: навчальний посібник / Укладачі: І. С. Булах, В. В. Волошина, В. У. Кузьменко та ін. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. 544 с.

83. Цуканов Б. И. Анализ ошибки восприятия длительности // Вопросы психологии. 1985. № 3. С. 149–153.

84. Цуканов Б. Й. Диференційна психологія (конспект лекцій). Одеса: Астропринт, 1999. 68 с.

85. Цуканов Б. Й. Латентный период реакции и отражение длительности: Дисс. канд. психол. наук. Одесса, 1982.

86. Цуканов Б. И. Сердце в собственных руках // Прикладная психология и психоанализ. 1997, № 1.

87. Цуканов Б. И. Собственная единица времени в психике индивида. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. Киев: Киевский ун-т им. Т. Г. Шевченка. 22 октября 1992. 42 с.

88. Цуканов Б. И. Фактор времени и природа темперамента // Вопросы психологии. — 1988. № 4. С. 129–136.

89. Цуканов Б. И. Фактор времени и проблема сердечно-сосудистых заболеваний // Психологический журнал. 1989. Т.10. № 1. С. 83–88.

90. Цуканов Б. Й. Час у психіці людини. Монографія. Одеса: Астро-Принт, 2000. 220 с.

91. Чайченко Г. М., Цибенко В. О., Сокур В. Д.. Фізіологія людини і тварин. Київ. 1998.

92. Чижевський Д. Куліш П. О. Українська «філософія серця» // Slavistika, 1931. С. 29–42.

93. Чудакова В. П. Шляхи подолання професійного стресу і синдрому професійного вигорання персоналу і організації. Навчально-методичний посібник освітнього модуля тренінга-семінара. Київ: ТОВ «Інформаційні системи», 2012 р. 40 с.

94. Шойфет М. Самогіпноз. Тренінг психофізической саморегуляції. Киев, Харьков: Питер, 2003. 352 с.

95. Юркевич П. Д. Серце і його значення в духовному житті людини, згідно вчення слова Божого // Юркевич П. Д. Вибране. Київ: Абрис, 1993. 416 с.

96. Schneider R.H., et al. Cardiovascular disease prevention and health promotion with the Transcendental Meditation program and Maharishi Consciousness-Based Health Care // Ethnicity and Disease 16 (3 Suppl 4):S4-15-26, 2006.

97. [https://uk.wikipedia.org › wiki / Метапсихологія](https://uk.wikipedia.org/wiki/Метапсихологія) (дата звернення 21.02.2025 р.).

98. [https://ru.citaty.net/tsitaty/655285-konfutsii-izbrav-tsel-idi-k-nei-vsem-serdtsem / Конфуцій](https://ru.citaty.net/tsitaty/655285-konfutsii-izbrav-tsel-idi-k-nei-vsem-serdtsem/) (дата зверн. 1.03.2025).

99. [https://www.gotquestions.org / Серце в Біблії](https://www.gotquestions.org/Серце_в_Біблії). Олег Павлішук (дата зверн. 2.03.2025).

100. [https://uk.wikipedia.org/wiki / Поезія](https://uk.wikipedia.org/wiki/Поезія) (дата зверн. 3.04.2025)

101. [http://galynabrytan.lviv.ua/category/poezii / Сучасна українська авторська поезія](http://galynabrytan.lviv.ua/category/poezii/) (дата зверн. 22.04.2025).

102. [https://nashformat.ua/products/nashi-vtracheni-sertsya-709623 / Селесте Інг](https://nashformat.ua/products/nashi-vtracheni-sertsya-709623/) (дата зверн. 25.04.2025).

103. [https://book-ye.com.ua/hudozhnja-literatura/proza/suchasna-zarubizhna-proza/vid-sertsya-do-sertsya / Мартін Кіммері](https://book-ye.com.ua/hudozhnja-literatura/proza/suchasna-zarubizhna-proza/vid-sertsya-do-sertsya/). Від серця до серця (дата зверн. 26.04.2025).

104. [https://pixabay.com/ru/images/search/ Валентинки](https://pixabay.com/ru/images/search/Валентинки) (дата зверн. 27.04.2025).

105. [https://hossc.org/kardiologiya-istoriya-ta-sogodennya / Історія кардіології](https://hossc.org/kardiologiya-istoriya-ta-sogodennya/) (дата зверн. 2.05.2025).

106. [https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-kardiologii-i-eyo / Історія розвитку кардіології](https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-kardiologii-i-eyo/) (дата зверн. 4.05.2025).

107. [https://uk.wikipedia.org/wiki / Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска](https://uk.wikipedia.org/wiki/Інститут_кардіології_імені_М.Д._Стражеска) (дата зверн. 9.05.2025).

108. [https://amosovinstitute.org.ua / Інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова](https://amosovinstitute.org.ua/) (дата зверн. 14.05.2025).

109. [https://uk.wikipedia.org › wiki / Київський інститут серця](https://uk.wikipedia.org/wiki/Київський_інститут_серця) (дата зверн. 15.05.2025).

110. [https://astramedika.com.ua/profilaktika-sercevo-sudinnih-zahvoryuvan / Профілактика серцево-судинних захворювань](https://astramedika.com.ua/profilaktika-sercevo-sudinnih-zahvoryuvan/) (дата зверн. 16.05.2025).

111. Facebook. Оксана Іванова. Публікація № 1 про Інститут математики серця (дата зверн. 3.06.2025).
112. <https://www.heartmath.org> > about-us > contact-us / Інститут математики серця (дата зверн. 4.06.2025).
113. https://uk.wikipedia.org/wiki/Серце_людини (дата зверн. 4.07.2025).
114. https://pixabay.com/ru/images/search/Спираль_ДНК (дата зверн. 6.07.2025).
115. https://uk.wikipedia.org/wiki/Серце,_гени (дата зверн. 8.07.2025).
116. <https://www.miyklas.com.ua/p/biologiya/8-klas/transport-rechovinkrovonosna-ta-limfaticzna-sistemi-352231/budova-sertcia-robotasertcia-352048/re-734a17e3-da22-4b47-97ad-665b1679ca10> / Будова серця (дата зверн. 27.07.2025).
117. https://uk.wikipedia.org/wiki/Серцево-судинна_система_людини (дата зверн. 28.07.2025).
118. <https://ukrayinska.libretexts.org> / Центральна та периферійна нервова система людини (дата зверн. 29.07.2025).
119. <https://www.istockphoto.com/uk> / Головний мозок людини (дата зверн. 30.07.2025).
120. Facebook. ela.kri.ua / Провідна система серця. (дата зверн. 4.08.2025).
121. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Теломера> (дата зверн. 2.09.2025).
122. <https://cardiocongress.org.ua> / XXVI Національний конгрес кардіологів України 23–26 вересня 2025 року. Київ. (дата зверн. 12.10.2025).
123. Facebook. Оксана Іванова. Публікація № 2 про Інститут математики серця (дата зверн. 3.11.2025).
124. <https://uk.wikipedia.org> / Перша пересадка серця (дата звернення 24 жовтня 2025 року)
125. <https://transpl.ru> > about > press-center / rokfeller_tozhe...(дата звернення 25 жовтня 2025 року).
126. <https://empendium.com/ua/manual/chapter/B72.I.LL.4.1>. / Пересадка серця (дата звернення 26 жовтня 2025 року).
127. <https://uk.wikipedia.org> / Трансплантація серця (дата звернення 27 жовтня 2025 року).
128. <https://health-ua.com> > article > Health-ua (Дата звернення 28 жовтня 2025 року).
129. <https://zokb.org.ua> > Трансплантація серця: шанс на нову життя (дата звернення 28 жовтня 2025 року).
130. facebook Юлія Шолудько / Зміни в особистості після трансплантації серця (Дата звернення 30 жовтня 2025 року)
131. <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2014-4-11-16/> (дата звернення 30 жовтня 2025 року).
132. <https://www.nkj.ru> > archive > articles / Наука та життя (дата звернення 30 жовтня 2025 року).

БІОГРАФІЯ АВТОРА

Рибалка Валентин Васильович народився 1 січня 1947 року у м. Ютербог, Німеччина, в сім'ї військовослужбовця. Батько — Рибалка Василь Федосійович (1921–1998), учасник другої світової війни, служив артилеристом у зенітних військах, вийшов у відставку 1958 року в чині майора. Мати — Рибалка Анна Іванівна (1919–2007) під час війни працювала на пороховому заводі в м. Котовськ Тамбовської області, після створення сім'ї у 1944 році народила і виховувала сина Валентина і доньку Тамару, була домогосподаркою. Початкову школу відвідував у місцях служби батька — в селищі



Кенері, містах Хаймашкер і Сексард Угорщини, в місті Єйськ Краснодарського краю СРСР, а також — в селі Котовка Магдалинівського (зараз Новомосковського) району Дніпропетровської області УРСР. Маю сестру Нестеренко Тамару Василівну (1949 р. н.), вчителя біології, що працювала у загальноосвітній школі № 1 і зараз живе у місті Новомосковськ (з 2024 р. місто Самар) Дніпропетровської області. 1962 року закінчив 8 класів загальноосвітньої школи № 11 міста Новомосковськ Дніпропетровської області, а 1966 року — Дніпропетровський технікум автоматики і телемеханіки (до 1960 року — Гірський технікум), отримав, після закінчення його факультету «Виробництво апаратури автоматики и телемеханіки», група ПАТ-62-2/8, диплом техника-електрика. З 1965 по 1967 р. проходив тривалу виробничу практику і пізніше працював техніком-дослідником у Конструкторському бюро паливно-вимірювальної апаратури Міністерства авіаційної промисловості СРСР в місті Курськ. З 1967 по 1972 рік навчався на факультеті психології Московського державного університету ім. М. В. Ломоносова, де працював останні два курси за сумісництвом лаборантом на кафедрі психофізіології зору, зав. кафедри — Юлія Борисівна Гіппенрейтер. Захистив диплом

«Зорове розпізнавання складних об'єктів» під науковим керівництвом Сергія Дмитровича Смирнова. Після закінчення факультету розподілився в Київський інститут периферійного обладнання Науково-виробничого об'єднання «Електронмаш», де працював інженерним психологом в лабораторії ергономіки під керівництвом Валентини Матвіївни Бондаровської.

З 1974 року — аспірант, а з 1977 року — молодший науковий співробітник Інституту психології України, директором якого був з моменту його заснування у 1945 році академік Г. С. Костюк, а з 1971 до 1983 року — В. І. Войтко. 15 червня 1982 року захистив кандидатську дисертацію «Психологічні особливості процесу синтезу при конструюванні технічних об'єктів» (науковий керівник — В. О. Моляко). Працював старшим науковим співробітником (з 1985 р.) в лабораторіях психології трудового виховання та психології творчості, завідувачем Республіканського центру психологічної служби системи освіти Інституту психології України (1991–1992 рр.), старшим (з 1995 р.) та провідним (2007–2009 рр.) науковим співробітником, за сумісництвом, в лабораторії консультативної психології і психотерапії Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України (з 1993). Брав участь у Державній програмі «Діти Чорнобиля», керував науково-дослідною групою з психологічної допомоги позашкільним навчальним закладам, розташованим в четвертій зоні радіаційного забруднення (1991–1993 рр.). В 1992–1993 роках керував науково-дослідною групою співробітників Інституту психології України з психологічної підтримки обдарованих підлітків — стипендіатів Президента України.

З жовтня 1993 року — старший науковий співробітник Інституту педагогіки і психології професійної освіти АПН України, створеного і очолюваного академіком І. А. Зязюном. Кадровий склад Інституту комплектувався з двох психологічних лабораторій Інституту психології АПН України і двох педагогічних лабораторій Інституту педагогіки АПН України. Лабораторію психології трудового виховання очолював тоді кандидат психологічних наук П. С. Перепелиця (1930–2009), а лабораторію психології профорієнтації — кандидат психологічних наук Б. О. Федоришин (1930–2007). Переведення вказаних лабораторій в межі АПН України базувалося на концепції І. А. Зязюна щодо важливості об'єднання ресурсів психології і педагогіки для ефективного розвитку професійної освіти і створення нової для української науки галузі — психопедагогіки.

У 1995–1998 роках — докторант Інституту педагогіки і психології професійної освіти АПН України. 9 грудня 1998 року захистив докторську дисертацію «Особистісний підхід у профільному навчанні старшокласників» (науковий консультант — Г. О. Балл). З вересня 1998 року — завідувач лабораторії (з 2001 року — відділу) психології трудової і професійної підготовки цього Інституту. З 2007 року, після виходу на пенсію, залишився працювати в цьому ж Інституті старшим, провідним і головним науковим співробітником відділу педагогічної психології і психології праці (з 2014 року — психології праці). Інститут з 2007 року має назву Інституту педагогічної освіти і освіти дорослих НАПН України. З 2015 року Інститут носить ім'я Івана Зязюна.

Працював за сумісництвом старшим викладачем, доцентом, професором ряду університетів Києва, Одеси, Львова, Полтави, Кременчука, радником директора Інституту обдарованої дитини НАПН України, головним науковим співробітником Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, шкільним психологом у Міжшкільному навчально-виробничому комбінаті Залізничного району м. Києва (1982–1985 рр.), у Республіканській фізико-математичній школі-інтернаті Київського державного університету ім. Т. Г. Шевченка (1986–1988 рр.), у Київському природничо-науковому ліцеї № 145 (1989–2000 рр.). З 1973 р. регулярно проводив лекції по лінії Товариства «Знання» України, викладав на громадських засадах у Київському університеті науково-технічного прогресу, в Інституті практичної психології «Психогенез» (лектор і проректор), на авторських курсах практичної психології тощо.

З 2000 року — член спеціалізованих вчених рад по захисту докторських і кандидатських дисертацій — в Інституті педагогіки і психології професійної освіти АПН України, Одеському національному університеті імені І. І. Мечникова, Академії внутрішніх справ України, Інституті педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України, Інституті спеціальної психології і педагогіки НАПН України. У 2004–2007 рр. очолював спеціалізовану вчену раду в Інституті педагогіки і психології професійної освіти, де за спеціальністю 19.00.07 — педагогічна та вікова психологія, захистили кандидатські дисертації 33 здобувача. Був науковим керівником 20 кандидатів і науковим консультантом 3 докторів психологічних наук. У 2017–2021 рр. — заступник Голови спеціалізованої вченої ради зі спеціальності 19.00.07 — педагогічна та вікова психологія в

Інституті педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України.

Входив до складу Національної експертної комісії України з питань захисту суспільної моралі, що була створена Постановою Кабінету міністрів України від 17 листопада 2004 року і виконувала функції постійного державного експертного і контролюючого органу, ліквідована рішенням Верховної Ради України 5 березня 2015 року. З лютого 2023 до серпня 2024 року виконував обов'язки завідувача НД Лабораторії на громадських засадах з вивчення і розроблення гуманітарних ідей академіка В. І. Вернадського при Комісії з вивчення і розроблення наукової спадщини академіка В. І. Вернадського при Національній академії наук України. Фундатором і першим завідувачем Лабораторії був доктор педагогічних наук, професор А. П. Самодрин (1954–2023).

18 листопада 2019 року на Загальних зборах НАПН України був обраний її Почесним членом.

Відмінник освіти України (1996 р.), нагороджений Медаллю «За успіхи в народному господарстві СРСР» ВДНГ (1988 р.), Знаком «За наукові досягнення» МОН України (2007 р.), Знаком «Грамота Верховної Ради України» (2008 р.), Знаком «Почесний професор Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (2008 р.), Знаком «Ушинський К. Д.» НАПН України (2011 р.), Знаком «Колегіум № 11 м. Новомосковськ» Дніпропетровської області (2012 р.), Медаллю «В. В. Зеньковський» Хмельницького Національного університету (2013 р.), Орденом України «За заслуги» III ступеня (2014 р.), Медаллю «Григорій Сковорода» НАПН України (2016 р.), Подякою сільського голови села Котовка Магдалинівського району Дніпропетровської області (2017 р.), Медаллю «Іван Франко» НАПН України (2022 р.). Відмічений Почесними грамотами, подяками Національної академії педагогічних наук України, Інституту педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України та інших державних установ України.

Автор більше 660 наукових праць, серед яких близько п'ятидесяти книг (включаючи 14 повторних видань 7 книг), брошур, зокрема таких, як:

Психология изобретательской деятельности: Методическое пособие для слушателей факультета психологии технического творчества КНУТП (в соавт., 1981); Психологические особенности процесса синтеза при разработке технических объектов. Автореферат

кандидатської дисертації (1982); Методические рекомендации по комплектованию учебных групп и организации производительного труда в УПК (в соавт., 1984); Психологическая структура способностей личности к научно-техническому творчеству (1990); Психолого-педагогічна допомога дітям на базі позашкільних закладів в зоні радіоекологічного контролю (Науково-методичний посібник для керівників позашкільних закладів та гуртків, методистів, практичних психологів). (Ред., співавт., 1992); Програми експериментальних гуртків екологічного і психологічного профілів та методичні рекомендації для керівників гуртків позашкільних закладів у зоні радіоекологічного контролю (співред., співавтор, 1992); Развитие у учащихся способностей к научно-технической деятельности (методическое пособие для педагогов) (В соавт., 1993); Розвиток творчої особистості в умовах екологічної кризи (науково-програмно-методичний посібник для директорів шкіл та позашкільних закладів, методистів, вчителів, керівників гуртків і факультативів та шкільних психологів). Частина 1. Результати експериментальних і науково-практичних досліджень (Редактор, співавт., 1993); Частина 2. Програми творчих гуртків і факультативів та методичні рекомендації, соціально-психологічна служба в системі освіти. (Редактор, співавтор, 1993); Психологія розвитку творчої особистості: Навчальний посібник (1996); Особистісний підхід у профільному навчанні старшокласників: монографія (1998); на ту ж назву — Автореферат докторської дисертації (1998); Психологія: підручник (Заст. гол. редактора, співавтор, шість видань, 1999–2008); Основи практичної психології: підручник (Співавтор, три видання, 1999–2006); Підготовка учнів до професійного навчання і праці (психолого-педагогічні основи): Навчально-методичний посібник (співред., співавтор, 2000); Психологія професійного самовизначення для здорових старшокласників: Методичні рекомендації (2004); Особистісно центроване консультування клієнтів із патогенною психодинамічною неконгруентністю (2005, два видання); Психологія праці особистості (2006, три видання); Теорії особистості у вітчизняній психології (2006); Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді (2007, 2009, два видання); Аксиологічні основи психологічної культури особистості (2009); Теорії особистості у вітчизняній психології та педагогіці (2009); Психологія розвитку творчо обдарованої особистості (2010); Психологія честі та гідності особистості: культурологічні та аксіоло-

гічні аспекти (2010, 2011, три видання); Честь та гідність особистості як предмет діяльності практичного психолога (2010); Поезії українських психологів (Укладач, ведучий рубрики, автор коментарів, 13 випусків у газеті «Психолог», 2009–2012 рр.): поети, психологи і педагоги Б. Федоришин, 2009, № 9; О. Дусавицький, 2009, № 17, І. Цурковський, 2009, № 20, Г. Балл, 2009, № 35, В. Моляко, 2009, № 41, Г. Серeda, 2010, № 5, В. Моргун, 2010, № 9, З. Карпенко, 2010, № 38, Е. Помиткін, 2010, № 48, О. Бондаренко, 2011, № 9, Г. Васянович, 2011, № 39, Л. Велитченко, 2012, № 5, А. Фурман, 2012, № 22; а також А. Самодрин (у науково-популярному щорічнику «Психопедагогіка і життя», 2020, № 1); Материнские задатки, способности и таланты женской личности как главный витальный и духовный фактор развития одаренности ребенка. В коллективной монографии: Образ человека будущего: Кого и Как воспитывать в подрастающих поколениях. За ред. О. О. Базалука. Т. 3 (2013); Психологія і педагогіка праці особистості: від обдарованості дитини до майстерності дорослого (2014); Теории личности в отечественной философии, психологии и педагогике (2015); Словник із психології та педагогіки обдарованості і таланту особистості (2016); Методологічні проблеми наукової психології (2017); Школа — духовний осередок розвитку особистості, місцевої громади та держави (Співредактор., співавтор) (2018); Соціально-педагогічне і психологічне забезпечення розвитку дієвого громадянського суспільства і особистості громадянина (2018); Психопедагогічні експедиції шляхами демократизації життя особистості, освіти та громадянського суспільства (Наук. ред., співавтор, 2019); Самонавчання демократії юної та дорослої особистості (2019); Геронтопсихологія навчання особистості похилого віку (Ред., співавтор, 2020); Психологія і педагогіка у протидії пандемії COVID-19 (2020); COVID-19 в измерениях философии, психологии и педагогики (Соредактор, соавтор, 2020); Philosophy, psychology and pedagogics against COVID-19: Manual (Соредактор, соавтор, 2020); Ноосфера Вернадського, сучасна освіта і наука: колективна монографія. За наук. ред. А. П. Самодрин, (У співавторстві). Т. 1. (2021). Т. 2. (2022). Т. 3. (співавтор, 2023). Психопедагогіка і життя: науково-популярний щорічник (Гол. ред., укладач, автор, вип. 1 за 2020 рік і вип. 2 за 2021 рік, друк. 2022 року); Ноосфера Вернадського, сучасна освіта і наука: під час випробувань і надалі: колективна монографія. До 161-річчя від дня народження В. І. Вернадського; за наук. ред. В. В. Рибалки.

Т. 4. (співавтор, 2024). Психологія розвитку особистісної готовності педагогів до професійної діяльності: методичні рекомендації (2023). Науково-популярний щорічник Психопедагогіка і життя: редактор, автор, співавтор (2025). Вип. 3, 2022 рік; Вип. 4, 2023 рік; Вип. 5, 2024 рік; Метапсихологія серця: посібник (2026).

Доктор психологічних наук, професор,
Почесний академік НАПН України,
Рибалка В .В., грудень 2025 р.
valentyn.rybalka@gmail.com

Навчальне видання

Рибалка Валентин Васильович

МЕТАПСИХОЛОГІЯ СЕРЦЯ

Науково-методичний посібник

Літературне редагування — *Лопоносова Н. П.*

Комп'ютерне верстання — *Думанецька С.С.*

Дизайн обкладинки — *Стецькова А.С.*

Формат 60х84/16. Ум. друк. арк. 20,0.

Наклад 300 прим. Зам. № 0901-26

Видавець і виготовлювач ТОВ «Талком»

м. Київ, вул. Львівська, 23, тел./факс (044) 424-40-69, 424-56-26

E-mail: ukraine.vdk@ email.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4538 від 07.05.2013

