

## **ХРОНОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу нефроурологічних захворювань / І.І.Савенкова // Проблеми сучасної психології: [збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України] / [ред. кол.: С.Д.Максименко, Г.О.Балл, М.Й.Боришевський, О.М.Кокун, Л.Ф.Онуфрієва, Н.В.Чепелева, А.І.Шинкарук]. – Випуск 21. – 2014. – С.630-639. - ISSN 2227-6246.

Савенкова І.І.,  
доцент кафедри спеціальної психології,  
корекційної та інклюзивної освіти  
Київського університету імені Бориса Грінченка

## **ХРОНОПСИХОЛОГІЧНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ НЕФРОУРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Постановка проблеми дослідження.** Загальновизнаним є факт неухильного зростання числа хворих, які потребують тривалої (пожиттєвої) терапії гемодіалізом, перитонеальним діалізом або трансплантації нирок, - у всіх економічно розвинутих країнах чисельність хворих, які знову потрапляють на діаліз, значно переважає чисельність померлих, а загальна група пацієнтів, які отримують ниркову терапію, значно збільшується. Так, в Україні наприкінці 2011 р. на терапії знаходилось більше 372 тис. хворих, що у 2 рази перевищує показники 1991р. Більше того – прогнозується збільшення чисельності хворих на уремію протягом наступних десяти років щорічно на 6%, тому до 2020 р. вона складатиме більше 650 тис. людей [2].

Важливо також підкреслити, що неухильно збільшується середній вік хворих, які знаходяться на гемодіалізі; при цьому приблизно 1/3 хворих, що долучаються до програми терапії у віці 65 – 74 років, гинуть протягом першого року такого лікування від ішемічної хвороби серця, у тому числі 12% - від

інфаркту міокарда; у 20% хворих спостерігається атеросклеротичне ураження периферійних артерій, у 11% - цереброваскулярна енцефалопатія [2, с.12-13].

Усе це робить надзвичайно актуальним зосередження зусиль клініцистів та психологів на пошуку засобів та способів, використання яких дозволяє максимально збільшити час додіалізного періоду розвитку хронічної ниркової недостатності, тобто своєчасного прогнозування перебігу захворювань нирок та своєчасного попередження розвитку ниркової недостатності. У зв'язку із цим, зростає інтерес дослідників до вивчення механізмів прогресування ниркових хвороб, насамперед, хронічного гломерулонефриту, який разом із тубулоінтерстиціальним нефритом та амілоїдозом нерідко набуває значення вторинного ураження, що розвивається у межах певного хронічного системного або обмінно-ендокринного порушення.

Можливість своєчасного прогнозування перебігу нефропатій робить можливим попередження загострення цього порушення. На жаль, до цього часу у нефрології ще далеко не завжди вдається використати найбільш раціональний, етіологічний, принцип лікування, однак своєчасні та діючі медико-профілактичні заходи впливу можуть у ряді випадків суттєво змінити прогноз. Актуальність та невирішеність проблеми своєчасної діагностики хвороб нирок і спонукала нас до проведення хронопсихологічного дослідження.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Відповідно до даних наукової літератури [5; 6; 8], тип суб'єктивного сприйняття часу або часова спрямованість є одним із об'єктивних показників динамічних властивостей психіки індивіда, що відображає послідовний процес змін, які відбуваються з людиною протягом її життя. Отже, зміни, що відбуваються в організмі індивіда, як психічні, так і соматичні, тісно пов'язані з часовим аспектом.

Б.Цуканов наголошував, що життя індивіда від народження до смерті може бути розбито на ряд періодів [6]. Виділені багатодобові, багатомісячні та багатолітні цикли [3;5;9]. Вчений виокремив у житті людини поворотні пункти, тобто певний вік, в якому відбуваються «психологічні переломи» та назвав їх вузловими точками. Таким чином, дискретний відлік індивідуального часу

призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів життя людини проходить нерівномірно, тобто протягом життя чітко виділяються періоди, у середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх можливостей. Такі періоди отримали назву *великого біологічного циклу*. Його тривалість для середньостатистичного суб'єкта становить 7,65 року [6]. Міжіндивідуальний діапазон коливань у відповідності до значень « $\tau$ -типів» - від 6,5 до 9,5 років. Сьогодні ми з упевненістю говоримо про те, що в масштабі великих біологічних циклів відбувається віковий розвиток психіки, коливання успішності діяльності, загострення хронічних неінфекційних захворювань, а також психосоматичні кризи особистості [9].

Своєчасно проведена профілактика психосоматичного захворювання двічі на рік (весна – осінь) при використанні відпрацьованих схем диспансерного спостереження не запобігає загостренню хвороби в індивідів, які страждають на ці порушення. Медична практика автора показує, що, не зважаючи на проведені профілактичні заходи, у пацієнтів виникають загострення хвороби у різні пори року [4]. Це означає, що профілактичні заходи були проведені не своєчасно. Цю несвоєчасність попередження порушення ми пояснюємо тим, що медицина неспроможна передбачити загострення психосоматичного захворювання. На нашу думку, причина цього явища в медицині – це відсутність принципу індивідуального підходу у лікуванні та профілактиці захворювання, що вимагає комплексного врахування психологічних особливостей кожної особистості, який не випадково покладений у підґрунтя розв'язку важливої проблеми сучасної медицини – прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

Відсутність в науковій літературі трактувань таких понять, як «психосоматичний фактор часу», «психосоматична С-метрика» захворювань, пов'язаних із хронопсихологічним прогнозуванням перебігу психосоматичних захворювань, вимагала їхнього уточнення.

Ми звернулись до розгляду цієї проблеми з врахуванням тривалості біологічного циклу життя індивіда [6, с.134-166]. А саме, співвідношення тривалості біологічного циклу життя індивіда та періодичності загострення нефроурологічного захворювання.

На достатньо чітку вікову повторюваність при межових нервово-психічних розладах вказував ще О.Кербіков [3, с.134-140]. У дослідженнях Б.Цуканова [6] також виявлена виражена періодика прояву серцево-судинних розладів. Повторне загострення захворювання спостерігається і при інших психосоматичних порушеннях, що зумовлює хронізацію патологічного процесу. Так, у медицині вважається можливим загострення гломерулонефриту протягом п'яти років після перенесеного порушення. Це так званий період ремісії (затухання) хвороби. А відповіді на питання: чому саме має місце загострення хвороби і коли воно буде мати місце у окремого хворого, в медицині не існує.

У зв'язку з цим ми спробували шляхом аналізу наукових джерел та експериментального дослідження порівняти періодизацію онтогенетичного розвитку людини та періоди загострення психосоматичних захворювань.

Загалом, багато дослідників наводять вікову періодизацію онтогенетичного розвитку людини та виділяють певні цикли та фази соматичного, статевого, нервово-психічного, інтелектуального дозрівання. Це ми знаходимо у працях Г.Грімма, який розглядає питання конституційної біології та антропометрії; І.Кона, який вивчав психологію старшокласників, J. Birren [9] - у віковій психології; R. Brun [10, с.263-268] - у психології людського віку. Б.Ананьєв вказує, що ці цикли та фази розвитку „є характеристики часові” [1, с.186] і вони не можуть бути незалежними від ходу центральних годин індивіда. Враховуючи безперервність ходу центральних годин, Б.Цуканов [6] висунув припущення, що передаточне число 1:4 зберігається у індивідів, які знаходяться в діапазоні  $0,8c \leq \tau \leq 1,0c$  при переживанні ними багатодобових, багатомісячних та багаторічних циклів. Спираючись на ряд досліджень [5; 6; 8], Б.Цуканов припускає, що

передаточне число залишається незмінним незалежно від того, знаходиться індивід у стані бадьорості чи у стані сну. У межах цих періодів у деяких людей при переході від денної зміни у нічну спостерігається поступова інверсія температурних кривих циркадіанного циклу. Це відмічають у своїх працях С.Шноль [7] та П.Фресс [5]. В дослідженнях Б.Цуканова [6, с.151] виявлено, що у індивідів із гіпертонічною тенденцією через періоди  $T_{n=3}$  спостерігається різкий стрибок артеріального тиску. На думку вченого, різкий перепад артеріального тиску, що співпадає з періодом  $T_{n=3}$ , можна розглядати як своєрідну позначку моменту „кінець-початок” багатодобового циклу у часі, що переживається суб'єктом.

Для „середньогрупового суб'єкта:

$T_{n=5} = 1,92$  роки = 2 роки, тобто отриманий дворічний цикл, який виділили Хельбрюгге, J.Birren [9, с.96-98].

При  $n = 6$   $T_{n=6} = 8,51\tau$  (років).

Цей період був названий Б.Цукановим [6, с.153] великим біологічним циклом.

Періодизації індивідуального розвитку базуються на тому, що у природознавстві, психології, медицині, педагогіці накопичений „величезний фонд знань про нерівномірність та гетерохронність росту і диференціювання тканин, кісткової та м'язової системи, різних залоз внутрішньої секреції, головних відділів ЦНС... У деталях відомі явища гетерохронності загальносоматичного, статевого та нервово-психічного дозрівання” [10, с.66]. Якщо життя індивіда складається з ряду циклів, що змінюють один одного, то чи не проявиться великий біологічний цикл у періодах загострення, ремісії (затухання) та реконвалесценції (видужання) психосоматичних захворювань? Шляхом тривалих спостережень гетерохронних змін в онтогенезі Б.Ананьєвим встановлено [1, с.76], що процеси соматичного, статевого та нервово-психічного дозрівання протікають прискорено, а процеси зрілості та старіння уповільнюються. Виходячи з величини  $C$  (великого біологічного циклу), Б.Цуканов показав, що період немовляти продовжується  $\frac{1}{4} C$  [6]. Для

досягнення початку періоду дитинства необхідно прожити  $\frac{3}{4} C$ . До початку періоду статевого дозрівання необхідно прожити половину другого великого біологічного циклу, зрілість продовжується  $3 \frac{1}{4} C$ , а пізня зрілість триває  $3 \frac{1}{2} C$  відповідно до вікової періодизації Біррена [9, с.110].

У наших попередніх дослідженнях було доведено, що в межах  $0,86c \leq \tau \leq 0,94c$  здебільшого локалізуються групи індивідів, у яких переважають нефроурологічні захворювання. Отримані результати дослідження дозволили встановити систему взаємозв'язку і взаємозалежності прояву психосоматичних захворювань від хронопсихологічних особливостей суб'єкта, зокрема, його часових параметрів при соматичних порушеннях. Так як ці порушення належать до типу «психосоматичні захворювання» [4; 9; 10], то ми статистично обробили вікові дані хворих на уронефрологічні захворювання.

Для пояснення гетерохронності періодичності захворювань у людей, які страждають на хронічні захворювання нефроурологічної системи, було висунуто *припущення*, що їх початок співпадає або з кінцем тривалого великого біологічного циклу, або з кінцем його тривалої чверті. Для кожної групи хворих розраховувався середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання, у значенні великого біологічного циклу та переведений у роки.

**Мета дослідження** – проаналізувати періодичність загострення захворювань нефроурологічної системи в онтогенетичній розгортці з урахуванням тривалості біологічного циклу життя індивіда.

Ми поставили **завдання**: дослідити прояв „С-метрики” на прикладі нефроурологічних розладів у різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції та ремісії).

**Аналіз результатів дослідження.** За законом переживання власного часу суб'єктом [6, с.153], великий біологічний цикл індивіда визначається за формулою:

$$C = 8,5\tau \text{ (років)}$$

де  $\tau$  – власна одиниця часу індивіда. Ця одиниця виконує роль „кроку”,

яким вимірюється плин часу життя кожного індивіда з моменту народження.

Перевірка припущення проводилась у терапевтичному та поліклінічному відділеннях Первомайської ЦМБЛ. Нами було обстежено 1824 пацієнти (чоловіки та жінки) із хронічними захворюваннями нирок та сечовивідних шляхів у віці від 19 до 53 років. Із них на хронічний гломерулонефрит страждало 234 хворих, хронічний пієлонефрит – 376 хворих, дизметаболічні нефропатії – 124 хворі, ниркову недостатність – 252 хворих, енурез – 838 хворих.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених хворих на хронічний гломерулонефрит у період загострення хвороби, зведені у таблицю 1.

Порівняння розрахункових та статистичних років показує, що у „середньогрупових хворих” *хронічний гломерулонефрит* починається у віці, який визначається через ціле чи дробове число прожитих великих біологічних циклів, а загострення хвороб співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті.

Таблиця 1

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення  
гломерулонефриту

Група	„ $\tau$ -тип” (в сек.)	C	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	$\sigma$	t
Чоловіки (134інд.)	$0,86 \leq \tau \leq 0,88$	7,3	5C	7C	9C	36-51-65	1,7	0,01
			36,5	51,1	65,7			
Жінки (132інд.)	$0,86 < \tau \leq 0,87$	7,4	4C	6½C	8C	29-48-59	1,4	
			29,6	48,1	59,2			
Чоловіки (130інд.)	$0,89 \leq \tau \leq 0,91$	7,6	7C	7¾C	8½C	53-58-64	1,2	
			53,2	58,9	64,6			
Жінки (135інд.)	$0,89 < \tau \leq 0,90$	7,7	7¼C	8C	9¾C	55-61-75	1,1	
			55,8	61,6	75,1			
Чоловіки (131інд.)	$0,92 \leq \tau \leq 0,94$	7,8	4¾C	6C	7¼C	37-46-56	1,3	
			37,1	46,8	56,6			
Жінки (130інд.)	$0,92 < \tau \leq 0,93$	7,9	6C	6½C	7C	47-51-55	1,1	
			47,4	51,4	55,3			

Порівняння розрахункових та статистичних періодів показує, що у „середньогрупових хворих” *хронічний пієлонефрит* починається у віці, який визначається через дробове число прожитих великих біологічних циклів, а

загострення хвороб співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті (табл.2).

Таблиця 2

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення  
пієлонефриту

Група	„ $\tau$ -тип” (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	$\sigma$	t
			3С	4С	5С			
Чоловіки (129інд.)	$0,86 \leq \tau \leq 0,88$	7,4	3С	4С	5С	22-29-37	1,6	0,01
			22,2	29,6	37			
Жінки (132інд.)	$0,86 \leq \tau < 0,87$	7,3	4С	5½С	7С	29-40-51	1,3	
			29,6	40,2	51,1			
Чоловіки (131інд.)	$0,89 \leq \tau \leq 0,91$	7,7	7С	7¾С	8½С	53-59-65	1,3	
			53,9	59,7	65,5			
Жінки (134інд.)	$0,89 \leq \tau < 0,90$	7,5	7¼С	8С	9¾С	54-60-73	1,1	
			54,4	60	73,1			
Чоловіки (131інд.)	$0,92 \leq \tau \leq 0,93$	7,9	4¾С	6С	7¼С	37-47-57	1,7	
			37,5	47,4	57,2			
Жінки (135інд.)	$0,92 \leq \tau < 0,93$	7,8	6С	6½С	7С	46-50-54	1,3	
			46,8	50,7	54,6			

Виходячи з даних періодів загострення захворювання, лікар може спрогнозувати та своєчасно провести профілактику захворювання, таким чином, попереджуючи загострення цієї хвороби у кожного окремого хворого.

**Висновки.**

Результати проведеного нами обстеження переконують, що у різних індивідів їх домінантна хвороба проявляється з певною „С-періодичністю”.

Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей.

Простежуючи „С-періодичність” захворювань, можна сказати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними. Саме у цих точках спостерігається загострення симптоматики нефроурологічних захворювань. А чому саме у цих точках відбувається загострення хвороби? Відповідь на поставлене запитання знаходимо у



припущенні Б.Цуканова, що природа темпераменту пов'язана з біоенергетичними процесами в організмі індивіда і будь-який біоенергетичний цикл має розгортку на „стрілі внутрішнього часу” організму, в якому початок та кінець циклу рознесені на тривалість його періоду. За період, який закінчився, в організмі проходить ряд внутрішніх змін, які призводять до зовнішніх змін фізіологічного та психологічного характеру.

Виходячи із циклоїдної моделі „ковзаючих колес” переживання часу, можна дати відповідь на питання про початок нефроурологічних хвороб. Арка циклоїда згідно схеми Б.Цуканова відображає повний оберт „колеса” біологічного циклу. Якщо площі під аркою надати зміст біоенергетичного потенціалу індивіда, як пропонував Ю.Кривоногов у своїх дослідженнях, то початок нефроурологічних захворювань буде співпадати з кінцем біологічного циклу або з кінцем його тривалої чверті, тобто з окремими віковими точками життя, в яких потенціал досягає мінімуму.

Для більшості обстежених хворих на психосоматичні захворювання загальним є те, що клінічні прояви хвороби не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів та й з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю  $\frac{1}{4}C$ ,  $\frac{1}{2}C$ ,  $\frac{1}{16}C$ ,  $\frac{3}{4}C$  в залежності від належності до типологічної групи. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.

Таким чином, дискретний відлік індивідуального часу призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів життя людини проходить нерівномірно, тобто протягом життя чітко виділяються періоди, у середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх можливостей.

### **Література.**

1. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды / Б.Г. Ананьев. – М.: Педагогика, 1980. – Т.1. – 342с.
2. Здоровье // Ежемесячник. - 2011. - № 5. - С. 118-123.

3. Кербиков А.В. О востриятии времени: [избранные труды]. / А.В. Кербиков. - М.: Высшая школа, 1971. – 321с.
4. Савенкова І.І. Диференціація часових характеристик у суб'єктів із нефрологічними порушеннями / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України] / за ред. акад. В.О.Моляко. – К., 2009. – Т.12. – Випуск 6. – С.267-274.
5. Фресс П. Приспособление человека к времени: [Монография] / П. Фресс; [пер. с англ. А.Андриенко]. – М.: Прогресс, 1961. – 342с.
6. Цуканов Б.Й. Время в психике человека: [Монография] / Б.Й. Цуканов. – Одесса: Астропринт, 2000. – 198с.
7. Шноль С.Э. Предисловие к русскому изданию // Биологические часы / С.Э. Шноль. – М.: Мир, 1964. – С. 5-10.
8. Элькин Д.Г. Восприятие времени / Д.Г.Элькин – М.: АПН РСФСР, 1962.- 246с.
9. Birren J.E. The psychology of ageing / J.E. Birren. – New Jersey, 1964. - 113 p.
10. Brun R. Traite general des nevroses / R. Brun. - Paris, 1956. - 476 p.

Савенкова И.И.,  
доцент кафедры специальной психологии,  
коррекционного и инклюзивного образования

## **ХРОНОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

В статье представлены результаты исследования проявлений «С-метрики» на примере нефроурологических расстройств в разные периоды болезни.

Экспериментально доказано, что обострения заболевания совпадают или с концом текущего большого биологического цикла, или с концом его текущей четверти. Результаты исследования убеждают, что у разных индивидов их «предпочитаемая» болезнь проявляется с определенной «С-периодичностью», когда организм находится в минимуме своих возможностей.

**Ключевые слова:** нефроурологические заболевания, хронопсихологическое прогнозирование, С-метрика, большой биологический цикл жизни человека.

Savenkova I.,  
Associate Professor of Applied Psychology  
Kyiv University named after B. Grinchenka

## **HRONOPSIHOLOGICHESKOE PROGNOSIS OF NEFROUROLOGICHESKIH DISEASES**

The results of the study manifestations of the "C-metric" for example nefrourologicheskikh disorders in different periods of the disease. Experimentally proved that the acute illness or coincide with the end of the current large biological cycle, or to the end of its current quarter. Results of the study are convinced that different individuals of their "preferred" the disease manifests itself with a certain "C-frequency" when the body is at a minimum of its features.

**Keywords:** nefrourologicheskie disease hronopsihologicheskoe forecasting, P-metric, a large biological cycle of life.

Савенкова І.І.,  
доцент кафедри спеціальної психології,  
корекційної та інклюзивної освіти  
Київського університету імені Бориса Грінченка

## **ХРОНОПСИХОЛОГІЧНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ НЕФРОУРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

У статті представлені результати дослідження прояву «С-метрики» на прикладі нефроурологічних розладів у різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції та ремісії).

Експериментально доведено, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей.

Простежуючи „С-періодичність” захворювань, можна сказати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними.

Результати дослідження переконують, що для більшості обстежених хворих на психосоматичні захворювання загальним є те, що клінічні прояви хвороби не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів та й з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю  $\frac{1}{4}C$ ,  $\frac{1}{2}C$ ,  $\frac{1}{16}C$ ,  $\frac{3}{4}C$  в залежності від належності до типологічної групи. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.

Таким чином, дискретний відлік індивідуального часу призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів життя людини проходить нерівномірно, тобто протягом життя чітко виділяються періоди, у середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх можливостей.

Отримані результати дослідження дозволили встановити систему взаємозв'язку і взаємозалежності прояву психосоматичних захворювань від хронопсихологічних особливостей суб'єкта, зокрема, його часових параметрів при нефроурологічних порушеннях.