

ХРОНОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ТИП: Монографія

Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих: [Монографія] / Ірина Іванівна Савенкова. – К.: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. – 320с.

В монографіи изложены теоретико-методологические и практические основы психосоматического подхода в диагностике, коррекции и профилактике психосоматических заболеваний, который основан на хронопсихологическом прогнозировании течения этих нарушений.

Ключевые слова: типологическая группа, хронотип, временная направленность субъекта, амбиверт, биологический цикл жизни индивида, точки бифуркации, субъективная выраженность боли, хронопсихологическое прогнозирование.

У монографії викладені теоретико-методологічні та практичні основи психосоматичного підходу щодо діагностики, корекції та профілактики психосоматичних захворювань, який здійснюється на хронопсихологічному прогнозуванні перебігу цих порушення.

Ключові слова: хронотип, хронопсихологічне прогнозування, часова спрямованість суб'єкта, амбіверт, біологічний цикл життя індивіда, точки біфуркації, суб'єктивна виразність болю.

The theoretical and practical concept of chronopsychological prognosis of the course of diseases in psychosomatic patients is justified there. The practical development of the overall algorithm of psychosomatics prediction, the course of disease and the treatment effectiveness is made there.

Key words: typological group, hronotype, temporal orientation of the subject, ambivert, biological life cycle of the individual, bifurcation point, subjective severity of pain, chronopsychological prognosis.

**Київський університет імені Бориса Грінченка
Інститут людини**

І.І.САВЕНКОВА

**ХРОНОПСИХОЛОГІЧНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ
ЗАХВОРЮВАНЬ У ПСИХСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ**

МОНОГРАФІЯ

Київ – 2014

УДК 612.821.1
ББК 88.481Я73
С 12

Рекомендовано до друку Вченою радою
Київського університету імені Бориса Грінченка
(Протокол № 3 від 28.03.2013р.)

Автор:

Савенкова І.І., кандидат психологічних наук

Рецензенти:

Малхазов О.Р., головний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології
Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України, доктор психологічних наук, професор
Лозова О.М., завідувач кафедри практичної психології Київського університету імені Бориса
Грінченка, доктор психологічних наук, професор

С 12 Савенкова І.І.

Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних

хворих: [монографія] / Ірина Іванівна Савенкова. – К.: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. – 320с.
ISDN 978-966-7548-89-6.

У монографії викладені теоретико-методологічні та практичні основи психосоматичного підходу щодо діагностики, корекції та профілактики психосоматичних захворювань, який здійснюється на хронопсихологічному прогнозуванні перебігу цих порушень.

УДК 612.821.1
ББК 88.481Я73

ISBN 978-966-7548-89-6

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	6
Глава 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ	
ХРОНОПСИХОЛОГІЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ	
ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
17	17
1.1. Психосоматичні взаємини в патології.....	17
1.1.1. Класифікація психосоматичних розладів та психологічний портрет хворих.....	23
1.1.2. Аналіз теорій та моделей виникнення психосоматичних захворювань.....	25
1.2. Психолого-часові передумови прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.....	43
1.3. Концепція хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.....	55
Висновки до розділу 1.....	80
Глава 2. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	
ХРОНОПСИХОЛОГІЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ	
ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ	
ЗАХВОРЮВАНЬ	
85	85
2.1. Загальний зміст хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.....	85
2.2. Принципи та зміст алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.....	88
2.3. Клінічні методи прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.....	95
2.4. Діагностична бесіда.....	97
2.5. Психологічні методи прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.....	102
2.5.1. Принципи вибору і застосування дослідницьких методів та їх	

класифікація.....	104
2.5.2. Методи емпіричного дослідження психічного стану хворих на соматичні порушення.....	107
2.6. Загальна характеристика методу дослідження суб'єктивного сприйняття часу.....	121
2.7. Методика хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.....	124
2.8. Практичне обґрунтування концепції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.....	130
Висновки до розділу 2.....	135
Глава 3. ПСИХОЛОГО-ЧАСОВІ ІНДИКАТОРИ ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	137
3.1. Локалізація кардіологічних симптомів у типологічних групах.....	138
3.2. Локалізація гастроентерологічних симптомів у типологічних групах.....	152
3.3. Локалізація уронефрологічних симптомів у типологічних групах.....	162
3.4. Локалізація пульмонологічних симптомів у типологічних групах.....	176
3.5. Локалізація симптомів невротичних розладів.....	180
3.6. Суб'єктивна виразність болю у типологічних групах.....	190
Висновки до розділу 3.....	199
Глава 4. ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ХРОНОТИП ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОНТОГЕНЕТИЧНІЙ РОЗГОРТЦІ.....	208
4.1. Хронопсихологічний прогноз перебігу кардіологічних захворювань.....	211
4.2. Хронопсихологічний прогноз перебігу пульмонологічних захворювань.....	218
4.3. Хронопсихологічний прогноз перебігу уронефрологічних захворювань.....	222
4.4. Хронопсихологічний прогноз перебігу гастроентерологічних захворювань.....	230

4.5. Хронопсихологічний прогноз перебігу невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів.....	233
4.6. Суб'єктивна виразність болю та тривалість біологічного циклу життя індивіда.....	238
Висновки до розділу 4.....	252
Глава 5. «ХРОНОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ОСОБИСТОСТІ»	
ХВОРИХ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	255
5.1. Психологічне прогнозування перебігу психосоматичних захворювань у типологічних групах спектру «хронотипів».....	256
5.1.1. Прогностичні показники прояву реактивної та особистісної тривожності.....	257
5.1.2. Прогностичні показники форми прояву агресії.....	260
5.1.3. Прогностичні показники прояву депресивних станів.....	269
5.1.4. Прогностичні показники визначення психологічної характеристики темпераменту.....	278
5.1.5. Прогностичні показники форми прояву локусу суб'єктивного контролю.....	283
5.1.6. Прогностичні показники прояву типу поведінки у конфлікті.....	286
5.1.7. Прогностичні показники оцінки властивостей особистості.....	290
5.2. «Хронопсихологічний портрет» хворих на психосоматичні захворювання.....	291
5.2.1. «Хронопсихологічний портрет» хворих на кардіологічні порушення	293
5.2.2. «Хронопсихологічний портрет» хворих на гастроентерологічні порушення.....	300
5.2.3. «Хронопсихологічний портрет» хворих на уронефрологічні порушення.....	311
Висновки до розділу 5.....	313
Глава 6. СИСТЕМА ЗАХОДІВ МЕДИКО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ	
РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ТА ПРОГРАМА	
ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ СОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ.....	317

6.1. Загальний зміст медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих.....	317
6.2. Підвищення ефективності фізіотерапії шляхом диференціації часових характеристик у суб'єктів із соматичними порушеннями.....	326
6.3. Зміст заходів медико-психологічної реабілітації хворих та психопрофілактики психосоматичних захворювань.....	336
Висновки до розділу 6.....	351
ПІСЛЯМОВА.....	358
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	369
ДОДАТКИ.....	417

ПЕРЕДМОВА

В останній час особливо актуальною стала необхідність комплексного підходу до прогнозування перебігу психосоматичних захворювань. Їх дослідження має велике соціальне значення, оскільки дозволяє вирішити важливе завдання сучасного суспільства, пов'язане зі зміцненням здоров'я нації, у першу чергу, її працездатної частини, що є запорукою відповідального вирішення багатьох соціально-економічних і політичних проблем українського суспільства.

Сучасні культурні, економічні і соціальні трансформації вимагають від людини надзвичайної мобілізації когнітивних, емоційних і особистісних ресурсів, постійної готовності вирішувати життєві проблеми, що виникають. Хронічне перенапруження і внутрішня психологічна реактивність - повсякденний стан сучасної людини, що виступає причиною значного зростання кількості психосоматичних захворювань, етіологія яких тісно пов'язана з особливостями психологічної сфери людського індивіда. За сучасними даними, психосоматичні розлади в індустріальних країнах поширені серед 40 - 50 % населення і цей показник є досить стабільним [400].

Складність феноменів, що досліджуються, довели необґрунтованість спрощених причинно-наслідкових пояснювальних моделей психосоматичних розладів. Об'єктивне дослідження механізмів їх прогнозування можливе лише з урахуванням багатовимірності досліджуваних явищ.

Психосоматичне захворювання є властивістю людського організму як системи, його неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми - психічної або соматичної. Тільки взаємодія між цими підсистемами і навколишнім середовищем може призвести до нового стану організму, який визначається як *психосоматичне захворювання*. І тільки розуміння цих зв'язків може дати можливість ефективно впливати на його виникнення.

Зміни, що відбуваються в організмі людини, як психічні, так і соматичні, тісно пов'язані з часовим аспектом. Відповідно до даних наукової літератури (П.Фресс [395], Н.Чуприкова [426], Л.Митіна [426], Д.Елькін [435]), тип суб'єктивного сприймання часу або часова спрямованість є одним із об'єктивних показників динамічних властивостей психіки, що відображає послідовний процес змін, які відбуваються з людиною протягом її життя.

Життя індивіда від народження до смерті має циклічну будову (Л.Виготський [96], П.Фресс [395]). Сучасні науковці виділяють багатодобові, багатомісячні та багатолітні цикли у житті людського індивіда (Ю.Ашофф [34], Е.Бюннінг [78], С.Шноль [430], А.Емме [441], А.Уінфрі [389], Л.Купріянович [188], Б.Цуканов [415]), виокремлюють поворотні пункти (так звані вузлові точки) як певний вік, в якому відбуваються «психологічні злами» (Ю.Молчанов [235], В.Русалов [288], С.Бондаревич [61]). Дискретний відлік індивідуального часу людьми призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів їх життя проходить нерівномірно. Протягом життя чітко виділяються періоди, в середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх можливостей. В масштабі періодів *великого біологічного циклу* (Б.Цуканов [416]) відбувається віковий розвиток психіки, коливання успішності діяльності, загострення хронічних неінфекційних захворювань, а також психосоматичні кризи особистості (Б.Цуканов [415], О.Малхазов [218], В.Плохих [263], О.Полунін [264], З.Кіреєва [160], С.Бондаревич [61]).

Аналіз наукової літератури з проблеми дослідження показав, що науково-психологічне вивчення взаємозв'язку і взаємозалежності соматичних порушень та темпоральних параметрів життєвого циклу людини (на прикладі аналізу динаміки психосоматичних захворювань людського індивіда з урахуванням індивідуально-типологічних особливостей його психіки) все ще залишається поза увагою дослідників.

Відкритими в окресленому проблемному полі залишаються і питання прояву психосоматичних захворювань кожної окремої нозологічної форми хвороби у типологічній групі хронотипу та психопрофілактики цих розладів. Медична практика показує, що при використанні напрацьованих схем диспансерного спостереження, навіть своєчасно проведена профілактика психосоматичного захворювання двічі на рік (весна – осінь) не запобігає загостренню хвороби у пацієнтів, які страждають на такі порушення.

Загострення хвороби виникають у них у різні пори року, не зважаючи на проведені профілактичні заходи. Це означає, що сучасна медицина неспроможна своєчасно передбачити загострення психосоматичного захворювання. На думку автора, причина цього явища – відсутність індивідуального психосоматичного 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.

Зважаючи на сказане, актуальним можна вважати розробку алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, а відповідно, і психопрофілактики цих порушень.

Глава 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ХРОНОПСИХОЛОГІЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1.1. Психосоматичні взаємини в патології

Психосоматичними прийнято вважати розлади функцій органів і систем, в походженні і перебігу яких провідна роль належить впливу психотравмуючих чинників (стрес, різного роду конфлікти, кризові стани і т. д.) [4, с.123].

Більшість сучасних дослідників виділяють *психосоматичні реакції* і *психосоматичні захворювання* [9;12;16;32;44]. Перші по суті ще не є точно окресленою патологією і зустрічаються у здорових людей як поодинокі, ізольовані реакції організму на ті чи інші стресові моменти. Прикладом цих реакцій є почастішання сечовипускання і діареї у студентів перед важкими іспитами. У той же час за певних умов ці поодинокі психосоматичні реакції можуть стати початком психосоматичного захворювання.

Психосоматичні захворювання (від грец. ψυχή - душа і грец. σωμα - тіло) - група хворобливих станів, що з'являються в результаті взаємодії психічних і фізіологічних факторів [44, с.213]. Уявляють собою психічні розлади, що проявляються на фізіологічному рівні; фізіологічні розлади, що проявляються на психічному рівні; або фізіологічні патології, що розвиваються під впливом психогенних факторів.

Останнім часом стали виділяти «*класичні психосоматози*», в клінічній картині яких є органічне ураження тієї чи іншої системи (виразкова і гіпертонічна хвороба, неспецифічний виразковий коліт т.д.). Психосоматози, будучи за сутністю психогенними розладами, складають поряд з невротозами і психопатіями найбільшу питому вагу серед захворювань [62].

Спільним для всіх психосоматозів є гострий або поступовий початок, нерідко з невротичною депресією. Клінічна картина захворювання

представлена різноманітними соматичними скаргами і симптомами, за якими стоять виразні афективні розлади. Психічні порушення при психосоматозах в гострому періоді частіше обмежуються тривогою, реакціями паніки, депресією. Хронічний перебіг захворювання призводить до появи виразних неврозоподібних і, частіше, психопатоподібних розладів [16].

До психосоматичних розладів схильні, хоча й різною мірою, всі вікові групи популяції, включаючи дитячий і підлітковий вік. У дітей психосоматична патологія виражається головним чином окремими симптомами у вигляді різноманітних психосоматичних реакцій. Ці реакції деколи не відрізняються від невротичних, зазвичай нетривалі і зникають при ліквідації психотравмуючої для дитини ситуації.

У найбільш поширеному трактуванні для психосоматичних розладів характерним є знання значущості психологічних факторів як у виникненні, так і в зумовленості ними посилення або послаблення соматичного (фізичного) страждання. Таким чином, *критерієм віднесення наявного фізичного захворювання до психосоматичних* є наявність психологічно значущих подразників з навколишнього середовища, які в часі пов'язані з виникненням або загостренням даного фізичного порушення. Таке розуміння психосоматичних розладів вважається широким, так як до них відносять всі порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення і розвиток яких тісно пов'язано з нервово-психічними чинниками, переживанням гострої або хронічної психологічної травми або зі специфічними особливостями особистісно-емоційного реагування людини на навколишнє [83].

З часом сформувалися чотири підходи до вивчення психосоматичних відношень:

- підхід етіологічний (aetioloqical trait approach) постулює положення, що у людей із певними особистісними характеристиками існують специфічні хвороби, тобто причиною їх виникнення є сам суб'єкт;

- другий підхід (stress moderators) пов'язаний із вивченням особистісних особливостей, що посилюють або зменшують вплив стресу. Його зміст складається із того, що особистісні особливості лише опосередковують вплив зовнішньої причини хвороби, загальної для усіх людей;

- третій підхід спрямований на вивчення ставлення людини до хвороби у зв'язку із її особистісними особливостями. Вважають, що останні впливають на сприйняття людиною її власного здоров'я та вірогідність звернення за медичною допомогою;

- четвертий підхід – вивчення того, як одні і ті самі терапевтичні засоби впливають на людей із різною типологією. Наприклад, у дослідженнях Є.Ільїна із співавторами доведено, що реакція на вживання гіпертоніками разової дози препарату, який ними використовувався, залежить від сили – слабкості нервової системи. У тих хворих, хто відрізнявся її силою, відбувається погіршення функціонального стану, а у хворих зі слабкою нервовою системою – покращення. При оцінці ефективності лікування людей зі слабкою нервовою системою позитивний ефект був отриманий у 72% випадків, а у хворих із сильною нервовою системою – тільки у 21% випадків. Не було ефекту від лікування відповідно у 20 та 53% [141, с.78].

Ці підходи потребують детального аналізу щодо вирішення проблеми своєчасного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань та ефективності лікування цих порушень.

Психосоматичний підхід починається тоді, коли пацієнт перестає бути тільки носієм хворого органу і розглядається *цілісно*. Тоді психосоматичний напрям можна розглядати і як можливість «зцілення» від деперсоналізованої медицини.

Патогенез психосоматичних розладів надзвичайно складний і визначається:

- неспецифічною спадковою та вродженою обтяженістю соматичними порушеннями і дефектами [83];
- спадковим нахилом до психосоматичних розладів [100];
- нейродинамічними зрушеннями (порушеннями діяльності ЦНС) [68];
- особистісними особливостями [104];
- психічним і фізичним станом під час дії психотравмуючих подій [107];
- фоном несприятливих сімейних та інших соціальних факторів [115];
- особливостями психотравмуючих подій [116].

Перераховані фактори не тільки беруть участь в походженні психосоматичних розладів, але і роблять індивіда вразливим до психоемоційних стресів, ускладнюють психологічний і біологічний захист, полегшують виникнення і обтяжують перебіг соматичних порушень.

Емоційна реакція, що виражається у формі туги і постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринних змін і характерному відчутті страху, є єднальною ланкою між психологічною і соматичною сферами. Повний розвиток почуття страху відповідає захисним фізіологічним механізмам, але зазвичай воно лише зменшує, а не усуває повністю ці фізіологічні явища і їх патогенну дію. Цей процес можна розглядати як гальмування, тобто стан, коли психомоторні і словесні вирази тривоги або ворожих почуттів блокуються таким чином, що стимули, що надходять з ЦНС, відводяться до соматичних структур через вегетативну нервову систему і, таким чином, призводять до патологічних змін в різних системах органів [85].

За наявності емоційного переживання, яке не блокується психологічним захистом, а, соматизуючись, вражає відповідну йому систему органів, функціональний етап ураження переростає в деструктивно-морфологічні зміни в соматичній системі, відбувається генералізація психосоматичного захворювання. Таким чином, *психічний фактор* виступає як *вражаючий*.

Проведений теоретичний аналіз патогенезу психосоматичних порушень дає змогу прийти до висновку, що до *психосоматичних захворювань* відносять ті порушення здоров'я, етіопатогенез яких - *істинна соматизація*

переживань, тобто соматизація без психологічного захисту, коли при захисті душевної рівноваги пошкоджується тілесне здоров'я.

Загалом у сучасній психосоматиці розрізняють *схильність* до захворювання та *фактори*, що розв'язують та затримують розвиток хвороби. *Схильність* – це уроджена, або при певних умовах і набута готовність, яка впливає у форму можливого органічного або невротичного захворювання.

Поштовхом до розвитку такого захворювання є важкі життєві ситуації. Якщо маніфестують невротичні або соматичні захворювання, то вони розвиваються за власними закономірностями, які, однак, тісно пов'язані з факторами навколишнього середовища [84].

У будь-якому випадку для діагностики, як психосоматичного, так і невротичного захворювання, необхідне розуміння ситуаційного характеру його походження. Констатація наявності психосоматичних порушень не призводить до заперечення основного діагнозу. Якщо сьогодні говорять про психосоматичні, біопсихосоціальні захворювання, то це лише вказує на зв'язок *схильність - особистість - ситуація*. Але залишається відкритим питання - чи можливо передбачити (*спрогнозувати*) схильність людини до психосоматичних захворювань?

Особистість, що знаходиться в гармонійних відносинах зі своїм середовищем, може перенести екстремальні соматичні та психічні навантаження, уникнувши хвороби. Однак у житті зустрічаються особистісні проблеми, які викликають настільки обтяжливу фіксацію і душевний розлад, що в певних життєвих ситуаціях призводять до негативних емоцій і невпевненості в собі. Саме в складних ситуаціях психосоматичні пацієнти, що проявляють емоційну пригніченість, не можуть правильно оцінити і описати свій стан [100]. Таким чином, у сучасному розумінні *патогенезу психосоматичних захворювань* визнається *багатофакторність* в поясненні їх природи.

Співвідношення соматичного та психічного, тобто вплив *схильності* і *середовища*; фактичний стан навколишнього середовища та його суб'єктивна переробка; фізіологічні, психічні та соціальні впливи в їх сукупності і взаємодоповненні - все це має значення в якості взаємодіючих між собою факторів психосоматичних захворювань.

Центром ваги психосоматичного страждання виявляється завжди орган, найбільш уразливий і важливий для життєдіяльності організму в переживанні індивіда. *«Вибір органу»* свідчить про переважну спрямованість захисно-приспосувальних механізмів, що викликають ефект ушкодження у міру наростання дезінтеграції в стресових ситуаціях. Але який саме орган буде найбільш вразливим в даній ситуації - залишається нез'ясованим?

Ініціатива у виборі органу належить завжди кірковим зв'язкам, що впливають на емоційні підкіркові апарати і програмують ступінь залучення тих чи інших органів у стресову ситуацію. Який саме ефекторний шлях виявиться переважаючим для виходу на периферію емоційного збудження, залежить, в кінцевому рахунку, від особливостей даної емоції, від особливостей *нервової конституції людини* і від всієї історії її життя. Питання прогнозування можливого ураження органу чи системи органів у процесі розвитку психосоматичного порушення залишається відкритим.

Таким чином, як найбільш суттєві теоретико-методологічні основи прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, ми в першому розділі розглянемо питання, пов'язані із аналізом теорій і моделей виникнення та розвитку психосоматичних захворювань, їх класифікацією, а також виокремленням психолого-часових передумов прогнозування перебігу цих розладів, як ключового питання визначення психологічних індикаторів психосоматичних порушень.

1.1.1. Класифікації психосоматичних розладів та психологічний портрет особистості хворих

Психосоматичні розлади можна розділити на кілька великих груп. Симптоми розрізняють за *патогенезом, проявом симптому* і за *функціональною структурою* психосоматичного зв'язку, що знаходить відображення в психосоматичних розладах:

1. *Конверсійні симптоми.* Людина несвідомо демонструє хворобливі симптоми, яких об'єктивно немає. Це часто спостерігається тоді, коли невротичний конфлікт отримує вторинну соматичну відповідь у вигляді демонстрації симптомів як спроби вирішення соціального конфлікту. Конверсійні прояви зачіпають довільну моторику і органи чуття (наприклад, істеричний параліч, парестезії («повзання мурашок»), психогенна сліпота і глухота, психогенна блювота, больові феномени).

2. *Функціональні синдроми.* Йдеться про функціональне порушення окремих органів або систем. Які-небудь патофізіологічні зміни в органах не виявляються. У хворого спостерігається строката картина невизначених скарг, які можуть торкатися серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, рухового апарату, органів дихання і сечостатевої системи (наприклад, парестезії, ком у горлі, неприємні відчуття у ділянці серця, нейроциркуляторна дистонія, функціональні розлади шлунку, пароксизмальні порушення серцевого ритму різного генезу і т. д.). Все це супроводжується внутрішнім неспокоєм, депресивними проявами, симптомами страху, порушенням сну, зниженням зосередженості і психічною втомою.

3. *Психосоматичні хвороби в більш вузькому сенсі.* В основі їх лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, що супроводжується змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що уражається.

Історично до цієї групи відносять класичні психосоматичні захворювання («holy seven» - «свята сімка»): *бронхіальну астму* [J45],

виразковий коліт [K51], *есенційну гіпертензію* [I10], нейродерміт, ревматоїдний артрит, *виразкову хворобу шлунка* [K25] і *дванадцятипалої кишки* [K26]. В даний час до цих захворювань ще відносять - *ішемічну хворобу серця* [I20], *функціональну аритмію* [I49.1], тиреотоксикоз [E05], цукровий діабет 2 типу [E10], ожиріння [E65], *невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади поведінки* [E40-E48], *хвороби сечостатевої системи* [N00- N33] [174, с.112].

Однак, виходячи з концепції зміни функціональної асиметрії мозку, яка супроводжується порушенням функцій фізіологічних систем, що мають часову функціональну асиметрію, як причини психосоматозів, пропонується додати до *психосоматичних захворювань* також радикуліти [M54.1], мігрень [G43], *закрепи* [K59], синдром роздратованого кишечника [K58], *дискінезію жовчного міхура* [K22.8], *хронічний панкреатит* [K85], *хронічний холецистит* [K85] і *функціональну діарею* [K59.1] [217]. До числа типових психосоматичних захворювань, особливо в країнах Північної Америки та Західної Європи, стали відносити нервову анорексію, нервову булімію, кардіоспазм і деякі форми психогенного ожиріння [174, с.132].

4. *Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки* - схильність до травм та інших видів саморуйнування поведінки (алкоголізм, наркоманія, тютюнопаління, переїдання з ожирінням та ін.) Ці розлади обумовлені певним ставленням, що впливає з особливостей особистості та її переживань, та призводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я. Наприклад, схильність до травм характерна для особистостей з властивостями, які протилежні точності, ретельності. Підвищене споживання їжі може розумітися як індикатор престижу, соціальної позиції або заміною, що компенсує невдоволення.

Ю.Губачев [115], Є.Стабровський [117] виділяють *ряд варіантів розвитку психосоматичних захворювань*, з яких слід особливо виділити наступні:

1. Ситуаційний (первинно-психогенний) варіант - на першому плані серед етіологічних факторів знаходиться настільки тривалий вплив психологічно несприятливих життєвих умов, що навіть розвинені можливості захисного резерву (особистісного та біологічного) не захищають від формування органічної патології з боку різних соматичних систем.

2. Особистісний варіант - головною умовою формування патології виступає психологічно деформована особистість, яка обумовлює зтяжний, гіпертрофований тип психологічного реагування, становлення хронічної емоційної напруги. До останнього варіанту можна віднести і розвиток хвороби через певні патологічні звички (переїдання, алкоголізм тощо), що мають особистісну обумовленість.

Таким чином, термін «психогенний» не можна однозначно застосовувати до психосоматичних захворювань. При психосоматичних захворюваннях психогенний фактор має місце, але в складному поєднанні з фізіологічними чинниками. Тільки поєднання особистісних особливостей з певними властивостями соматичних систем (конституція, спадковість, вік, стать, характер попередніх захворювань і певна дефектність регуляторних і виконавчих механізмів організму) роблять реальним становлення тієї чи іншої патологічної структури, яку ми називаємо *психосоматичним захворюванням*.

1.1.2. Аналіз теорій та моделей виникнення психосоматичних захворювань

Існує досить велика кількість теорій і моделей виникнення психосоматичних захворювань та способів їх класифікації. Наукова основа, на якій надалі розвивалися психосоматичні дослідження, була закладена

3. Фройдом [393, с.67], який створив *конверсійну модель*, згідно з якою защемлені емоції породжують конверсійні симптоми. Витіснені зі свідомості соціально неприйнятні інстинкти (агресивні, сексуальні),

приймаючи ту чи іншу символічну форму, породжують психосоматичні симптоми.

З історичної точки зору розвиток психоаналізу можна вважати однією із перших ознак протистояння однобічному аналітичному розвитку медицини в другій половині XIX сторіччя, вузько специфічному поглибленому вивченню деталей і нехтуванням того основного біологічного факту, що організм є єдине ціле і функціонування його може бути зрозумілим лише з точки зору цілісної відкритої системи в цілому.

Знаходячись під впливом ідей З.Фройда і У.Кенона, Ф.Александр разом зі своїми учнями розробили теорію «специфічного емоційного конфлікту», заклавши фундамент сучасної психосоматики [9]. Учений одним із перших розпочав ґрунтовні систематичні дослідження психосоматичних взаємин із психоаналітичної точки зору.

Функціонування нервової системи учений пояснює як спрямоване на збереження умов організму в незмінному стані (гомеостазі). Як бачимо, вчений розглядає роботу нервової системи під впливом вчення У. Кенона про гомеостаз [460]. При цьому він указує, що у випадку невротичних розладів вегетативних функцій така взаємодія порушується, а ці порушення можуть набувати різноманітних форм.

Отже, згідно з теорією «специфічного емоційного конфлікту» фізіологічні реакції на емоційні стимули, як нормальні, так і патологічні, залежать від природи емоційного стану. Вегетативні реакції на різноманітні емоційні стимули також залежать від типу емоцій. Автор теорії стверджує, що кожному емоційному стану властивий свій фізіологічний синдром. Наприклад, підвищений кров'яний тиск і підвищене частота серцевих скорочень - компоненти люті і страху. Посилена шлункова секреція може бути, на думку автора, регресивною реакцією на надзвичайну ситуацію.

Ф.Александр вказує, що питання залишається відкритим відносно того, наскільки специфічними є фізіологічні реакції на різні емоційні стимули [9,с.161-162].

Учений наголошував на мультипричинності і ситуативному варіюванні співвідношення психологічних і непсихологічних факторів у генезі психосоматичних розладів. Психолог зазначав, що етіологічне значення для захворювання можуть мати такі фактори, як: спадкова схильність, пологові травми, органічні захворювання раннього віку, що призводять до підвищеної чутливості певних органів, переживання негативного досвіду в дитинстві щодо тілесної травми, особливості виховання в ранньому дитинстві, переживання негативного емоційно-травматичного досвіду, емоційний клімат у сім'ї і характерні особистісні особливості батьків, нещодавні тілесні ушкодження, нещодавні емоційні переживання, що пов'язані з інтимними, особистими і професійними взаєминами. Лише при аналізі всіх цих категорій і їх взаємодії можна отримати повну етіологічну картину [10].

Практичне значення досліджень Ф. Александра полягає в тому, що якщо специфічні психологічні особливості характерні для певних захворювань, то це дає можливість ранньої діагностики соматичного ушкодження за психологічними ознаками пацієнта.

На цей час тривають пошуки корелятивів між специфічним емоційним конфліктом і соматичним розладом.

Ф. Александр один із перших застосував свою схему для пояснення цілого ряду соматичних захворювань. Так, гіпертонічна хвороба ним розглядається як наслідок тривалого стану напруження і готовності до дії (а, значить, і до активації симпатичної нервової системи) при неможливості самої дії. Незадоволена потреба в захисті призводить, на думку вченого, до активації парасимпатичної нервової системи і в результаті - до виразкової хвороби [9, с.112].

На цей час патогенез психосоматичних захворювань не зводиться лише до простих лінійних залежностей, адже чинники, що травмують психіку, - це лише один із безлічі факторів, що беруть участь у механізмах дистресу. Сучасні дослідження доводять, що психогенні чинники - не єдині обставини, від яких залежить розвиток психосоматичної патології, разом з тим вони є суттєвим фактором, з яким пов'язаний розвиток цього порушення.

До теорій даного напрямку відносяться також: модель відмови від віри в майбутнє Дж.Енгеля [480], концепція втрати об'єкта Х.Фрайбергера [487].

Характерологічноорієнтовані та темпераментальні теорії особистості намагались спрогнозувати перебіг психосоматичних захворювань.

У своїй роботі «Генега здійснення особистості» С.Максименко вказує, що «особистість — це форма існування психіки людини, яка є цілісністю, здатною до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції, та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ» [215, с. 40].

Вперше на це звернули увагу спочатку Гіппократ, а пізніше К.Гален, які вбачали певні залежності між темпераментом і хворобами [108]. Так склалося історично, що основна ідея Гіппократа про психосоматичну єдність як основний фактор темпераменту була вульгарно спотворена. Мова йде про те, що Гіппократ нібито розділив людей на чотири типи за переважаючою рідиною в організмі. А по суті Гіппократ, маючи величезний власний досвід спостереження за хворими, виділив чотири типи темпераменту за «переважаючими» хворобами. Згідно з Гіппократом, холерики мають хвороби, протилежні флегматикам. Ось чому в схемі Гіппократа ці типи є протилежними. Далі Гіппократ підкреслює, що хоча сангвінікам притаманні свої хвороби, але за проявом протікання вони близькі до холериків. Перебіг захворювань у меланхоліків схожий до

виявів хвороби у флегматиків. Так з'явилася лінійна схема типів темпераменту Гіппократа. Він вважав, що типові «переважаючі» хвороби зумовлені складом психіки індивіда. Але, як матеріаліст за світоглядом, Гіппократ говорив, що психічний склад індивіда залежить від переважання одного з чотирьох соків (матеріальна основа) в його організмі. З іншого боку, за Гіппократом, домінування одного з чотирьох соків визначає «переважаючу» хворобу [108, с.45-46].

Зміст ідеї про існування чотирьох типів темпераменту зі своїми «переважаючими» хворобами полягає в тому, що ознаки того чи іншого захворювання в початкових формах можна виявити і у здорових індивідів цих груп задовго до прояву хвороби в клінічній формі.

У медицині - головній галузі прикладної біології людини, в міру поступового викорінення інфекційних захворювань все більшого значення набувають *конституціональні теорії*. Адже різні конституції і обумовлена ними різна опірність організму створюють лише підґрунтя для розвитку певних хвороб, якщо індивідуум потрапляє в конкретні умови. Правильно розпізнавши різні конституціональні типи і зрозумівши їх фізіологічні і психологічні відмінності, ми зможемо попередити певні захворювання.

На початку ХХ-го століття увагу дослідників привернула залежність прояву властивостей темпераменту від будови тіла. Одним із дослідників, який розробив конституційну теорію індивідуальних відмінностей, був німецький лікар Е.Кречмер. У своїй книзі «Будова тіла і характер» він намагався відстояти думку про те, що люди з певним типом будови тіла мають відповідні психічні особливості і схильність до конкретних психічних захворювань [180]. Учений виділив чотири конституційних типи:

1. Лептосоматик (leptos – дендітний, тонкий; soma – тіло).
2. Пікнік (pyknon – товстий).
3. Атлетик (athlon – боротьба).
4. Диспластик (dys – погано, plastos – сформований).

Кречмер також виділив ще один тип будови тіла, який назвав «невизначеним».

Спочатку здавалось, що Е.Кречмер передбачає наявність двох чи трьох типів конституцій і що розподілить всіх людей на цьому континуумі [180, с.113-114]. Але з'ясувалось, що дослідник розмірковує в межах того, що він спостерігає. По суті, він не виходить із якоїсь схеми чи системи, а із свого вміння бачити морфологію чи фізіогноміку. Зв'язок між будовою тіла і деякими психічними властивостями, а в крайньому випадку, - із психічними захворюваннями, Кречмер пояснював тим, що, як тип будови тіла, так і характер мають спільну обумовленість, а саме залежать від роботи ендокринної системи і пов'язаного з цим хімічного складу крові, тобто залежать від гормонального статусу.

Е.Кречмер зробив спробу провести статистичну кореляцію між конституцією і будовою тіла, як він це зробив стосовно будови тіла і психозів. Ученим також були проведені дослідження з виявлення особливостей темпу, способу сприйняття, моторики, спритності та емоційної чутливості за допомогою застосування психологічних тестів. Він знайшов статистичні кореляції, які збігалися з описом цих характеристик. Ученим було встановлено кореляції між типом будови тіла та фізіологічними функціями, реакцією на фармакологічні препарати, було знайдено зв'язки між будовою тіла і соматичною схильністю до хвороб (так, особи з лептосоматичною будовою тіла схильні до туберкульозу, пікніки - до артриту і діабету) [180, с.213].

Крім того, вчений намагався пояснити зв'язки всіх цих факторів в контексті генетики. Так перед ним відкривається картина єдності, тобто усі явища з області психопатології об'єднуються в єдине ціле. Навіть відносна цілісність особистості, що можлива лише в термінах психології, є елементом цієї всеосяжної живої цілісності.

Е.Кречмер намагався знайти якийсь центральний фактор, на якому можна було б сконструювати концепцію, що об'єднала б соматичне і

психічне, здорове і хворе; концепцію єдиної і всеосяжної конституції людини, яка знаходить себе навіть в самих малопомітних рисах характеру, як і у всіх соматичних функціях. Автором висовується ідея цілісності конституції і її варіацій у фундаментальних формах прояву людини. А тому в центрі уваги залишається будова тіла. Будова тіла, на думку вченого, - є об'єктивний елемент, в якому все пов'язується і з яким співвідноситься все інше. Таке уявлення відповідає вихідному положенню наукової антропології, згідно з якою конституція людини виявляється в її будові тіла [180, с.154].

Ідея конституції задумувалась ученим, як щось досяжне і конкретне. Наприклад, характер і психоз мають між собою щось по суті спільне, відмінне полягає лише в ступені прояву (наприклад, психотичний негативізм має щось спільне з впертістю як рисою характеру). Психоз також не випадає із контексту як щось абсолютно нове. На думку Е.Кречмера це лише окремі вузлові точки, які розсіяні в розгалужених гілках нормальних соматичних і характерологічних зв'язків, що утворюють конституцію. Е. Кречмер вказує, що існує безліч нюансів і перехідних форм, що пов'язують між собою хворобу і здоров'я [180, с.176]. На думку вченого, будова тіла, характер, психоз, схильність до соматичних захворювань - це лише часткові фенотипові прояви цілісної спадкової субстанції. Він зазначає, що єдність цієї картини ще не може бути продемонстрована безпосередньо і глибоко, а використовується вона для того, щоб за її допомогою окреслити причини, які лежать в основі появи кореляцій. Ці причини приховані в сполученні генетичної субстанції і наслідках їх змішування. Так, при пікнічній будові тіла варіанти можуть проявляти себе як елементи, що формально належать астенічному або атлетичному типам. Змішування типів - це «конституційний сплав». Під «сплавом» вчений має на увазі і психічний тип індивіда, і сукупність його спадкових схильностей. Сплав як окремої людини, так і в сім'ї може представляти собою змішування циклотимічних і шизотимічних рис

характеру або навпаки; відповідно, в соматичній сфері проявляється один, тоді як в психічній сфері - зовсім інший, тип конституції. Сплави такого типу учений називає «перехрещуванням» [180, с.165].

Теорія темпераменту була дуже популярною, але скоро настало розчарування, оскільки спроби відтворити результати експерименту не давали надію, як у Е. Кречмера [448], [525].

Е. Кречмера критикували за досить довільний поділ на типи будови тіла. Отже, дослідник, на думку інших учених, підраховує лише очевидні цілісності, типи будови тіла, характерологічні типи, типи психозів, - але зовсім не прості, ізольовані ознаки, які можуть бути однаково ідентифіковані і підраховані будь-ким. Але статистика має сенс і до чогось зобов'язує лише за умови, що різні науковці на одному і тому ж матеріалі роблять однакові висновки. В інших випадках статистика може представляти лише видимість доказів і повністю залежить від інтуїції дослідника [525,с.176]. Тобто, на думку опонентів Е. Кречмера, такі розрахунки будуть підтверджені лише в так званих «гарних випадках», але існують і інші випадки, які зовсім не відповідають навіть самій найкращій інтуїції, як і велика кількість проміжних випадків. У цілому, опоненти Кречмера все ж визнають, що позитивне значення кречмерівської спроби (якщо не враховувати типології характерів і фізіономіки) полягає у встановленні пікнічного типу будови тіла (два інших типи були відомі і до нього, хоча Е. Кречмер описав їх набагато детальніше). Пікнічний тип - новина, що має наглядну переконливість і підтверджується конкретним досвідом.

Підхід Е. Кречмера довів свою перспективу хоч би тим, що завдяки йому вдалося розвинути нову теорію, яка намагалась переробити стару і замінити її. Учення про конституцію вступило в нову фазу завдяки роботі К. Конрада [467].

Завершуючи аналіз теорій про конституції, доводиться погодитись із точкою зору стосовно того, що вони відносяться до провідних напрямків

психопатологічних наук, значення яких виходить далеко за їхні рамки. З одного боку, ці напрямки підтверджуються великою кількістю робіт; з іншого боку, пов'язані з ними питання ніяк не вирішуються, і будь-які досягнення в їх рамках у решті решт проявляють тенденцію до безплідного повторювання одного і того ж.

Система В. Шелдона хоч і нагадувала систему Е. Кречмера, але з самого початку виходила із відомого тепер загальноприйнятого припущення, що існують не дискретні типи, а безперервно розподілені компоненти будови тіла [525, с.123].

Найбільш вірогідно, що в більшості випадків будова тіла є фенотиповим вираженням генного комплексу, що діє на пенетрантність і експресивність деяких генів, які визначають схильність до тих чи інших захворювань [398].

Ф.Данбар, маючи тривалий клінічний досвід роботи психіатром (більше двадцяти років) в лікарні загального профілю, висунула теорію «профілю особистості» [476]. Ф.Данбар помітила, що у 80% людей, які мали повторні травми, існує специфічний особистісний профіль, який вона назвала «особистість, схильна до нещастя» і має велику вірогідність до психосоматичних захворювань [476, с.125]. Основне завдання обстеження хворого Ф.Данбар убачає у виявленні умов, за яких емоційне напруження стає хронічним і фіксованим. Емоційні реакції розцінюються як похідні від особистісних особливостей пацієнтів [476, с.213].

Детально описавши особистісні особливості людей із захворюванням внутрішніх органів, Ф. Данбар сформулювала концепцію «персональної специфіки» або «персонального особистісного профілю», специфічного для кожного психосоматичного захворювання. Так, наприклад, згідно з цією концепцією, специфічними властивостями характеризуються такі особистісні характеристики, як витіснена схильність до самопожертви, тенденції до надмірної залежності і надмірної особистісної реакції на психологічний конфлікт. У своїй роботі «Психосоматична діагностика»,

написаній у 1948 році, Данбар представляє психосоматичну історію хвороби з обов'язковим чітким співставленням медичних даних і дат подій особистого життя пацієнта [476].

Виділені Ф.Данбар особистісні типи лягли в основу чисельних подальших робіт, що були пов'язані з особистісною типологією [7; 488; 506; 524; 530].

У сучасній медицині застосування підходу Ф. Данбар до психосоматичних захворювань призвело до залучення великої кількості концепцій типології «особистісних рис» в осіб із психосоматичними розладами.

В історичному аспекті значення теорії Ф. Данбар полягає в тому, що нею вперше був розроблений для певних захворювань тип особистості, що об'єднує в собі соматичне і психічне. У подальшому ця теорія зазнала критичних зауважень за статичність у визначенні певних ознак, за неточність оцінок ретроспективно виявлених особистісних типологій.

Не дивлячись на це, слід визнати, що роботи Ф.Данбар багато в чому визначили напрямок багатьох психосоматичних досліджень у другій половині ХХ сторіччя - специфіку особистості хворого.

Сучасні дослідники продовжували пошуки особистісних профілів, які є характерними для окремих психосоматичних захворювань. Цінність цих робіт є різною. Особистісний профіль встановлюється або клініко-анамнестичним методом - ретроспективно - або ж за допомогою різноманітних психологічних методик, наприклад, особистісних опитувальників. Кожен із них має свої переваги та недоліки.

Ф. Александер вказує на прогрес Ф. Данбар у вивченні типологічних особливостей методом психодинамічної діагностики, яка в своїх «дослідженнях профілів» описує певні статистичні кореляції між хворобою і типом особистості. Учений піддає критиці дослідження Ф.Данбар за велику варіативність між певним захворюванням і типом особистості, вказуючи, що більшість із цих кореляцій не відображає

дійсних причинних зв'язків [10]. Ф.Александр також критикував клініко-анамнестичний метод, указуючи, що «клініка здатна забезпечити вдалі відправні точки, які, однак, повинні перевірятись іншими методами. Неважко відібрати із безлічі психологічних подій певні конфігурації і віднайти у кожного хворого саме ту картину, яку хочеться в нього побачити» [10, с. 57].

На основі психоаналітичної концепції «інтрапсихічного конфлікту» Ф. Александра [9] та теорії «втрати значимих об'єктів» Х. Фрайбергера [487] була розроблена системно-динамічна концепція [332], згідно із якою для розвитку психосоматичного захворювання необхідні етапи соціо-, психо- і патогенезу. Автори концепції помітили деяке переважання стресорів, пов'язаних зі смертю або хворобами рідних та сімейними проблемами. У подальшому стресор взаємодіє із психофізіологічними особливостями особистості. Автори цієї теорії навіть виявили певні психофізіологічні особливості, що сприяють виникненню психосоматичних розладів, зокрема: слабкий або середньослабкий неврівноважений тип нервової системи; висока емоційність і емоційна нестійкість; низька активність і деяка перевага гальмівних процесів та висока тривожність. Учені вважають, що для розвитку психосоматичних розладів також важливою є спадкова схильність [332, с.84].

На думку авторів, їхня концепція враховує всі зовнішні і внутрішні фактори у виникненні психосоматичних захворювань. Психотерапевтичний підхід, що базується на цій концепції, дає можливість позитивно впливати на перебіг психосоматичних захворювань, оскільки спрямований на етіопатогенетичні механізми їхньої появи, відкриваючи нові можливості й перспективи під час допомоги хворим із психосоматичною патологією [332, с.176].

Отже, психосоматична медицина як наука потребує подальшого вирішення, передусім тих питань, що пов'язані з механізмами виникнення психосоматичних розладів, їх своєчасним прогнозуванням, а також

наданням ефективної медико-психологічної профілактичної допомоги, що створить умови для запобігання загостренню психосоматичного захворювання.

Багато авторів схильні відмовитися від пошуків профілю особистості, замінити цей аспект досліджень описом типів поведінки, згідно з концепцією R.Rosenman та M.Friedman [488, с.123-125], розглядом інфантильної особистісної структури, особливостями самооцінки, мотиваційної сфери, рівня домагань, ранньої сімейної соціалізації, особливостями структури сім'ї психосоматичного хворого. Деякі автори переносять акцент із внутрішніх по відношенню до хворого факторів та факторів зовнішнього середовища на характеристику значимого середовища. Так, G.Pollok, зупиняється на понятті „ульцерогенної матері”, акцентуючи неаналітичні погляди на існування донатального конфлікту матері з плодом [522, с.154]. Що стосується специфічних конфліктних та життєвих ситуацій, то пошуки їх також не закінчились успіхом. Як підкреслює Стоквис, „зовсім не важливо, що переживає людина, набагато важливіше, як вона перероблює пережите, тому не самі конфлікти, а лише тип та характер їх переробки можуть виявити схожість і тільки у цьому відношенні і можна було б говорити про їх специфіку” [363, с.70]. Загалом, учені прийшли до висновку, що проблему психіки не можна вивчати окремо від проблем соматички, тобто вони єдині [12], [18], [26], [39], [42], [43], [266], [295], [46], [422], [489]. Не можна не погодитись з думкою Р.Лурія, який писав: „Немає тільки психічних або тільки соматичних хвороб, а є лише живий процес у живому організмі; життєвість його і полягає саме у тому, що він об'єднує у собі і психічний, і соматичний бік хвороби. Не тільки грубі, але найтонші процеси (як, наприклад, обмін води, вуглеводів, електролітів, регуляція тепла) знаходяться у найтіснішій залежності від психічного стану людини та регулюються вищими відділами центральної нервової

системи, відображаючи складні та багатогранні коливання у ній” [207, с.35-47].

Кортиковісцеральний напрям (К.Биков [75], І.Курцин [187]) більш монолітно, ніж психоаналітичні напрямки, використовує експерименти, результати формулює, застосовуючи нейрофізіологічну термінологію. Цей напрям більш критичний щодо генералізації даних. Але він не проникає в галузь інтерперсональних відносин, соціальних факторів і емоційних переживань. Деякі прихильники цього напрямку, критикуючи психосоматичні погляди, висловлюють вимоги, щоб і в галузі людських взаємин, конфліктів послідовно застосовувалися нейрофізіологічні поняття [117]. Але така вимога зустрічається з великими труднощами, як теоретичними, так і методичними.

Експериментально-психологічні, клініко-фізіологічні, біохімічні та цитологічні дослідження наслідків емоційного стресу (Г.Сельє [325] та ін), що встановлюють вплив екстремальних стресових ситуацій на сприйнятливність і особливості патогенезу, перебігу та терапії психосоматичних захворювань, виділяють вельми велике число окремих напрямків вивчення психосоматичної патології (стрес і адаптаційні реакції, стрес і стресорні пошкодження, стрес-фактори і картина їх суб'єктивного переживання і т. д.).

Психофізіологічний напрям (Ф.Березін [45], Ю.Губачев [115], П.Анохін [22], К.Судаков [372] та ін), в основі якого лежить прагнення встановити взаємозв'язки між окремими психофізіологічними характеристиками (наприклад, деякі неокортикально-лімбічні характеристики або симпатико-парасимпатикотрофні прояви) і динамікою вісцеральних проявів (активацією органних функцій). Принциповою основою концепції є положення про функціональні системи.

Психоендокринний та психоімунний напрям досліджень (Я.Циммерман [415] та ін.) вивчає широкий спектр нейроендокринних і нейрогуморальних феноменів у хворих на психосоматичні захворювання

(психоендокринне тестування особливостей і рівня синтезу катехоламінів, гіпофізарних і тиреоїдних гормонів, специфіка імунограм).

Нейрофізіологічний напрям (І.Курцин [187], П.Анохін [22], В.Бехтерев [53], В.Тополянський [387]), що вивчає нейрофізіологічне забезпечення стійких патологічних станів і пояснює виникнення психосоматичних розладів порушенням кортиковісцеральних взаємин. Суть цієї теорії полягає в тому, що порушення кортикальних функцій розглядаються як причина розвитку вісцеральної патології. При цьому враховується, що всі внутрішні органи мають своє «представництво» в корі головного мозку. Вплив кори великих півкуль на внутрішні органи здійснюється лімбіко-ретикулярною, вегетативною та ендокринною системами.

У рамках «поведінкової медицини» пропонується модель патогенезу, заснована на «вісцеральному навчанні», а також поведінковому навчанні, яка пояснюється способом життя людини і її особистістю (Б. Карвасарський [153]; Ю.Губачев [116]).

Теорія *порушення «функціональної асиметрії мозку»* як причина психосоматичної патології [331]. У міру соціальної адаптації відбувається збільшення функціональної асиметрії мозку, яка не переходить певної межі - «критичної зони». У разі соціальної дезадаптації функціональна асиметрія мозку досягає «критичної зони» і це призводить до виникнення психосоматичної патології. Змінюється робота функціонально асиметричних (що мають часову асиметрію в секреторній і руховій діяльності) фізіологічних систем організму. Це сприяє виходу функціональної асиметрії мозку з «критичної зони». Водночас, це призводить до виникнення фази ремісії психосоматичної патології, яка може мати різну тривалість перебігу. Виникає порочне коло психосоматичної хвороби, запустити яке можуть як зміни в центральній нервовій системі, так і патологічні порушення в периферійних органах і системах, залучених до больового процесу [331, с.56].

Таким чином, для пояснення етіології і патогенезу психосоматозів було запропоновано безліч найрізноманітніших гіпотез: психоаналітична, психодинамічна, кортико-вісцеральна, стресова, соціально-психологічна, теорія функціональних систем, теорія стійких патологічних станів. Проте ні одна з них не може дати повного, вичерпного пояснення усього розмаїття психосоматичних розладів. Очевидно тому останнім часом стали говорити про *мультифакторний генез психосоматозів*, в якому кожна із запропонованих гіпотез пояснює одну з ланок патогенезу цього захворювання.

Як відомо, багато психосоматичних захворювань можуть виникати під дією гострого або хронічного стресу, біологічна адаптація до якого у людини сильно запізнюється (І.Курцин [187]). При цьому стрес не завжди може бути усвідомленим. Вирішальне значення при цьому набуває «внутрішньо приховане накопичення» аферентних імпульсів (І.Сеченов [331]) - незліченні сліди інтелектуальних, афективних і сенсорних подразнень, загальний емоційний фон яких далеко не завжди усвідомлено сприймається людиною.

Водночас, при однаковій силі і виразності стресу у одних людей *виникають психосоматичні захворювання, у інших - ні*. Більш того, питання про те, чому психічна травматизація в одних людей викликає появу психосоматозів серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, стенокардія, інфаркт міокарда), у інших - шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба, синдром збудливою товстої кишки та ін.), у третіх - дихального апарату (бронхіальна астма, гіпервентиляційний синдром та ін.). Ці питання вимагають свого вирішення.

Можливо, у цьому процесі відіграють роль певні спадкові чинники, включаючи наявність якоїсь вродженої слабкості, функціональної недосконалості тих чи інших органів, через які і реалізується майбутній психосоматоз.

Конституціональна схильність, як правило, проявляється в критичний період (наприклад, в період статевого дозрівання або інволюції) за генетичними або рефлекторними механізмами. При стресі, як відомо, відбувається реактивація пригнічених і витіснених емоцій та конфліктів у вигляді вегетативних розладів, які є початковим етапом психосоматозів.

Велике значення останнім часом приділяється *факторам схильності* до психосоматозів. До них, зокрема, відносять драматичні зміни життя, різні кризові ситуації (землетрус, повінь і т. д.), які виявляються надсильними для особистості, втрату близьких. В якості моменту, що сприяє психосоматичному захворюванню, часто виступає фактор тривалого нервового перенапруження [118]. З великою переконливістю це доведено при дослідженнях гіпертонічної хвороби у диспетчерів низки великих аеропортів, робота яких відноситься до розряду найбільш напружених [122].

У формуванні психосоматичної патології, крім факторів схильності і провокуючих моментів, велике значення надається *преморбідним особливостям особистості*. Необхідно відмітити, що при безлічі психосоматозів, до цього часу не зуміли виділити характерні тільки для даного виду патології особистісні особливості, хоча спроби в цьому напрямку робляться [115]. Так, обов'язковою рисою цієї групи хворих є підвищена тривожність, яку пацієнти не в змозі висловити словами і таким чином отримати будь-яке полегшення. Невміння висловити в словесній формі свої переживання було названо *алекситимією* [13]. Остання, на думку автора, передається у спадок і багато в чому визначає пасивно-захисний стиль поведінки хворих у стресовій ситуації. Описуються також особливості особистості, характерні для цілком певного психосоматичного захворювання або групи захворювань. Наприклад, такі риси, як самовпевненість, агресивність, нетерпимість, постійний брак часу, нестатутна боротьба за максимальні досягнення в будь-якій діяльності, відданість роботі, виявилися характерними для осіб з підвищеним ризиком коронарних захворювань, включаючи інфаркт міокарда (так званий

особистісний тип А) [127]. Водночас, питання основної чи базової емоції, яка сприяє розвитку психосоматозу, залишається відкритим.

У період створення психосоматичної медицини як науки, що прагнула подолати розрив між тілесним і психічним, була створена жорстка однолінійна модель психосоматичного захворювання. У подальшому вона була замінена поданням про можливість виникнення будь-якого захворювання при взаємодії як фізичних, так і психосоціальних факторів, що призвело до *багатофакторної відкритої моделі хвороби*. У силу цієї обставини на місце проблеми вузького кола психосоматичних розладів прийшов *інтегральний психосоматичний підхід*, який враховує форми прояву психосоматичних захворювань і дозволяє їх класифікувати. В даний час в психосоматичній медицині все більшої ваги набувають ідеї багатопричинності (мультікаузальності) психосоматичних розладів. Для пояснення та трактування порушень все більше залучаються фізіологічні дані, посилюється «депсихологізація» досліджень у психосоматичній медицині. Однак, незважаючи на зростання числа медико-біологічних робіт, психологічні проблеми в цій галузі ясніше не стають.

Психологічне та психоаналітичне трактування багатьох суб'єктивних феноменів у психосоматичній медицині також замінити поки що важко. З цим пов'язані спроби створення інтегративних моделей здоров'я і хвороби. Вони проголошують, що всі хвороби мають багатофакторний генез. Причинні фактори захворювання знаходяться в складній взаємодії і можуть бути генетичними, бактеріальними, імунними, харчовими, психологічними, зумовленими поведінкою і соціальними впливами.

В останні роки найбільшу популярність набуває думка про необхідність заміни проблеми вузького кола психосоматичних розладів, проблемою психосоматичного підходу до будь-яких захворювань [84]. У широкому сенсі цей підхід, як зазначає Д.Ісаєв [148], охоплює проблеми внутрішньої картини здоров'я і хвороби, конверсійних, соматогенних, соматоформних і соматизованих психічних і іпохондричних розладів. Сюди входять і реакції

особистості на хворобу, вмирання, смерть, відрив від сім'ї, проблеми симуляції хвороби і штучних розладів, у тому числі синдрому Мюнхгаузена [100] (симуляція хворими хвороб, які призводять до операції або інших серйозних медичним впливів) і Полле [117] (спровокований синдром Мюнхгаузена - штучне заподіяння хвороби дитині його власною матір'ю або людиною, яка ним опікується).

Одним з найбільш дискусійних питань є зв'язок між характером психічного стресового чинника і поразкою певної органної системи, про що ми вже згадували, говорячи про індивідуальність фізіологічної психосоматичної реакції в межах норми. Міркують про те, чи не обумовлено поразку яким-небудь "*Locus minoris resistentiae*".

Можливості специфічного ослаблення та утворення такого "*locus*" шукають в таких умовах:

- а) спадковий конституційний нахил;
- б) конституція, сформована в пренатальному періоді і в дитинстві під впливом психічних та соматичних факторів;
- в) органічні ураження в подальшому житті;
- г) поразка одного органу, наприклад, інфекції;
- д) факт, що один орган в момент стресу був в стані активності;
- е) символічне значення органу в індивідуальній психіці; наприклад, індивідуальна реакція на відчуття відрази гіпермоторикою шлунка - символічно: «У мене від цього вивертається шлунок»;
- ж) органна фіксація як наслідок загальмованого психічного розвитку; (наприклад, алкоголізм як фіксація на рівні орального задоволення - в психоаналітичному сенсі).

Але питання прогнозування прояву «місця найменшого опору» пов'язане з врахуванням ролі мозку, якому, з одного боку, належить ініціатива у «виборі ураження органу» [232], а з іншого, мозок людини виконує роль власного годинника індивіда [230]. Природа «зворотнього ходу» цього годинника багато у чому не зрозуміла та не вивчена. Але,

завдяки його «зворотності», у свідомості індивіда існує реальна «стріла суб'єктивного часу», яка вказує його напрямом із майбутнього через теперішнє у минуле [415, с.76].

Простеживши періодичність загострення психосоматичного захворювання, можна припустити, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними [315]; відповідно визначитись з тривалістю періодів реконвалесценції (видужання) та ремісії (затухання) хвороби у кожного окремого хворого, враховуючи, що періодичність загострення психосоматичного захворювання пов'язана з біоенергетичними процесами в організмі індивіда [416], які, у свою чергу, визначаються природою часової спрямованості суб'єкта [434]. А будь-який біоенергетичний цикл має розгортання на «стрілі внутрішнього часу» організму [416]. За завершений період в організмі проходить ряд внутрішніх змін, що призводять до зовнішніх змін фізіологічного та психологічного характеру, які обумовлюють як стан здоров'я, так і хвороби людини.

Враховуючи індивідуальні особливості щодо динаміки переживання часу та узагальнені профілі індивідів, спробуємо визначитись з критеріями типології домінантних психосоматичних хвороб. У зв'язку з цим, необхідним стає виокремлення психолого-часових передумов прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

1.2. Психолого-часові передумови прогнозування перебігу психосоматичних захворювань

Ми звернулись до розгляду питання прогнозування прояву психосоматичних захворювань із позиції психології часу.

Проблема часу перебуває під пильною увагою допитливого людського розуму протягом всієї історії. Що таке час? Чи існує він об'єктивно? На ці питання, що становлять головну складність проблеми, намагалися і намагаються знайти відповіді представники різних галузей знання.

Одні мислителі залишили після себе системи, в яких час розглядався або як річ в собі, або як форма людського розуму. Інші розглядали час, як основну форму рухомої матерії, в якому він існує і сам пізнає суб'єкт – людину.

Згідно з одними поглядами, час як об'єкт не існує [410], а згідно з іншими, - час як об'єкт з певними фізичними властивостями знаходиться поза суб'єктом у вигляді поточних змін зовнішнього світу [394]. Ці зміни сприймаються суб'єктом, і його психіка існує у часі, що відображається. Але, з одного боку, спроби виділити час як об'єкт і описати його властивості (течію, напрямок, незворотність, поділ на минуле, сьогодення і майбутнє) в рамках фізичних законів не тільки виявилися безуспішними, а й привели представників фізичних наук до висновку, що пояснення природи часу слід шукати в самому суб'єкті, що пізнає, в його розумі, свідомості; з іншого боку, дослідникам не вдалося знайти механізм, який трансформує фізичний час в суб'єктивно пережитий [34]. Тому для виходу з подібної невизначеності деякі дослідники стали стверджувати, що суб'єктивно час, що переживається ("чиста тривалість"), ніяк не пов'язаний з фізичним часом і існує незалежно від останнього [35, с.113]. Навряд чи буде правильно вбачати в цих висновках навмисне зведення проблеми до відомих суб'єктивістських підходів. Швидше навпаки, слід думати, що проблема часу, з позицій яких би наукових дисциплін вона не розглядалася, неминуче приводить дослідників до того, що вона багато в чому пов'язана з часовими властивостями самої людини [34], [35], [40]. Подібна концепція, що отримала назву реляційної, не заперечує об'єктивність часу, і приймається переважною більшістю фахівців, що займаються цією проблемою в усьому світі [394], [235], [420], [434]. Тому особливої актуальності в дослідженні проблеми набувають праці, пов'язані із вивченням особливостей суб'єктивного часу, що переживається людиною.

З накопичених психологічної наукою фактів випливає, що психіка людини існує в пережитому часу, і всі психічні процеси включають в себе його метричні і топологічні властивості. Час, що переживається суб'єктивно, плине. Про його перебіг людина дізнається з власного досвіду. Час розпадається на минуле, пережите сьогодні та очікуване майбутнє. Розвиток людської особистості, її поява, становлення, руйнування, зникнення має онтогенетичну розгортку і пов'язаний із низкою критичних точок, поворотних пунктів, періодів творчих злетів і невдач [394].

Важливість часової перспективи для людської поведінки усвідомив К.Левін [191]. Часову перспективу він інтерпретував із точки зору «подієвої концепції психологічного часу». На думку К.Левіна [191, с.198], різна часова перспектива особистості виникає тому, що час різного масштабу заданий особі певними межами психологічного поля в даний момент. Людина не лише бачить своє сьогодні, але має завжди певні очікування, тобто плани, надії, страхи, мрії про майбутнє. У той же час, часова перспектива включає і психологічне минуле людини. Саме тому воно украй важливе для визначення рівня домагань, настрою, прояву ініціативи і характеру активності особистості. К.Левін у своїй роботі «Теорії психологічного поля» [191] відмічав, що психологічне минуле, сьогодні і майбутнє є частинами психологічного поля в сьогодні, і що часова перспектива – це і є включення майбутнього і минулого, реального і ідеального плану життя в план цього моменту. Ці частини поля, незважаючи на їх хронологічну різночасність, суб'єктивно переживаються як одночасні і рівною мірою визначають поведінку людини.

Але в теоретичному плані цей підхід має істотне обмеження. Психологічний час у К.Левіна співвідноситься з феноменальним полем свідомості, і, водночас, присутні в ньому минуле, сьогодні і майбутнє втрачають свою якісну визначеність, розчиняючись у «психологічному полі на даний момент» [191, с.156].

К.Левін одним із перших серед психологів побудував *просторово-часову модель – хронос*, в якій свідомість і поведінка індивіда розглядалися крізь призму довготривалої перспективи і різнобічних характеристик індивідуального життєвого простору. При цьому, у часі він виділив зони справжнього, найближчого і віддаленого минулого та майбутнього, а в просторі – рівні реального та ірреального (грунтованого на фантазіях). У процесі онтогенезу відбувається розчленовування найближчих і віддалених зон минулого та майбутнього, реальних і бажаних, але можливих лише у фантазії подій минулого.

Ідеї К.Левіна мали істотний вплив на подальший розвиток досліджень психологічного часу особистості.

Але в рамках психологічної науки не існувало єдиної теорії переживання часу. Безліч накопичених фактів носить вкрай роз'єднаний характер. Ці факти не узгоджені ні між собою, ні з фактами із інших галузей знання, в яких вивчається час. Такий стан речей навряд чи є задовільним. Крім того, назріла необхідність критичного перегляду деяких положень і підходів до проблеми суб'єктивного переживання часу. Так, в рамках *реляційної концепції* вимагало практичного перегляду питання щодо *сприйняття часу*. Дотримуючись думки, що час, як фізичний об'єкт, виділити неможливо, питання про його сприйняття в психології було сформульовано некоректно. Тому факти, накопичені нібито при вивченні сприйняття часу, потребували нової інтерпретації.

Не менш істотним недоліком на шляху до створення єдиної теорії часу, що переживається суб'єктивно, було те, що відокремлено вивчався життєвий шлях людини. С.Рубінштейн [287, с.134-141] висунув ідею про «життєвий шлях» і охарактеризував його з одного боку як деяке ціле, з іншого – як деяку кількість певних етапів, кожен із яких може стати «поворотним», тобто радикально змінити життєвий шлях особистості. На думку вченого, життєвий шлях особистості структурований на елементарні одиниці – події – «вузлові моменти і поворотні етапи» [287, с.147-161].

Одна з найважливіших проблем означених С.Рубінштейном є проблема суб'єктивної картини життєвого шляху, що розуміється як суб'єктивний образ, який відбиває просторово-часові параметри людського життя і особистості, що регулює її активність, як суб'єкта життя.

Б.Ананьєв, займаючись проблемою життєвого шляху особистості, ввів поняття «суб'єктивної картини життєвого шляху», яке було ним детально розроблене і розширене [20]. У своїй останній роботі «Людина та світ» [20, с.243] він розглядає життя як спосіб буття людини у філософському сенсі, тим самим розширюючи поняття життєвого шляху особистості і переводячи його в площину проблеми особистого життя.

К.Абульханова-Славська, розвиваючи ці ідеї у своїх дослідженнях, розробила один із сучасних підходів до розуміння життєвого шляху особистості – концепцію особистісної організації часу і часу життя, в якому розглядала часову перспективу як «життєвий шлях особистості» [3, с.78-95]. Вона намагалась пояснити природу психологічного часу, пояснюючи його, як реальний час психічних процесів, станів і властивостей особистості, в якому вони функціонують і розвиваються на основі відбитих у безпосередньому переживанні і концептуальному осмисленні об'єктивних часових стосунків між подіями життя різного масштабу. При цьому, біографічний масштаб психологічного часу відповідає часовим стосункам між основними подіями життєвого шляху особистості [3, с.156-167].

Вікова періодизація розглядається в "об'єктивно-біографічному" часі. Але він є не що інше, як безпосередньо пережитий час, плин якого пов'язаний із ходом біологічного годинника організму людини. Хід цього годинника (біологічні ритми) також вивчається відокремлено, тому "ритми життя" не отримали порівняння з їх ходу ні в "об'єктивно-біографічному" часі життя людини, ні в "психологічному часі особистості" [426, с.117-119].

Структура часових властивостей людини визначається тим, що в її основі лежить реально пережита тривалість. Вона пов'язана з ходом власних (біологічних) годин індивіда і визначає особливості його ставлення до часу [394, с.25]. Тому, щоб створити цілісне загальнопсихологічне уявлення про часові властивості людини у процесі розвитку психосоматичного порушення, необхідно було, перш за все, розглянути закономірності та механізми індивідуального часу, що переживається суб'єктом у зв'язку із зазначеними причинами, що і стало предметом окремого дослідження психології часу.

Природу часу намагались пояснити Платон [262], Аристотель [28], Г.Гегель [103], І.Кант [152], Ф.Енгельс [442] та інші мислителі. Відмінності цих поглядів було предметом дослідження Я.Аскіна [30], М.Кагана [150], Ю.Молчанова [235], В.Яковлєва [446]. Більшість фахівців (Ю.Молчанов), що займались проблемою часу, визнають його об'єктивний характер [235]. Проте спроби описати властивості часу як об'єкта (його перебіг, напрямок, незворотність, поділ на минуле, сьогодення і майбутнє) в рамках фізичних законів не привели до бажаних результатів.

Як виявилось, закони класичної (Ж.Лагранж) [502] та квантової (І.Пригожин) [269] механіки байдужі до напрямку течії часу. Їх можна назвати законами, що описують рух тіл "у позачасовому часі" (Дж.Лайтхілл) [503]. Приймавши ньютонівський час, що рухається, фізика виявилася безсилою перед питанням: чому плине час? (П.Девіс, А.Чернін) [123, 423]. Припускаючи, що напрямок течії часу співпадає з напрямком зростання ентропії (Л.Больцман) [60], і позначивши його "стрілою часу"(А.Еддінгтон) [432], фізиці складно було пояснити походження "стріли часу" (І.Пригожин [269], А.Чернін [423]). Мовою фізики неможливо пояснити відмінності між минулим, сьогоденням і майбутнім (А.Чернін) [423, с.123]. На думку П.Девіса [123], І.Пригожина [269], причини незворотності часу слід шукати не у фізичному світі, а в суб'єкті - спостерігачеві. Спостерігач необхідний для пояснення "парадокса годин" і

"стріли часу" (А.Еддінгтон) [432]. Як видно, фізика (П.Девіс [123], І.Пригожин [269]), зіткнувшись з труднощами опису часу як об'єкта, прийшла до висновку, що проблема часу багато в чому пов'язана із суб'єктом, що пізнається, бо пояснення течії часу, його напрямку та незворотності слід шукати у властивості людської душі, розумі, свідомості, про що говорили Декарт [124], І.Кант [152], А.Бергсон [42]. Цей висновок не є несподіваним, тому що час у фізиці було припущено, а не введено на основі власних досліджень (М.Мамардашвілі) [219]. Накопичені факти дозволяють замість *субстанційної концепції* "людина і природа існують в часі" виробити нову *реляційну концепцію*, згідно з якою "людина і природа" володіють "тимчасовими властивостями" (Ю.Молчанов [235], Дж. Фрезер [489]).

Дослідження проблеми часу у психологічній науці показують, що час є фундаментальною складовою всієї відображувально-поведінкової взаємодії людини з навколишнім світом, починаючи з відчуттів і закінчуючи особистістю (К.Абульханова-Славська [3], Н.Багрова [35], І.Кон [172], Г.Вудроу [97], Е.Головаха [111], Л.Драголі [132], В.Лисенкова [200], С.Рубінштейн [287], І.Сєченов [329], П.Фресс [394], Д.Елькін [435]). У свідомості індивіда час розпадається на минуле, сьогодення і майбутнє (Аристотель [28], Г.Вудроу [97]). Суб'єктивно час, що переживається, плине (У.Джемс [126], П.Фресс [394]) в напрямку з майбутнього через сьогодення в минуле (Н.Брагіна, Т.Доброхотова [66]) і не залежить від фізичного часу (А. Бергсон) [42].

Проте, вже Г.Вудроу [97] першим критично підійшов до питання щодо сприйняття часу. Він звернув увагу на те, що час не є фізичним стимулом [97, с.87]. Таку ж точку зору висловлюють Н.Багрова [35], Д.Креч [179], П.Фресс [394], поставивши питання: "Як погоджено час, в якому існує психіка людини, з часом - об'єктом?", - не змогли знайти механізм узгодження і прийшли, з одного боку, до того, що поняття часу є побудова людського розуму, а з іншого, - що в основі переживання часу

лежать внутрішні зміни, пов'язані з механізмом біологічного годинника, єдиного для тварин і людини. У рамках експериментального підходу не існувало чіткого визначення акту сприйняття часу і не була визначена його тривалість, що піддається безпосередньому сприйняттю (В.Вундт [98], Г. Вудроу [97], У.Джемс [126], П.Фресс [394], Д.Елькін [436]). Так як час не має предметної дійсності, тобто не має ознак об'єкта, протиставленого суб'єкту, то еволюція не створила спеціальний рецептор для його сприйняття (Д.Елькін) [437]. І хоча питання про сприйняття часу в психології було сформульовано некоректно, дослідниками накопичені факти, які дозволяють говорити про реальність часу, що переживається людиною.

Спираючись на результати багатьох досліджень, П.Фресс [394], Д.Елькін [436], С.Рубінштейн [287] виділяли безпосередньо час, що переживається людиною, і опосередковане відношення до нього у вигляді оцінок, суджень, уявлень і понять. Перебіг пережитого часу закладено в механізмі власних (біологічних) годинників (П.Фресс [394], Д.Елькін [437]), хід яких визначають всі внутрішні (ендогенні) зміни в організмі людини (Ю.Ашофф [34], Е.Бюннінг [78], С.Шноль [430], А.Емме [441]). Цей годинник є вродженим і підпорядкованим регуляції центральної нервової системи (А.Уінфрі [388], Л.Купріянович [188]), яка є основним годинним приладом (І.Павлов [251], Ю.Фролов [395]). В переживанні часу були виявлені три часові зони (Д.Катц [496]), що отримали назву коротких, нейтральних і довгих інтервалів. Було проведено безліч експериментів із вивчення порогів тривалості, психофізичних механізмів розрізнення, перевірки закону Вебера в цих зонах, зв'язку нейтральних інтервалів із різними фізіологічними характеристиками організму (М.Корж [173], Г. Вудроу [97], В.Садов [173], М.Трейсман [529], П.Фресс [394], Г.Шляхтін [429], Д.Елькін [436]). Вивчалось відношення тривалості диференціальних порогів, мигального рефлексу, спонтанних рухів очей, порогів дискримінації, латентних періодів реакцій, серцевих скорочень,

дихальних циклів, довільних рухів до тривалості коротких, нейтральних і довгих проміжків (А.Болотова [59], Г.Вудроу [97], В.Лисенкова [200], І.Фресс [394], Б.Цуканов [420], Д.Елькін [437]). Опосередковане відношення до переживання часу і роль мови у формуванні часових заходів вивчалася в роботах Л.Драголі [132], П.Фресса [394], Д.Елькіна [436], В.Ярощук [447].

Вищою формою ставлення до переживання часу є система уявлень і понять про нього, яка складається прижиттєво. Вона дозволяє людині, використовуючи точки відліку часу, перетворювати ряди тимчасової перспективи, реконструювати минуле, передбачати майбутнє, виходити за межі індивідуального досвіду і включати себе в історію людства (П.Фресс [394], І.Белявський [41], Д.Елькін [437]). На рівні понять час для особистості виступає своєрідним "об'єктом" (Я.Коломенський [171], І.Кон [172], П.Фресс [394]). Закріплений у формі понять, час ніби відривається від безпосередньо пережитих змін і стає "психологічним часом особистості" (К.Абульханова-Славська [3], Є.Головаха, А.Кронік [111]).

Одним зі складних було питання про напрямок течії часу, що переживається. З точки зору біофізики організм людини є дисипативною структурою, в якій існує "стріла внутрішнього часу" (І. Пригожин [269]), що вказує напрямок змін в організмі від менш імовірних станів до більш імовірних, від минулого до майбутнього. Проте суб'єктивно пережитий час в психіці індивіда тече з майбутнього через сьогодні в минуле (А.Бергсон [42], М.Брагіна [66], Т.Доброхотова [131], П.Фресс [394]). Така розбіжність між напрямом "фізичного" часу організму і напрямом часу, що переживається, не отримала пояснення. Але накопичені психологами факти дозволяли говорити про те, що поряд зі "стрілою внутрішнього часу" організму існує реальна "стріла суб'єктивного часу", яка вказує напрямок його перебігу з майбутнього через сьогодні в минуле.

Особливе місце на "стрілі суб'єктивного часу" займає сьогодні. Аристотель вважав, що час існує в сьогодні [28, с.133]. Августин бачив

відношення теперішнього часу до істини світу через душу людини. Справжнє дано як щось існуюче, і від нього погляд спрямований і у минуле, і у майбутнє (С.Рубінштейн) [287]. Однак межі цього шляхом самоспостереження визначити неможливо (У.Джемс) [126].

У.Джемс вважав, що "дійсне сьогодення" – це прикордонна математична лінія, яка не повинна мати товщину. Однак А.Бергсон [43], С.Рубінштейн [287], А.Жаров [134], Т.Доброхотова [131] і Н.Брагіна [67] вважають, що сьогодення, яке суб'єктивно переживається, повинно мати тривалість. Але до певного часу не існувало єдиного визначення та розуміння тривалості взагалі, і немає її для індивідуального часу суб'єкта (Т.Доброхотова, М.Брагіна, А.Жаров) [131,67,134]. Відсутність єдиного визначення та розуміння тривалості сьогодення було істотним недоліком у психології часу. Питання про розміри "кванта справжнього" (Є.Головаха, А.Кронік) [111] або про тривалість "дійсного сьогодення" (У. Джемс) [126] залишаються відкритими.

Не знайдено було задовільного пояснення психологічної відносності відомої людству давно течії часу, що переживається суб'єктивно (П.Фресс [394], Ф.Завельский [135], Л.Коломенський [171], Н.Чуприкова [426], Д.Елькін [434]. Психологічна відносність плину часу (час "біжить", "летить", "рухається") відкривається суб'єкту у підлітковому віці як опосередковане відношення до індивідуального часу, що переживається (С.Рубінштейн [287], П.Фресс [394], Д.Елькін [434]). Особливості часової перспективи також відкриваються в підлітковому віці і багато в чому залежать від індивідуальних особливостей людини (П.Фресс [394]). Ці онтогенетичні новоутворення, названі "психологічним часом особистості" (А.Бергсон [42], Є.Головаха [111], Л.Кубліцкене [184]), мають об'єктивне обґрунтування (С.Рубінштейн [287]).

Огляд різних моделей часових механізмів відображає своєрідну еволюцію досліджень сприймання часу [61; 162; 218; 263; 264]. Моделювання відображення часу психікою починалося з найпростіших

психофізичних функцій, після чого з'явилися безкомпонентні моделі. Далі були запропоновані багатокомпонентні моноциркулярні моделі: скалярна та осциляторна модель.

Попри вагомі здобутки, отримані в експериментальних дослідженнях на користь кожної з таких моделей, вона все ж таки не об'єднувала всі рівні відображення часового механізму індивіда. Крім того, низку описаних останнім часом феноменів у переживанні часу та опрацюванні часової інформації також не можна пояснити за допомогою наявних моделей.

Як продовження описаної традиції моделювання часового механізму індивіда О.Полунін [264] запропонував біциркулярну мультиосциляторну модель. Вона охоплює три основні рівні обробки інформації: рівень неупорядкованої в часі інформації, рівень маркування елементів з множини інформації та рівень переживання часу як лінеаризованого сингулярного потоку. Істотними відмінностями запропонованої моделі від моделей попередниць є концептуалізація утворення часової інформації, введення ідей маркування за рахунок біциркулярного механізму та пояснення мінералізації потоку інформації монофональної уваги, що покладається в основу сингулярного лінійного плину часу на рівні переживання та на рівні концепції часу в межах актуальної парадигми.

Запропонована модель, а також розуміння переживання часу як такого, що виникає в акті інформаційного самовідображення когнітивної системи, відкриває новий ракурс у тезі, висунутій З.Кіреєвою [160] щодо часу як детермінанти розвитку свідомості. Осягнення часу в дитинстві на різних рівнях точності в опрацюванні часової інформації відображають різну здатність когнітивної системи до самовідображення і до навчання з актів власного само відображення. Точність самовідображення системи виявляється, із цієї точки зору, в простих параметрах, як точність відтворення часових інтервалів та коефіцієнт варіативності при відтворенні ряду часових інтервалів. Ці ж параметри використовуються З.Кіреєвою [160] для розкриття осягнення часу в дитинстві.

Запропонована Б.Цукановим теза про зв'язок точності власного «годинника» індивіда з рівнем обдарованості та рівнем інтелекту [420] набуває нового значення. Згідно із запропонованою моделлю під точністю власного «годинника» індивіда слід розуміти точність і якість інформаційного відображення когнітивної системи, яка стає запорукою розкриття обдарованості індивіда.

Аналізуючи запропоновані теорії та моделі переживання часу, можна прийти до висновку, що у сучасній психології представлений досить широкий спектр досліджень часу, який через численність запропонованих теоретичних і експериментальних розробок складно уявити як єдине ціле й однозначно систематизувати.

Зазначені дослідження можна розглядати з точки зору, опосередкованої певною галуззю психології. Так, вікова психологія вивчає формування уявлень про послідовність, становлення категорії послідовності, категорії тривалості, засвоєння поняття часу та зміни уявлень про час на різних етапах життя; у загальній психології значна увага приділяється експериментальним дослідженням сприймання часу, когнітивним особливостям обробки часової інформації, уточненню закономірностей відтворення, оцінки, відмірювання та порівняння часових інтервалів та моделювання зазначених процесів.

З точки зору клінічної психології цікавими є зміни переживання часу у випадку фобій, різних видів депресії, а також втрата відчуття плину часу при шизофренії і зміни в сприйманні часу під впливом психотропних речовин. З появою таких нових технологій дослідження активності мозку, як МРТ, ТМС, та з удосконаленням методів реєстрації ЕЕГ і МEG у нейропсихології інтенсивно досліджуються кореляти активності мозку, яка супроводжує обробку часової інформації зміни в переживанні часу у випадку ушкодження певних відділів мозку та інші феномени, зокрема уповільнення чи прискорення часу.

Не менш цікаві спроби моделювання переживання часу і часового досвіду та опису феноменології в межах різних психотерапевтичних підходів, наприклад, уявлення про позачасовість безсвідомого в психоаналізі, природного розуміння часу в біхевіоральній психотерапії.

Водночас, до цього часу не було запропоновано теорію прогнозування перебігу психосоматичних захворювань з позиції психології часу. Саме на обґрунтуванні концепції щодо хронопсихологічного прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих і буде зосереджено наші подальші дослідження.

1.3. Концепція хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань

У ряді досліджень життєвого шляху людини показано, що існує чітка вікова періодизація розвитку психіки (Б.Ананьєв [20], Дж.Биррен [456], Г.Костюк [176], Д.Елькін [434]). Вікові періоди гетерохронні і нерівнозначні, в них існують "поворотні пункти" (М.Перна [261]) і певні ритми (С. Рубінштейн [287], А.Емме [441]). Ці факти розглядаються в "об'єктивно-біографічному" часі (Б.Ананьєв [20]), тобто в безпосередньо пережитому часі життя індивіда, яке відраховується його біологічними годинами.

Дослідження Г.Вудроу [97], Д.Катца [496], Т.Кольмана [499], В.Лісенкової [200], П.Фресса [394], Г.Шляхтіна [429], Д.Елькіна [434], Б.Цуканову [420] дозволили описати характер і величину часової помилки, яка виникає як розбіжність між заданим проміжком (t_0) і суб'єктивною відповіддю випробуваного (t_s). Накопичені різними авторами дані показують, що величина і знак часової помилки залежать від тривалості заданого проміжку (t_0) і від застосовуваного методу (відтворення, відмірювання, оцінка тривалості). Так, методом відтворення тривалості Е.Геринг [495] виявив три зони, які стали класичними:

1) зона коротких інтервалів $t_0 \leq 0,5$ с; 2) зона нейтральних інтервалів $0,5$ с $\leq t_0 \leq 1,0$ с; 3) зона довгих інтервалів $t_0 > 1,0$ с [495, с.321].

У зоні коротких інтервалів відносна часова помилка $E \neq \text{const}$, а в зоні довгих інтервалів $E = \text{const}$. За даними Г.Вудроу [97] середня похибка відтворення довгих проміжків складає $16 \sim 17\%$, за даними Т.Кольмана [499] - 15% , за даними П.Фресса [394] - $14 \sim 16\%$, за даними Б.Цуканова - $15 \sim 16\%$, за нашими результатами дослідження $E = 16 \sim 17\%$. П.Фресс зазначає, що така величина помилки відтворення тривалості виявляється не тільки у дорослих, а й у дітей, починаючи з шестирічного віку [394].

Якщо взяти до уваги ту обставину, що Г.Вудроу [97] використовував проміжки до 30 с, Т.Кольман [499] - до 3 хв., П.Фресс [394] - до 30с, а в експериментах Б.Цуканова [418] та проведених нами дослідженнях були проміжки до 5с, і врахувати, що практична рівність похибки відокремлена кількома десятиліттями, то можна сказати, що методом відтворення тривалості досліджувався механізм спрямованості суб'єкта на час, тобто *індивідуальний хромотип* індивіда.

Погляду на часові міри як на універсальні кванти психічної активності притримувався не тільки Г.Гайсслер, а й Б.Цуканов, який зосередив свою увагу на обґрунтуванні та визначенні наявності у людини власної одиниці часу [417]. В основі міркувань автора два фундаментальних взаємопов'язаних положення. Перше пов'язане із застосуванням запропонованого Г.Еренвальдом відношення, в якому показник ефективності метода відтворення визначається як результат поділу відтвореного інтервалу часу на запропонований. При цьому, якщо Г.Еренвальд розглядає результат запропонованого відношення як величину *безрозмірну* (що з позиції фізики не викликає сумніву), то Б.Цуканов пропонує докази наявності у цьому відношенні часової розмірності. З метою доказу своєї гіпотези автор окреслює ще одне фундаментальне положення своєї концепції. Цим положенням є застосування принципу «одночасності» Галілея-Ньютона, сутність якого полягає в тому, що «всі

події у фізичному світі, у всіх системах відбуваються в одному і тому ж, рівномірно плинному часі» [420, с.41].

Вказаний принцип дійсно являє собою наслідок твердження І.Ньютоном щодо існування абсолютного часу, плин якого у цій якості завжди залишається однаковим. Разом із тим, Б.Цуканов розглядає в процедурі запам'ятовування – відтворення часу порушення вказаної одночасності внаслідок того, що відрізки, які запам'ятовуються та відтворюються, розташовані на послідовних ділянках «стріли суб'єктивного часу» і не співпадають [415, с.145].

Далі автором підкреслюється, що в результаті такого розташування у часовій перспективі людини проміжок, який сприймається, розпадається на деяку кількість секунд і, як наслідок, втрачає свою часову розмірність. Відносно такого трактування часових проміжків необхідно відмітити, що Б.Цуканов у своїх судженнях з самого початку, ґрунтуючись на уяві І.Ньютона щодо абсолютного часу, своїми міркуваннями приходить до заперечення його основної властивості – одночасності тим, що трактує її як однаковість часу не для всіх взагалі подій, а лише для тих, які співпадають на «стрілі» суб'єктивного часу [416, с.68-69].

Водночас, у якості основних одиниць часу, на які, як вважає Б.Цуканов, орієнтується індивід, без достатнього обґрунтування відразу ж відмічаються секунди, і при цьому допускається підрахунок як універсальний засіб визначення часу. Безумовно, що з точки зору положень, які представлені нами вище, достатньо чітко окреслюється обмеженість пояснювальних можливостей концепції переживання часу, її переважне застосування до опису явищ довільної регуляції часу дії, що виконується переважно на диз'юнктивному рівні психічної активності. При цьому механізми, які реалізують континуально-генетичний тип взаємозв'язку протягом психічного процесу, повністю залишаються осторонь регуляції діяльності [418, с.129].

Таким чином, отримані в дослідженнях Б.Цуканова результати скоріше розкривають специфіку рішення суб'єктом, який володіє певними типологічними властивостями, обмеженого кола завдань, пов'язаних із відмірюванням, відтворенням, оцінкою часових інтервалів, ніж обґрунтовують будь-яке універсальне положення щодо пояснення функціонування психологічних механізмів часової регуляції діяльності.

Аналізуючи величину і знак абсолютної (Δ) та відносної похибки (E) в трьох класичних часових зонах, не можна не побачити, що у кожного суб'єкта існує межовий проміжок, що виконує роль своєрідного кордону, на якому закінчується індивідуальна зона нейтральних і починається зона довгих інтервалів. Цей проміжок є індивідуальною межею комфортної тривалості. Якщо в умовах експерименту задається проміжок із зони довгих інтервалів, то суб'єкт потрапляє в ситуацію напруженого очікування. Пережита тривалість розпадається на ряд окремих відрізків, кожен з яких є межею комфортної тривалості. Тому суб'єкт відтворює не задану в ситуації очікування тривалість t_0 , а тривалість t_s . Розбіжність між t_0 і t_s фіксується у вигляді часової похибки методу. Величина похибки відтворення тривалості пов'язана з низкою прихованих затримок і відстрочок центрального рівня [417]. Пережита тривалість йде в минуле у вигляді дискретних одиниць часу. У пам'яті суб'єкта фіксується не сама тривалість, а певне число окремих одиниць часу, на яке вона розпадається в ситуації напруженого очікування.

Відповідно до даних наукової літератури [394; 425; 435], 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.

Оскільки в зоні довгих інтервалів $E = \text{const}$, то це можна пояснити тим, що методом відтворення визначається *жорстка величина*, як в акті

переживання заданого проміжку, так і в акті його відтворення, яка визначає таку особистісну рису, як *спрямованість особистості на час* і визначається індивідуальною здатністю відтворювати задані проміжки часу.

Інакше кажучи, суб'єкт має *індивідуальний хронотип* (Хр), за допомогою якого вимірюється безпосередньо пережита тривалість. Для визначення хронотипу хворого на психосоматичне захворювання використовується відношення: $X_t = t_s/t_0$, запропоноване Г.Еренвальдом [477]. Значення хронотипу є *безрозмірним*, але постійним показником для окремого індивіда, як в процесі переживання заданого проміжку часу, так і в акті його відтворення.

Психологічний зміст цього відношення зводиться до пояснення психосоматичного характеру переживання людиною суб'єктивного часу. Результат запропонованого відношення показує, що в переживанні людиною часу тривалість не гомогенна, не аморфна, а дискретна.

З іншого боку, у запропонованому методичному прийомі суб'єкт не пасивний, він виконує ті чи інші зовнішні або внутрішні дії. У цих діях він використовує певні засоби. Перед ним стоїть метрична задача, яку неможливо виконати без міри (вимірювання), і гіпотетично хронотип виступає у функції такої міри.

Інакше кажучи, суб'єкт вимірює тривалість собою, як він вимірює відстань у кроках. Але для вимірювання він використовує не зовнішні, а внутрішні засоби, власні, а саме, вбудований у нього «годинник» [394].

Водночас, ці годинники не однакові, вони індивідуальні для кожної окремої людини [418]. Результат запропонованого відношення пояснює, як живе та працює цей годинник не тільки в переживанні тривалості, а й у психосоматичному здоров'ї людини.

Хронотип індивіда виступає як центральний фактор у переживанні часу людиною, що пояснює періодичність прояву «переважаючих» захворювань у психосоматичних хворих. А саме, у індивідів із певним

хронотипом, їх «переважаюча» хвороба проявляється із певною «С-періодичністю».

Розглядаючи питання щодо «переважаючих» хвороб [418], ми виходили з відомого положення, що у кожного індивіда в залежності від належності до тієї чи іншої типологічної групи, в його організмі існує «*locus minoris resistentiae*» (місце найменшого опору). Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш вразливим наприкінці тривалого великого біологічного циклу або його тривалих чвертей. Простеживши «С-періодичність» захворювань, стає можливим стверджувати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які стають критичними. Саме у цих точках має місце загострення психосоматичного захворювання. Логічно виникає запитання, чому саме у цих точках проявляються загострення «переважаючих» хвороб?

Пояснення початку «переважаючих» хвороб, виходячи із запропонованої Б.Цукановим циклоїдної моделі переживання часу [418], пов'язане із уявленнями про фазову сингулярність (С.Шноль [430], І.Пригожин [269]). Під *фазовою сингулярністю* розуміють злиття часових фаз різних циклів у окремі точки (А.Уінфрі [389]). Відповідно до циклоїдної моделі (Б.Цуканов [418]), фазова сингулярність (ФС) має місце у точках, де кінець попереднього великого циклу зливається з початком наступного циклу.

Використовуючи передаточне число у зворотному порядку, стає можливим показати, що у п'яти точках фазових сингулярностей великого циклу зливаються кінці та початки все менших та менших періодів «ковзаючих коліс» аж до дихальних циклів та циклів «дійсного справжнього». Як зрозуміло, у окремо взятій фазовій сингулярності велика кількість кінців та початків життєвих циклів індивіда стискаються за мить до неймовірно малих розмірів. У цьому полягає головна *загроза фазової*

сингулярності, так як за мить зміни кінців початками організм немовби гине та народжується знову.

Дійсно, у багатьох дослідженнях (А.Уінфрі [389], Б.Цуканов [418]) встановлено, що причиною раптової зупинки дихання, фібриляції серцевого м'язу, внаслідок яких людина гине, є фазова сингулярність. Статистика стенокардії та інфарктів (Д.Елькін [434], Б.Цуканов [420]) переконує, що початок хвороби співпадає з фазовою сингулярністю у межах тривалого великого біологічного циклу індивіда.

Фазовою сингулярністю стає можливим пояснити вікові поворотні пункти, в яких мають місце «психологічні злами особистості». У цілому, модель «хронопсихологічного профілю особистості» дозволяє виокремити важливу роль фазових сингулярностей у періодичності прояву психосоматичних захворювань та своєчасності їх прогнозування.

Утім, хочемо наголосити, що сингулярність плину часу на рівні його безпосереднього переживання не виключає періодичність прояву психосоматичних захворювань (загострення, реконвалесценції та ремісії).

Аналіз факторів, які зумовлюють перебіг психосоматичного захворювання, дав підставу віднести до найважливіших передумов прогнозування психосоматичного порушення диференціацію часових характеристик у суб'єктів із цими розладами.

У зв'язку із цим, ключовими питаннями хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань стало виокремлення психолого-часових індикаторів цих порушень, а саме: виразності індивідуально-типологічних властивостей особистості, яка страждає на психосоматичне захворювання, в хронопсихологічному континуумі; диференціацію психосоматичних «факторів ризику» та аналіз психосоматичних аспектів болю як найважливішого симптому перебігу психосоматичних порушень.

«Хронотип» індивіда виступає як *центральний фактор*, на якому стало можливим сконструювати концепцію, що об'єднала соматичне і

психічне, здорове і хворе; концепцію прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

Механізм виявлення часу гострого розвитку порушень соматичної сфери на основі індивідуально-типологічних особливостей суб'єкта визначив подальші діагностичні, реабілітаційні, профілактичні й прогностичні заходи.

Таким чином, *хронотип* можна розглядати як індивідуальну здатність відтворювати проміжки часу, показник диференціації індивідуальних психологічних властивостей людини, який здатний переконати, що ознаки соматичних розладів узгоджені з ним й, відповідно, можуть бути досить прогнозовані й визначені з урахуванням типологічних груп, а також залежні від індивідуального психотипу.

Застосування у практичній діяльності знань про систему взаємозалежностей та їх співвідношення між індивідуально-типологічними особливостями, часовими характеристиками, фактором часу, хронотипом, психотипом та соматотипом у суб'єктів, що страждають на психосоматичні захворювання, мають принципове значення під час проведення цілеспрямованого психолого-соматичного впливу, у розробці своєчасного прогнозування розладу.

Аналіз факторів, які зумовлюють перебіг психосоматичного захворювання, дав підставу віднести до найважливіших передумов прогнозування порушення диференціацію часових характеристик у суб'єктів із цими розладами.

На нашу думку, метод визначення хронотипу дозволить вирішити ряд завдань у галузі клінічної психології. У зв'язку із цим, ключовими питаннями хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань стало виокремлення психолого-часових індикаторів цих порушень, а саме: виразності індивідуально-типологічних властивостей особистості, яка страждає на психосоматичне захворювання, в хронопсихологічному континуумі; диференціація психосоматичних

«факторів ризику» та аналіз психосоматичних аспектів болю як найважливішого симптому перебігу психосоматичних порушень.

Таким чином, урахування визначених у концепції індивідуальних особливостей відношення до часу має надзвичайно важливе значення для розв'язання проблеми хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань. Такі передумови, з одного боку, надають можливість представити як єдину систему все різноманіття “зовнішніх” та “внутрішніх” факторів, що впливають на перебіг психосоматичного розладу, а з іншого, – дають змогу точніше визначити заходи щодо хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань при вирішенні завдань психопрофілактики психосоматичних порушень.

Це означає, що ми звернулись до розгляду питання перебігу психосоматичних захворювань із врахуванням типологічних груп. Ю.Поляков пише, що у „різних типів людей переважають різні хвороби, сама хвороба протікає у них по-різному, по-різному проходить і процес видужання, реабілітації в залежності від індивідуальних особливостей психіки людини” [266, с.56-57]. Як зазначалось раніше, Гіппократ, розташовуючи типологічні групи у лінійному порядку, вважав, що холерики за своїми захворюваннями є повною протилежністю флегматикам. Сангвініки хворіють за типом холериків, а у меланхоліків переважають флегматичні та холеричні хвороби. Цей порядок розташування типологічних груп, встановлений Гіппократом, має відношення і до психосоматичних хвороб [108, с.132-136]. Зміст ідеї Гіппократа про існування типологічних груп зі своїми „переважаючими” хворобами зводиться до того, що сама хвороба локалізується у групі і за її межі не виходить. Тобто, домінантна хвороба є одним із об'єктивних показників належності індивіда до певної типологічної групи.

Особливу увагу звертають на себе психосоматичні хвороби, оскільки розвиток та плин таких хвороб має часову розгортку, з періодами

загострення та ремісії (затухання) перебігу. У дослідженнях Б.Цуканова [419] представлені результати, які переконують нас, що домінантна хвороба локалізується у межах своєї типологічної групи. Розподіл післяінфарктних хворих дав чіткий поділ безперервного спектру „ τ – типів” на типологічні групи [421, с.94]. Ці результати дослідження відповідають тому, як Гіппократ пояснював походження хвороб у представників певних типологічних груп перевагою однієї з чотирьох рідин в організмі.

Таким чином, ми підходимо до розгляду питання „психосоматичних захворювань ” з позиції законів переживання часу [420]. А що стосується часу, то Д.Елькін зазначав: „Сприйняття часу, відображаючи об’єктивну реальність, дає людині змогу орієнтуватися у зовнішньому середовищі, причому дає об’єктивно вірну уяву про нього” [434, с.36]. Використовуючи вираз М.Шагіняна стосовно того, що кожен індивід має свій „маленький Хронос”, Б.Цуканов додав: „Зі своєю швидкістю перебігу часу і зі своєю часовою перспективою” [416, с.233]. І.Павлов розглядав питання про ті процеси, які мають місце у мозку людини за умов сприйняття тривалості, швидкості та послідовності і прийшов до висновку, що „мірою часу” в нервовій системі є зміна збудження гальмуванням [251, с.381-382]. Д.Елькін розглядав залежність точності відтворення тривалості від типу темпераменту [435, с.25-28]. Він звернув увагу на деякі відмінності у точності відтворення проміжків часу в холериків, сангвініків, меланхоліків, флегматиків, але не дав повного опису ставлення до актуального переживання часу представниками цих чотирьох типологічних груп. В.Богораз писав, що кожен живий індивід має свій власний час, тобто сангвінік – один, флегматик – інший [58, с.109-111]. На його думку, хоча ці розрізнення й невеликі, все ж повного співпадання аж ніяк не існує. У працях Б.Цуканова [416] науково доведено, що представникам різних типологічних груп не тільки притаманний „різний час”, а й має місце схожість ставлення до переживання часу в індивідів, які

належать до однієї типологічної групи, що вказує на наявність узагальнених профілів, які співставляються класичній типології темпераментів. Загалом, він виділяє й детально аналізує п'ять типів профілів [415].

У кожного з дослідників темпераменту (Гіппократ [108], Г.Айзенк [7], І.Павлов [252]), типологічні групи розташовуються у своєму порядку, що не дозволяло узгодити їх один з одним (Я.Стреляу) [367]. Тому для визначення природного порядку типологічних груп ми пропонуємо перевірити ступінь виразності таких властивостей темпераменту як *"екстраверсія-інтроверсія" в спектрі хромотипу індивідів, які страждають на психосоматичні захворювання.*

Такі відомі дослідники часу, як Є.Головаха, А.Кронік [111], П.Фресс [394], Д.Елькін [437] зазначали, що людство у процесі відтворення зберегло себе у стійких межах типологічних груп упродовж усієї попередньої історії. Тому й індивідуально зумовлені особливості відношення до часу вплинули на діяльність суб'єктів, їх філософські узагальнення, політичні погляди, поетичні твори. На переконання І.Білявського [41, с.253], аналіз таких впливів дає змогу досить чітко відтворити індивідуальну своєрідність історичних особистостей. П.Фресс [394] наголошує, що консервативної ідеології притримувались суб'єкти з орієнтацією у минуле, а радикальної – ті, котрі звертались у майбутнє. Б.Цуканов підкреслює, що „особистість вибудовує своє ставлення до часу в історичному і навіть у космічному масштабі, враховуючи у ньому і час життя свого носія – індивіда ” [416, с.176]. Тому учений приходиться до висновку, що між профілем індивідуально зумовленого відношення до часу і часом особистості немає лінійного зв'язку. Щоб оволодіти часом, треба, згідно з виразом П.Фресс, досягти „мудрості старих ” та прийняти час таким, яким він даний кожному із нас – з його тривалостями, нестачею та ненадійністю [394, с.45-46]. Враховуючи індивідуальні особливості щодо динаміки переживання часу та узагальнені профілі індивідів,

спробуємо визначитися з критеріями типології домінантних хвороб. Для цього необхідно відповісти на запитання: чи існує диференціація «факторів ризику» психосоматичних захворювань?

Сучасна медицина також офіційно прийшла до визнання факту, що всі причини психосоматичних захворювань треба шукати не в зовнішніх, а у внутрішніх процесах індивіда, враховуючи прояв останніх у поведінці особистості [244].

Так у медицині виникло вчення про «фактори ризику», до яких переважно входять конституційні та поведінкові ознаки, пов'язані із типом індивіда [421]. До захворювань типу «психосоматичні захворювання» відносяться хвороби печінки, жовчного міхура, серцево-судинні захворювання, хвороби нирок та статеві системи, шлунку та кишечника, нервової системи. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на першому місці серед психосоматичних захворювань - серцево-судинні захворювання (ССЗ). Від них страждає $\frac{1}{4}$ дорослого населення земної кулі. Вони – причина кожної другої смерті, кожної третьої інвалідності [27]. Тому увага медиків всього світу прикута до проблеми серцево-судинних захворювань. Спільно з психологами медики ведуть дослідження із вилучення «факторів ризику», які нібито призводять до кардіокатастроф (інфарктів міокарда). Таких «факторів» нараховується близько тридцяти. Серед них - конституційні (надмірна вага, ожиріння), вісцеральні (артеріальна гіпертонія), поведінкові (куріння, конкурентність, поспішливість) та типологічні відмінності (часто прихована агресивність, підвищена або висока тривожність) [268]. Не зважаючи на детальне дослідження «факторів ризику», вчені дійшли висновку, що ними можна пояснити лише половину випадків захворювань порушення ритму серця [225], [244], [250], [255], [257], [266], [389].

Медикам також відомо, що в природі людської популяції по відношенню норми кров'яного тиску існують індивіди з гіпертонічною та гіпотонічною тенденціями [268, с.45]. Враховуючи те, що кожний четвертий

дорослий житель планети страждає на серцево-судинні захворювання, а «фактори ризику» дають пояснення виникненню хвороби лише у кожного восьмого, то можна спробувати перевірити місце розташування таких хворих у типологічних групах. Для цього достатньо використати як показник належності до типологічної групи індивідуальну часову спрямованість особистості, яка страждає на психосоматичне захворювання.

Вимірюючи цей показник у постінфарктних (ті, що перенесли інфаркт) індивідів, можна визначити місця їх локалізації в групах психотипу [418]. Так, постінфарктні хворі мають локалізуватися за своїми психологічними властивостями в межах двох типологічних груп: помірно екстравертованої та помірно інтровертованої. Саме в зонах локалізації цих індивідів має місце підвищений та високий рівень тривожності.

Серцево-судинні захворювання часто супроводжуються порушеннями ритму серця. Психологічні передумови розвитку цих порушень залишаються нез'ясованими. На особливу увагу заслуговує вивчення особистісних рис хворих та побудова психологічного портрету пацієнтів із функціональними порушеннями ритму серця.

Із точки зору медицини, розлади ритму серця – це зміна нормальної частоти чи (і) ритму серцевих скорочень, а також порушення перебігу імпульсів, що виявляється як розлад чіткої наступності порушення передсердя і шлуночків або синхронності їх роздільних скорочень [290]. У вітчизняній і світовій медицині прийнятий розподіл аритмій на функціональні й органічні. Перші виникають у людей зі здоровим серцем, але під впливом зовнішніх щодо серця факторів, зокрема, психоемоційних та фізичних навантажень, алкоголю, психотропних речовин тощо; другі – під час ушкодження міокарда або клапанного апарату, тому ускладнюють основне захворювання. До останньої групи відносяться аритмії, пов'язані з ендогенною й екзогенною інтоксикацією, токсичним впливом лікарських засобів (серцеві глікозиди, адреналін, анестетики та ін.) [268].

Розлади ритму пов'язані з порушенням вегетативної регуляції серця. Саме тому вони класифікуються як соматоформні вегетативні дисфункції і в етіопатологічному відношенні належать до категорії психосоматичних розладів. Зазначимо, що різні порушення серцевого ритму постійно реєструються у майже здорових людей. Такі аритмії при разовому обстеженні виявляються в невеликому відсотку випадків (не більше 2%). Проте під час тривалого моніторингу ті чи інші розлади серцевого ритму можуть бути виявлені практично в кожного третього з обстежуваних здорових людей ($30 \pm 2-3\%$) [311]. В останніх аритмії виникають на короткий період, переважно під час фізичних, психоемоційних навантажень, коли людина відчуває прискорене чи, навпаки, уповільнене биття серця. Такі аритмії не потребують медичного втручання. Натомість, про функціональні порушення ритму серця говорять тоді, коли людина «фіксується» на переживанні за своє серце унаслідок виникнення страху розвитку серйозної хвороби серця без наявних причин, за необхідності проводити постійні медичні обстеження. Порушення зазначеного ритму при цьому мають місце достатньо тривалий час чи повторюються періодично [291].

Нешкідливі на початкових етапах функціональні порушення ритму серця все ж під дією психічних навантажень можуть призвести до розвитку його важких хвороб. Тим більше, що, за даними ВООЗ, хвороби системи кровообігу займають перше місце у структурі загальної смертності населення України. Крім того, за цим показником Україна знаходиться на першому місці серед країн Європи із відсотком хвороб систем кровообігу в загальній смертності – 62,2%, тоді як у Європі цей показник становить 50,5% [27]. Отож, важливого значення набувають дослідження особливостей особистості хворих із функціональними порушеннями ритму серця задля своєчасного прогнозування розвитку, корекції їхньої поведінки та емоційного стану. Це також потрібно лікарям під час лікування та профілактики функціональних аритмій серця, які не пов'язані із його органічними ураженнями і є психогенними за своєю природою. Водночас,

за даними спостережень, хворі з функціональними порушеннями ритму серця, в залежності від формовияву, відрізняються проявами поведінки. Так, індивіди, у яких функціональні порушення ритму супроводжуються тахікардіями, у поведінці наполегливі, схильні брати на себе відповідальність за власні дії, контролювати події. Вони мало прислухаються до думок інших, зокрема, лікарів, що виявляється в негативізмі. Водночас, більшість таких пацієнтів не сприймають своє захворювання як психогенне, наполегливо шукають допомоги у лікарів (скажімо, хворий кілька разів приходиться до лікарні і вимагає, щоб його почали лікувати), проте під кінець лікування типовою є позиція, що їм нічого не допомогло і вони навіть стали почувати себе гірше.

Хворі, у яких функціональні порушення ритму супроводжуються брадикардіями, відрізняються вразливістю, тривожністю, хоча й намагаються її «придушити», «побороти» у собі, що підтверджує наявність саме дисфункціональних думок у таких пацієнтів. До того ж, очікування сумних подій у майбутньому, їх украй песимістичні інтерпретації, негативна думка про себе у стресових ситуаціях породжують тривогу, зневіру в позитивне розв'язання життєвих проблем, недовіру до навколишніх. А з іншого боку, існують контролюючі намагання, судження типу «потрібно», «треба» та «слід», що свідчать про велику кількість яскраво виражених соціальних стереотипів [292; 331].

Отже, у хворих із функціональними порушеннями ритму серця існує конфлікт між бажанням бути соціально «правильними» і прийнятими навколишніми, з одного боку, і недовірою до світу та інших людей – з іншого. Це вказує на психогенний характер функціональних порушень ритму серця.

Якщо порівняти ставлення до часу індивідів із різними формами прояву аритмій, то з'ясується, що суб'єкти з *відносною тахікардією* мають тенденцію до переоцінки та недовідмірювання запропонованих проміжків часу. Суб'єкти з *відносною брадикардією* недооцінюють та перевідмірюють

проміжки часу. Для порівняння зазначимо, що суб'єкти з *нормокардією* (без порушень ритму) дають приблизно однакове число відхилень як у бік перевідмірювання та недооцінки, так і в бік недовідмірювання та переоцінки інтервалів [314]. Таким чином, можна припустити, що кореляційне відношення між хронотипом та частотою серцевих скорочень, як у прямому, так і в зворотному порядку, існує.

Сучасна медицина надає перевагу інфекційному чиннику у виникненні виразкових процесів у шлунку. Тобто Нр-фактору – паличці, якій притаманна афазія (здатність проникнути у клітину), що зумовлює перебіг процесів рецидиву хвороби. У такий спосіб пояснюється процес хронізації даних захворювань. Серед агресивних чинників, які сприяють хворобам шлунку, виділяють: гіперпродукцію соляної кислоти, дію пепсину, порушення рухової функції шлунку, наявність нестероїдних та стероїдних гормонів (кортикостероїдів), гіперпродукцію жовчі. Однак критичний аналіз цих даних показує, що вказані чинники ризику можуть з'ясувати причину приблизно у половині випадків виникнення та розвитку хвороб шлунку в людській популяції. У 35% від загальної кількості числа індивідів, котрі страждають на хвороби шлунку, існує так звана безсимптомна форма, яка призводить до розвитку виразкового процесу, але не супроводжується факторами ризику [27; 337]. На сьогодні гастроентерологи пропедевтично не знають, у кого може бути така клінічна форма хвороби шлунку, як гастрит чи виразкова хвороба.

Проблема хвороб шлунку ще далека від свого остаточного вирішення. Одна з причин цього полягає в недостатньому вивченні двох моментів, що стосуються самої суті захворювання: по-перше, хвороби шлунку є неінфекційним процесом, від якого страждає 20% населення земної кулі; по-друге, вони діють як хронічні, тобто їхній розвиток та плин має часову організацію, а такі їх клінічні форми, як гастрит та виразкова хвороба шлунку, виявляються у певному віці. Оскільки кількість індивідів, які страждають на хвороби шлунку в людській популяції, згідно зі світовою

статистикою, залишається відносно постійною, то імовірно припустити, що є індивіди (або група індивідів), котрі «переважно» хворіють на шлунок [296; 339]. Якщо такі персоналії і групи «переважальників» шлункової хвороби справді існують, то й так звані фактори ризику цієї хвороби у початкових формах можна легко виявити в осіб цього психотипу задовго до їх вірогідної дії. Враховуючи психологічні особливості поведінки індивідів, можна припустити, що хронотип таких пацієнтів, у яких «переважають» хвороби шлунку, знаходиться у діапазоні дуже інтровертованих індивідів.

Зокрема, встановлено, що велику групу хронічних захворювань становлять хвороби органів, які беруть участь у процесі травлення їжі в шлунково-кишковому тракті. Передусім йдеться про холецистити, панкреатити та дискинезії жовчовивідних шляхів. У медичній практиці спостерігається схильність окремих індивідів до хвороб жовчного міхура, підшлункової залози та жовчовивідних шляхів, хоча засобів передбачати те чи інше захворювання досі не існує. Спостерігається узгодження між віком індивіда та періодом прояву хронічного захворювання печінки та жовчного міхура у контингенту пацієнтів, які мають виражену екстравертованість. Такі індивіди характеризуються високою екстраверсією, стабільністю, а збудження у них в 2 рази переважає над гальмуванням. До того ж вони цілеспрямовані та агресивні у поведінці [300]. Результати теоретико-емпіричних досліджень агресивності дають змогу розглядати її як відображення диференціації «місць найменшого опору» в індивідів із урахуванням базового емоційного забарвлення їх поведінки (Д.Елькін [434], Б.Цуканов [416] та ін.). Індивіди з таким хронотипом наближаються до категорії виражених екстравертів.

Індивіди з хронотипом, що проявляється вираженим перевідмірюванням проміжків часу, які страждають на хронічні хвороби шлунку, вирізняються вираженою інтроверсією та стабільністю, високим рівнем збудження і гальмування, що врівноважують один одного, а рухливість у них вдвічі нижча, ніж у хронотипів інших індивідів [304]. Ось

чому вони спокійні, продуктивно працюють у знайомій ситуації, а типологічно віднести їх можна до дуже інтровертованих.

Таким чином, враховуючи психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда, схильного до захворювань шлунково-кишкового тракту, є можливість передбачити місце його найменшого опору. Щонайперше, такі окремі нозологічні форми захворювань, як гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, холецистити, панкреатити, дискинезії жовчовивідних шляхів, закрепи, емоційні діареї.

Комплексного психолого-соматичного обстеження потребують хворі нефроурологічного профілю з метою вивчення їх психологічного та соматичного стану. Дослідницька процедура має бути спрямована на виявлення взаємозв'язку і взаємозалежності індивідуально-типологічних особливостей у суб'єктів із соматичними порушеннями від часових параметрів (часових характеристик, фактора часу, хронотипу) і співвідношення між ними. Для суб'єктів із соматичними порушеннями нефроурологічного профілю характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками екстраверсія – інтроверсія й нейротизм – стабільність домінує серединний або амбівертний тип спрямованості. *Амбівертний тип спрямованості* – це своєрідна умовна критична точка, через яку проходить межа між двома типами спрямованості особистості: екстравертним і інтровертним [302]. Таким чином, запропонований механізм визначення часу гострого прояву нефроурологічних захворювань або часових «зон ризику» дозволить розробити модель схематичного відображення часових періодів розвитку соматичних порушень, тобто уявити, як відбувається формування психосоматичних порушень у певних вузлових точках або точках *біфуркації*.

Обстеження індивідів, які страждають на різні за нозологічними формами хронічні психосоматичні захворювання, дасть можливість прогнозувати розподіл психологічних та клінічних симптомів цих хвороб у групах хронотипу та побудувати *«психологічний профіль особистості»*

таких хворих. Це надасть можливість виокремити основні психологічні діагностичні критерії прояву кожної окремої патології та з їх урахуванням розробити відповідні медико-психологічні реабілітаційні заходи щодо попередження загострення хронічного психосоматичного процесу [308].

Аналізуючи локалізацію хвороб в межах чотирьох типологічних груп, не можна не висловити захоплення на адресу «грецького генія» Гіппократа. Згадаймо, «холе» - це волога, яку виробляє печінка, а накопичує жовчний міхур. Саме ці органи і підлягають хронічному захворюванню в індивідів холероїдної групи. «Сангвіс» - це волога, яку безупинно переганяє серце. Саме в осіб сангвіноїдної групи зафіксовані найтяжчі інфаркти міокарда.

«Мелана холе» - чорна жовч, тому що вона змішана з кров'ю. Сам Гіппократ говорив, що меланхоліки знаходяться в самому невідному становищі, адже страждають хворобами і холериків, і сангвініків, і флегматиків. Так, справді, враховуючи чутливість меланхоліка, можна погодитися з тим, що у нього «все болить». Але не дарма Гіппократ убачав саме «чорну жовч» у цього типу, бо, поруч з інфарктами (які, до речі, частіше дрібні), високий стрибок кров'яного тиску призводить до розриву судин головного мозку, що називається інсультом [108].

«Флегма» - прозора слизь, якої дуже багато в шлунку людини, тому шлунок флегматика найбільш вразливий, і виразки тут дуже складні.

У зоні «рівноважного» типу локалізуються хвороби нирок та статевих органів.

Наведене порівняння повністю підтверджує глибоку правоту спадщини Гіппократа. В кожному типі він убачав *психосоматичну єдність із «місцем найменшого опору»* (*locus minoris resistentiae*), котре для кожного типу є найбільш вразливим у певному віці, що пов'язано з тривалістю біологічного циклу життя індивіда.

Цікаво порівняти отриманий розподіл хронічних захворювань за типологічними групами зі стародавніми поглядами тибетської медицини. Наведемо віршоване викладення цих поглядів, зроблене Л.Олзоевою [248]:

Наши чувства строят наше здоровье.
 Если ты испытываешь страх,
 Ты готовишь себе болезни почек.
 Если ты испытываешь гнев,
 Твои печень и желчный пузырь пострадают.
 Печаль и стеснение духа омрачают
 Болезнью сердце и разум.
 Гордыня, невежество, страсть, зависть и злоба –
 Эти чувства (если ты их испытываешь)
 Ударят тебя беспощадно.
 Будь себе другом.
 Стань себе лучшим врачом.
 Найди причину своей болезни в самом себе.

У наведеної поетичній формі відображена диференціація місць найменшого опору в індивідів з урахуванням базового емоційного забарвлення їх поведінки. Центральне чи провідне емоційне забарвлення характерне для представників різних типологічних груп. Так, злість і гнів переважають в осіб дуже екстравертованої групи, що і було помічено тибетськими лікарями як ознака захворювання печінки. «Стиснення духу» як особливий емоційний стан властиве тривожним персонам, а такими є представники помірно екстравертованої та помірно інтровертованої груп, у яких проявляються захворювання серця. Сум, туга характерні для помірно інтровертованих, у яких наявні інсульти як послаблення нервової системи. Ситуаційний страх у межах поведінки «тут і зараз» має місце в «урівноважених» індивідів. Причому, це не страх меланхоліка, який стає інколи особистісною рисою (боягузство), а страх «обережності без боягузства». Ось чому тибетські лікарі вбачали у формовияві такого страху причину захворювання нирок, що і може бути підтверджене диференціальним методом в «амбівертованих» особистостей.

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

Водночас, треба відзначити, що належність індивіда до типологічної групи – це природно (вроджено) обумовлена належність. Знати свою належність – це знати і місце найменшого опору в своєму організмі, яке за певних умов може стати найбільш вразливим. Та чи це означає приреченість та фатальну неминучість захворювання тієї системи, яка є місцем найменшого опору? Зовсім ні, тому що знання слабкого місця дає ключ до того розпливчастого поняття, яке називається «здоровим способом життя». Саме знання дає особистості можливість побудувати ставлення до власного організму таким чином, щоб не допустити розладів і зламів у місці найменшого опору. «Стань собі лікарем сам!» З іншого боку, знання слабкого місця організму дає лікарям ключ до ефективної профілактики та попередження психосоматичних захворювань. Тому треба підкреслити, що збереження здоров'я – це задача, яку успішно можна розв'язувати в межах спільних психолого-медичних технологій, використовуючи наукові надбання медичної психології.

Медична практика автора переконує, що своєчасно проведена профілактика хронічного психосоматичного захворювання двічі на рік (весна-осінь) при використанні відпрацьованих схем диспансерного спостереження не запобігає загостренню захворювання у хворих на хронічні розлади. Тобто, не зважаючи на проведені профілактичні заходи, у людей виникають загострення захворювань у різні пори року. Це означає, що ці заходи були проведені не своєчасно у зв'язку з тим, що медицина неспроможна передбачити загострення хронічного процесу. Пояснення знаходимо у тому, що в медичній практиці відсутній принцип індивідуального підходу у лікуванні та профілактиці захворювання, який би

вимагав комплексного врахування психологічних особливостей кожної особистості.

Для вирішення цієї проблеми необхідно звернутись до оцінки тривалості С-періоду [416], а саме до хронотипу та періодичності загострення психосоматичного захворювання. Для кожної групи хворих розраховується середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання у значенні С-періоду та переводиться у роки. За законом переживання часу суб'єктом, С-період визначається за формулою:

$$C = 8,5 X_T \text{ (років),}$$

де X_T – хронотип індивіда.

Б.Ананьєв підкреслює, що ці цикли та фази розвитку «є характеристики часові» і не можуть бути незалежними від ходу центрального годинника індивіда [20]. Виявлено, що в індивідів із гіпертонічною тенденцією через періоди $T_p = 3$ спостерігається різкий стрибок артеріального тиску, що слушно розглядати як своєрідну позначку моменту «кінець-початок» багатодобового циклу в часі, котрий переживається суб'єктом.

Якщо життя індивіда складається із циклів, що змінюють один одного, то чи не проявить себе С-період у перебігу психосоматичних захворювань.

Таким чином, поняття «С-період» може розглядатись як *психолого - часовий індикатор загострення хронічного психосоматичного захворювання.*

Аналіз віку хворих на соматичні розлади від дати народження до початку загострення дасть можливість прослідкувати, як проявить себе «місце найменшого опору» у вузлових точках – *точках біфуркації* прояву «переважаючих» хвороб. Простеживши «С-періодичність» захворювань, можна буде стверджувати, чи дійсно є у житті індивіда ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними, і чи саме у цих точках спостерігаються загострення психосимптоматики хронічних захворювань; а також визначитись з тривалістю періодів реконвалесценції (видужання) та ремісії

(затухання) хвороби у кожного окремого хворого. А чому саме тут відбувається загострення хвороби? Відповідь на це запитання знаходимо у теорії переживання часу, яка пояснює, що природа часової спрямованості суб'єкта пов'язана з біоенергетичними процесами в організмі індивіда, і будь-який біоенергетичний цикл має розгортання на «стрілі внутрішнього часу» організму [416]. За завершений період в організмі проходить ряд внутрішніх змін, що призводять до зовнішніх змін фізіологічного та психологічного характеру. Для більшості людей із хронічними психосоматичними захворюваннями спільним є те, що загострення клінічних проявів хвороби не тільки збігаються з початками чверті поточних циклів та з їх закінченням, але і починають повторюватися з періодичністю $\frac{1}{4} C$, $\frac{1}{2} C$, $\frac{3}{4} C$ залежно від належності до типологічної групи. Хвороба набуває хронічного характеру тому, що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.

Своєчасна комплексна психологічна та комбінована медикаментозна профілактика створить умови для запобігання його загострення та допоможе зупинити хронізацію самого патологічного процесу.

Така диференціація необхідна і в медицині, й у психології, тому що вона відповідає на запитання: у кого, коли й у якій формі можуть виникнути хронічні неінфекційні соматичні, а водночас і *невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади*.

Проблема суміжних нервово-психічних розладів зазнала відомої трансформації з вузько клінічної в широку проблему дослідження закономірностей формування нормальних і аномальних індивідуальностей, тобто в проблему вивчення темпераменту, характеру й особистості в цілому. Існуючі на сьогодні класифікації суміжних форм патології настільки фрагментарні та різноманітні, що жодна з них не може бути основою для єдиної систематики усіх форм суміжних станів [313].

Хочеться відзначити, що часовий фактор суміжних нервово - психічних захворювань завжди розглядався дуже приблизно.

Згідно з даними Г.Ушакова, суміжні розлади мають досить чітку вікову періодичність [390]. Невроз не може виникнути в результаті тільки психічної травми. Його формування відбувається тоді, коли психічній травмі передують явища перенапруження, стомлення, виснаження психіки.

В останні роки було проведено ряд досліджень, які доводять, що однотипні психічні травми викликають різні форми реактивних станів залежно від індивідуальності пацієнта. У цьому випадку нові обставини астенизують нервову систему, і тоді найменший привід може призвести до неврозу, зміст якого виявляє зв'язок із раніше пережитою ситуацією, що травмує. В одних психічна травма ніколи не призводить до реактивного стану, в інших – та сама травма в аналогічних умовах викликає то параною, то депресію, то неврастенію, то конверсійну істерію, то obsесивно-компульсивні розлади, то, нарешті, соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи або інші варіанти соматоформних розладів.

Для виникнення неврозу необхідно, щоб діюча психічна травма була достатньо сильною і викликала дисфункцію вегетативної нервової системи чи щоб остання у даного індивіда виявилася преморбідно особливо вразливою [85; 351].

О.Кербіков наголошував, що психічне життя людини формується "...під впливом навколишнього середовища, статі, віку і темпераменту" [158, с.122]. За даними автора, вік обстежуваних, як правило, накладає свій відбиток на ступінь невротизації хворих [158, с.145]. Середній вік, у якому завершився патологічний розвиток для загальмованих особистостей - $13.3 \pm 1,4$ року, для істеричних — $14,7 \pm 1,9$ року, для збудливих - $22,1 \pm 1,9$ року [424]. При цьому, частота і виразність реакцій, як правило, тим більші, чим старший вік обстежуваних. Особливо яскраво виражені явища акцентуованості, а, отже, й ризик виникнення суміжних розладів, які мають місце у віці після 21 року, а ще більше - після 31 року, тобто *фактор часу* істотно впливає на виникнення, формування і розвиток суміжних нервово-психічних захворювань.

Давно відомо, що уроджений механізм центрального годинника індивіда запускається з моменту народження і безупинно вимірює хід пережитого часу протягом усього його життя. Згідно з П.Фресс, життя індивіда від народження до смерті може бути розбитим на ряд періодів [394]. Він же виділив у житті індивідів поворотні пункти, тобто певний вік, у якому відбуваються "психологічні злами", і назвав їх вузловими точками. Багато дослідників наводять вікову періодизацію онтогенетичного розвитку людини і виділяють фази соматичного, статевого, нервово-психологічного, інтелектуального дозрівання [394], [425], [434]. Ці цикли і фази розвитку є часовими характеристиками і не можуть бути незалежні від ходу центрального годинника індивіда. У концепції психології часу неоднорідність онтогенетичного розвитку описана *циклоїдною моделлю часу*.

Враховуючи, що невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади мають вікову періодичність, можна виділити зону локалізації суміжних розладів відповідно до існуючих типологічних груп (і визначити часові рамки їхнього виникнення з погляду їх специфіки пережитого часу). Виходячи з циклоїдної моделі переживання часу зрозуміло, що початок і кінець великого біологічного циклу рознесено на величину C (великого біологічного циклу), яка, у свою чергу, поділяється на чверті. Життя будь-якої людини складається з декількох великих біологічних циклів. Але незалежно від того, який за кількістю великий біологічний цикл переживає людина на даному етапі, його чверть є критичною, організм знаходиться на мінімумі своїх можливостей, на спаді, і будь-яка стресова ситуація, можливо, навіть незначна, є пусковим механізмом для розвитку суміжних розладів [421].

Отже, з погляду психології часу є можливість виділити зону найбільш гострого прояву суміжних нервово-психічних розладів, а також розрахувати середньостатистичного індивіда, чий хронотип є найбільш вразливим до виникнення невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладів.

Використовуючи С-періодичність, можна з точністю, яку має власний годинник індивіда, розрахувати критичний період, коли нервовий зрив виявляється в гострій формі.

Водночас, стає можливим прослідкувати диференціацію неврастенічних розладів за нозологічними формами у типологічній групі хронотипу, яка необхідна і в медицині, й у психології, тому що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть виникнути неврастенічні розлади.

Таким чином, «хронотип» індивіда може виступити як центральний фактор, на якому можна було б сконструювати концепцію, що об'єднала б соматичне і психічне, здорове і хворе; концепцію прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

Механізм виявлення часу гострого розвитку порушень соматичної сфери на основі індивідуально-типологічних особливостей суб'єкта визначить подальші діагностичні, реабілітаційні, профілактичні й прогностичні заходи.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз проблеми прогнозування перебігу психосоматичних захворювань дозволив прийти до наступних висновків:

1. Жодна із існуючих психосоматичних теорій не може виступити підґрунтям у питанні щодо прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, оскільки не дозволяє достовірно пояснити всі ланки етіології і патогенезу цих порушень.

2. Більшість робіт, присвячених вивченню психосоматичних співвідношень при захворюваннях внутрішніх органів, здебільшого не в змозі спрогнозувати перебіг цих розладів. А тому для пояснення механізму формування психосоматичної патології надзвичайно важливим є пошук нових психолого - часових факторів патогенезу.

3. Урахування визначених у цьому розділі індивідуальних особливостей відношення до часу має надзвичайно важливе значення для

розв'язання проблеми хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань. Такі передумови, з одного боку, надають можливість представити як єдину систему все різноманіття “зовнішніх” та “внутрішніх” факторів, що впливають на перебіг психосоматичного розладу, а з іншого, – дають змогу точніше визначити заходи щодо хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань при вирішенні завдань психопрофілактики психосоматичних порушень.

4. *Хронотип* можна розглядати як індивідуальну здатність відтворювати проміжки часу, показник диференціації індивідуальних психологічних властивостей людини, який здатний переконати, що ознаки соматичних розладів узгоджені з ним й, відповідно, можуть бути досить прогнозовані й визначені з урахуванням типологічних груп, а також залежні від індивідуального психотипу.

8. Поняття «С-період» може розглядатись як психолого-часовий індикатор загострення хронічного психосоматичного захворювання. Своєчасна комплексна психологічна та комбінована медикаментозна профілактика створить умови для запобігання його загострення та допоможе зупинити хронізацію самого патологічного процесу.

9. Реляційна концепція часу виступила підґрунтям для пояснення періодичності прояву психосоматичних захворювань, відповідно до якої людині притаманні власні часові властивості і щодо принципу об'єктивності – ці властивості виявляються у тривалості, що переживається реально. За певний період в організмі людини відбувається ряд внутрішніх змін, що призводять до зовнішніх змін фізіологічного та психологічного характеру, які зумовлюють стани як здоров'я, так і хвороби людини. Дослідження у цьому напрямку Г.Вудроу, Д.Катца, Т.Кольмана, В.Лисенкової, П.Фресса, Г.Шляхтіна, Д.Елькіна, Б.Цуканова дозволили описати характер і величину часової помилки, яка виникає як розбіжність між заданим проміжком часу (t_0) і суб'єктивною відповіддю випробуваного (t_s).

Якщо взяти до уваги ту обставину, що Г.Вудроу та П.Фресс використовували проміжки часу до 30 с, Т.Кольман - до 3 хв., а в експериментах Б.Цуканова та в наших дослідженнях були проміжки часу до 5с, і врахувати, що практична рівність похибки відокремлена кількома десятиліттями, то можна сказати, що методом відтворення тривалості запропонованих проміжків часу досліджувався механізм спрямованості суб'єкта на час, тобто *індивідуальний хронотип індивіда*.

Оскільки в зоні довгих інтервалів величина часової помилки є незмінної, то це можна пояснити тим, що методом відтворення тривалості визначається постійна величина, як в акті переживання заданого проміжку, так і в акті його відтворення, яка визначає таку особистісну рису, як спрямованість особистості на час (екстравертованість-амбівертованість-інтровертованість) і визначається індивідуальною здатністю відтворювати запропоновані проміжки часу.

Це означає, що суб'єкт має індивідуальний хронотип (Хт), за допомогою якого вимірюється суб'єктивне сприйняття часу.

10. Психологічний зміст цього відношення зводиться до пояснення психосоматичного характеру переживання людиною суб'єктивного часу. Результат запропонованого відношення показує, що в переживанні людиною часу тривалість не гомогенна, не аморфна, а дискретна.

З іншого боку, суб'єкт не пасивний, він виконує ті чи інші зовнішні або внутрішні дії. У цих діях він використовує певні засоби. Перед ним стоїть метрична задача, яку неможливо виконати без міри (вимірювання), і гіпотетично хронотип виступає у функції такої міри.

Суб'єкт вимірює тривалість собою, як він вимірює відстань у кроках. Але для вимірювання він використовує не зовнішні, а внутрішні засоби, власні, а саме, вбудований у нього «годинник».

Пояснення початку «переважаючих» хвороб, виходячи із запропонованої циклоїдної моделі переживання часу, пов'язане із уявленнями про фазову сингулярність. Під фазовою сингулярністю

розуміють злиття часових фаз різних циклів у окремі точки. Відповідно до циклоїдної моделі, фазова сингулярність має місце у точках, де кінець попереднього великого циклу зливається з початком наступного циклу.

11. Виходячи із циклоїдної моделі «ковзаючих коліс» переживання часу, стало можливим пояснити початок прояву психосоматичних захворювань. Арка циклоїда відображає повний оберт „колеса” біологічного циклу. Якщо площі під аркою надати зміст біоенергетичного потенціалу індивіда, як пропонував Ю.Кривоногов у своїх дослідженнях, то початок психосоматичних захворювань буде співпадати з кінцем біологічного циклу або з кінцем його тривалої чверті, тобто з окремими віковими точками життя, в яких потенціал досягає мінімуму. Використовуючи передаточне число у зворотному порядку відповідно до циклоїдної моделі, стає можливим показати, що у п'яти точках фазових сингулярностей великого циклу зливаються кінці та початки все менших та менших періодів «ковзаючих коліс» аж до дихальних циклів та циклів «дійсного справжнього». Як зрозуміло, у окремо взятій фазовій сингулярності велика кількість кінців та початків життєвих циклів індивіда стискаються за мить до неймовірно малих розмірів. У цьому полягає головна загроза фазової сингулярності, так як за мить зміни кінців початками організм досягає мінімуму свої можливостей, а потім відновлюється знову.

В цілому, модель «хронопсихологічного профілю особистості» дозволяє виокремити важливу роль фазових сингулярностей у періодичності прояву психосоматичних захворювань та своєчасності їх прогнозування.

12. Аналіз чинників, які зумовлюють перебіг психосоматичного захворювання, дав підставу віднести до найважливіших передумов прогнозування психосоматичного порушення диференціацію часових характеристик у суб'єктів із цими розладами. У зв'язку із цим, ключовими питаннями хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних

захворювань стало виокремлення психолого-часових індикаторів цих порушень, а саме: виразності індивідуально-типологічних властивостей особистості, яка страждає на психосоматичне захворювання, в хронопсихологічному континуумі; диференціацію психосоматичних «чинників ризику» та аналіз психосоматичних аспектів болю як найважливішого симптому перебігу психосоматичних порушень.

Таким чином, визначені та проаналізовані у розділі ключові питання виокремлення психолого-часових індикаторів психосоматичних захворювань, з одного боку, виступають як методологічне підґрунтя для розробки та практичного втілення системи хронопсихологічного прогнозування перебігу цих захворювань, а з іншого – окреслюють конкретні напрями подальшого вивчення невирішених питань у цій сфері, зумовлюють необхідність їх перевірки найвагомішим критерієм істинності – практикою.

Розділ 2

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХРОНОПСИХОЛОГІЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

2.1. Загальний зміст хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань

Актуальність ефективного розв'язання проблеми прогнозування психосоматичних захворювань в Україні з кожним роком зростає [65], [113], [150], [152], [153], [155], [168], [174], [176], [253]. Попередження загострення психосоматичних розладів вважається одним із найважливіших завдань медичної психології і, зокрема, психосоматики. [115], [329]. Та, на жаль, можна констатувати, що зміст прогнозування перебігу психосоматичних захворювань нині не усталений.

Аналіз відповідної літератури показує, що в найбільш загальному розумінні це поняття розглядається як своєчасне попередження загострення психосоматичного захворювання. При цьому, в ньому можна виділити два аспекти – «клінічний» і «психологічний». «Клінічний» – це об'єктивне оцінювання стану пацієнта на рівні функціонального діагнозу [129], [130]. «Психологічний» – це аналіз психологічних факторів, що обумовлюють стан здоров'я людини, а також вивчення впливу індивідуально-психологічних особливостей на формування психосоматичної патології [75], [126], [129], [130], [276]. Але подібне розуміння сутності прогнозування психосоматичного захворювання, на наш погляд, є обмеженим, бо при цьому здебільшого залишаються поза увагою часові характеристики клінічного та психологічного рівнів, вплив яких може забезпечити своєчасне діагностування перебігу психосоматичних порушень. Таким чином, застосування комплексного багаторівневого підходу дослідження перебігу психосоматичних захворювань із врахуванням «хронометричного» аспекту в патогенезі цих розладів є обов'язковою умовою своєчасної та ефективної

профілактичної роботи, спрямованої на подолання хронізації психосоматичних порушень.

До *основних принципів* хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань відносять: “об’єктивність, комплексність, безперервність, адекватність, насиченість, інтенсивність застосування”; до *основних етапів* – “первинна ланка – клінічна діагностика; друга ланка – психологічна діагностика; третя – хронометрична діагностика” [174, с. 188].

Головне завдання хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань полягає у підвищенні ефективності попередження цих розладів [289]. До *основних заходів* прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, що спрямовані на вирішення вказаного завдання, різні автори відносять такі: розробку інтегративної концепції психосоматичного порушення, алгоритму прогнозування перебігу захворювання, програми ефективної медико-психологічної профілактичної роботи тощо [9], [25], [32], [46], [53], [55], [61], [66]. При цьому не можна не погодитися з думкою С.Максименка [216, с. 15], що «...наукові дослідження - повинні давати цілісні, а не розрізнено-елементні знання і відображати логіку об’єкта, а не логіку дослідників». Нам здається, що мова повинна йти про інтеграцію предмета наукової медицини - ним має стати хронопсихологічний підхід у медичній психології.

Як свідчить аналіз багатьох робіт, у застосуванні вищенаведених заходів щодо різних досліджень здебільшого бракує цільності та послідовності. Тому можна констатувати, що проблема прогнозування перебігу психосоматичних захворювань недостатньо розроблена і в теоретико-методологічному, і в практично-впроваджувавальному аспектах. На наш погляд, це пов’язано з тим, що дослідження за цією проблематикою майже виключно були пов’язані з вивченням переважно впливу емоційних факторів на прояв соматичного порушення [230], [231], [232], [233], [234], [237], [238], [246], [250], [253], [255], [258], [264], [275], [281], [284], [317]. Лише порівняно недавно почали з’являтися дослідження, пов’язані з

вивченням впливу часових факторів на перебіг захворювань [60], [200], [290], [394], [426], [439].

Але розроблені на прикладі хронічних неінфекційних захворювань підходи до психосоматичних розладів значно відрізняються та у багатьох випадках непридатні для прогнозування перебігу відповідних порушень, зважаючи на їх специфіку. Так, наприклад, діагностика хронічних неінфекційних захворювань представляє собою еkleктичний набір технік і методів. В такому вигляді здійснення прогнозування перебігу психосоматичних захворювань із різних причин неефективне або нерациональне. А тому потрібно забезпечити інтегративний підхід у зменшенні та запобіганні цих розладів.

Як слушно зазначав І.Вітенко, забезпечення прогнозування перебігу психосоматичних захворювань має проводитись системно і передбачати єдиний комплекс дослідницьких клінічних і психологічних процедур [90, с. 189]. Та, на жаль, доводиться констатувати, що ця вимога переважно не виконується і загального алгоритму прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, принципи і послідовні етапи якого можна було б застосувати в різних формах перебігу цих порушень, поки що не існує. Хоча принципи і зміст побудови системи заходів психопрофілактичного забезпечення окремих видів психосоматичних порушень, наприклад, серцево-судинних, деякими авторами відпрацьовані достатньо повно, але в них все ж бракує необхідної алгоритмізації (у плані застосування хронометричних аспектів прогнозування у сукупності із клініко-психологічними схемами забезпечення попередження загострення хронічних порушень). На відсутність цілісної системи прогнозування перебігу психосоматичних розладів, її необхідність та значні труднощі, що існують у цій сфері, зокрема, вказують Д.Елькін [440], Б.Цуканов [416], С.Бондаревич [61].

Таким чином, важливим науковим завданням можна вважати розробку та відпрацювання загального алгоритму хронопсихологічного

прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, послідовне виконання етапів якого надало б можливість досягнути максимально можливого ефекту і який би порівняно легко міг бути адаптованим до застосування в медицині.

Подібний алгоритм нами був розроблений [311], [314] та достатньо успішно апробований на прикладі таких психосоматичних захворювань, як кардіологічні, нефроурологічні, гастроентерологічні, пульмонологічні та суміжні невротичні і соматоформні розлади (див. розділи 3-5). Основні принципи та зміст розробленого алгоритму подано в наступному параграфі.

2.2. Принципи та зміст алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань

Перший принцип – це об'єктивність при вивченні психосоматичних явищ. Сучасні фахівці висувають певні вимоги до методів дослідження психосоматичних явищ:

- психосоматичні явища необхідно вивчати в їх розвитку, взаємозв'язку і взаємозалежності;
- метод психосоматичного дослідження повинен бути адекватним предмету дослідження, розкривати суттєві, а не випадкові, головні особливості психосоматичного процесу, стану або якості, що вивчаються [183].

Другий принцип – це принцип системного підходу до механізмів перебігу психосоматичних захворювань. Адже лише на основі системного підходу можна найбільш повно уявити, вивчити, змодельовати всі особливості таких надскладних систем, якими є і сама людина, і її психосоматичний стан. Саме системні уявлення надають можливість правильно спрогнозувати в кожному конкретному випадкові динаміку розвитку цих систем, обрати надійні шляхи для їх оптимізації та коригування, що є важливою передумовою вирішення конкретних практичних завдань щодо прогнозування перебігу психосоматичних

захворювань.

Третій принцип – це принцип об'єктивності часу, виходячи з якого, можна стверджувати, що час як реальний об'єкт існує у вигляді безпосередньо пережитої суб'єктом тривалості. Кожна людина є носієм свого часу як «об'єкта особливого роду» (Ю.Молчанов) [235], і володіє сукупністю власних часових властивостей. Час не протиставлено суб'єкту, як інші об'єкти, що знаходяться поза ним, а безпосередньо дано йому в механізмі ходу його біологічних годин. Людина володіє власним індивідуальним часом, який залежить від неї самої, від її мозку (Т.Доброхотова, Н.Брагіна) [131; 66]. Цей годинник запускається з моменту народження індивіда (Ю.Ашофф [34], Л.Купріянович [188], К.Піттендрай [260], А. Емме [441]) і відраховує плин часу, що переживається ним протягом всього життя. Хід годинника усвідомлюється суб'єктом на певному етапі онтогенезу як течія безпосередньо пережитої тривалості, і час набуває рис об'єктивної реальності.

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 *C-періоди* [421]. Сьогодні ми з упевненістю говоримо про те, що в масштабі *C-періодів* відбувається віковий розвиток психіки, колювання успішності діяльності, загострення хронічних неінфекційних захворювань, а також психосоматичні кризи особистості.

У зв'язку з цим, перспективним стає подальше вивчення психологічних особливостей таких хворих, як «переважаючих» у певному хронотипі, задля прогнозування схильності їх до психосоматичних захворювань, профілактики досліджуваних захворювань та допомоги лікарям в організації їх ефективного лікування.

Четвертий принцип – це необхідність урахування різних рівнів

системної організації людської індивідуальності (фізіологічного, біоенергетичного, психічного, поведінкового, особистісного, соціально-психологічного) у взаємозв'язку із значущими аспектами прояву психосоматичних захворювань.

Як справедливо зазначали Л. Дика і Л.Гримак [129, с. 281], акцент в такому важливому аспекті забезпечення попередження психосоматичних розладів, як діагностика і своєчасна профілактика цього порушення значною мірою зміщується з суто медичних позицій на психологічну основу. Це пов'язано з тим, що системоутворювальними факторами частіше стають психічні фактори – установчі, мотиваційні, особистісні тощо. Тісний зв'язок, що існує між ефективністю діагностики та механізмами перебігу психосоматичних порушень, був уже нами докладно розглянутий у підрозділі 1.3. Тому ми цілком поділяємо думку І.Вітенка [90] про те, що тенденції розвитку сучасної медичної психології полягають у зміщенні інтересів від дослідження клінічних основ порушення соматичного стану до вивчення психологічних процесів у структурі активної, психічно опосередкованої взаємодії людини зі світом. Саме з таких позицій нами розглядається проблема прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

П'ятий принцип полягає в тому, що дослідницькі й оптимізаційні методи, які застосовуються при вирішенні завдань прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, повинні відповідати таким вимогам, як відносна простота, інформативність, ефективність, зручність та дешевизна в застосуванні. Тільки при дотриманні зазначених умов можна реально розв'язувати проблему попередження загострення психосоматичного розладу. Це пов'язано з відсутністю необхідної кількості висококваліфікованих спеціалістів – медичних психологів.

Шостий принцип – це принцип побудови моніторингу та вибір методів дослідження.

На сьогодні недостатньо вивчений характер взаємодії патогенних факторів з індивідуально-психологічними й хронометричними особливостями організму в процесі адаптації людини до умов життя і діяльності, а також процеси, що здатні призводити до певних захворювань.

Важливим науковим завданням, яке має практичне значення, є дослідження й аналіз психологічних факторів, що обумовлюють стан здоров'я людини, а також вивчення впливу індивідуально-психологічних особливостей на формування психосоматичної патології.

Для вирішення цих **завдань**, перш за все, необхідно:

- мати таку концепцію, яка змогла б пояснити розвиток соціально - психологічних і психосоматичних розладів людини;
- володіти якісним інструментарієм нозологічної діагностики загального психосоматичного стану;
- володіти необхідними психотерапевтичними прийомами усунення психосоматичних розладів.

У зв'язку з цим були поставлені такі **цілі**:

1. Створити концептуальну базу інтегративного моніторингу стану здоров'я досліджуваних груп.
2. Дати наукове обґрунтування клінічного, психологічного і хронометричного діагностичного інструментарію, адекватного ключовим характеристикам стану і обумовленості психічного та соматичного здоров'я.
3. Організувати і провести моніторинг психосоматичного і психічного здоров'я досліджуваних груп.
4. Створити хронопсихологічну модель багаторівневого і багатосистемного дослідження особливостей етіопатогенезу психосоматичних відхилень у досліджуваних.

Нами був розроблений комплексний клініко-психолого-хронометричний підхід дослідження, до якого увійшов цілий ряд складових, що представлені на рисунку 2.1.

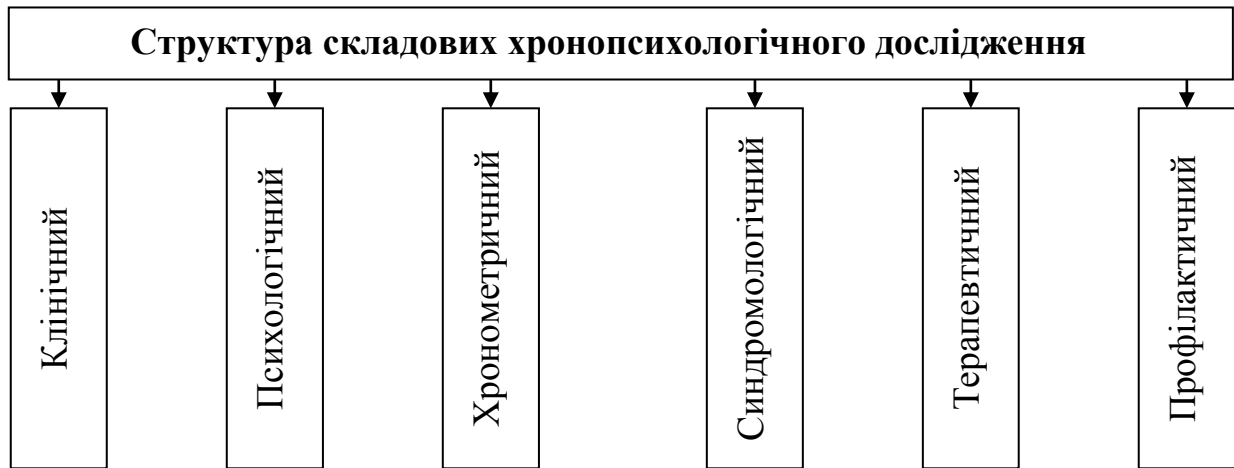


Рис. 2.1. Структура хронометричного дослідження

Структура багаторівневого клініко-психолого-хронометричного дослідження має такі складові:

1) **клінічний:** вивчення анамнезу захворювання, клінічне обстеження, аналіз лабораторних та інструментальних методів обстеження, постановка клінічного діагнозу;

2) **психологічний:** вивчення преморбідних особливостей особистості, структури особистості осіб, схильних до психосоматичних розладів та психодіагностичне обстеження особистісних особливостей хворих на психосоматичне захворювання;

3) **хронометричний:** вивчення характеристик суб'єктивного сприйняття часу осіб із психосоматичними розладами;

4) **синдромологічний:** виділення і вивчення провідних синдромів дезадаптації, психосоматичних скарг та розладів;

5) **терапевтичний:** використання психотерапевтичних та медичних лікувальних методів у процесі інтегративної терапії осіб із психосоматичними розладами;

б) **профілактичний:** розробка хронопсихологічних програм для профілактики і реабілітації психосоматичних хворих.

У рамках інтегративного підходу було проаналізовано понад 30 методик, призначених для дослідження особистісних особливостей,

визначення психічних станів та емоційно-особистісної дезадаптації, рівня психічного та психосоматичного станів досліджуваних. У результаті аналізу методів клінічного, психологічного та хронометричного досліджень був розроблений психодіагностичний і хронопсихологічний інструментарій у відповідності з поставленою метою.

Далі викладемо зміст етапів розробленого нами **загального алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.**

I етап. Передбачав виокремлення психолого-часових індикаторів перебігу психосоматичних захворювань на основі визначення локалізації симптомів кардіологічних, пульмонологічних, гастроентерологічних, нефроурологічних та соматоформних розладів у певному хронотипі.

- На підготовчій частині етапу здійснювався аналіз відповідної літератури з метою визначення специфіки психолого-часових критеріїв прояву психосоматичних захворювань; на цій основі проводилось попереднє визначення клінічних, психологічних та хронометричних факторів, що впливають на перебіг цього порушення.

- Дослідницько-експериментальна частина 1-го етапу передбачала підготовку та проведення досліджень із метою безпосереднього виокремлення як об'єктивних - клінічних та хронометричних («місце найменшого опору»), так і суб'єктивних (прояви психосимптоматики) критеріїв діагностики психосоматичних захворювань;

- прогнозування базового емоційного фону індивіда;
- оцінки рівня суб'єктивного контролю;
- визначення схильності до розвитку певних форм суміжних нервово-психічних розладів;
- прояви властивостей особистості;
- ступінь суб'єктивної виразності болю.

На **II етапі** здійснювалась побудова індивідуального хронотипу перебігу психосоматичних захворювань в онтогенетичній розгортці та

підрахунок можливих періодів прояву загострення, реконвалесценції (виздоровлення) та ремісії (затухання) хвороби.

На цьому етапі враховувалось визначення тривалості біологічного циклу життя індивіда та періодів його спаду, а відповідно до фазової сингулярності - і планування комплексної медико - психологічної профілактики у *терміни біфуркації*, тобто у період найбільшої вірогідності загострення захворювання, що здійснювалось шляхом надання рекомендацій щодо термінів проведення профілактичних заходів.

На **III етапі** будувались моделі «*хронопсихологічного профілю особистості*» хворих на психосоматичні захворювання органів *серцево-судинної системи* (ішемічну хворобу серця та її клінічну форму – інфаркт, гіпертонічну хворобу, аритмію); *шлунково-кишкового тракту* (виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, гастрити, холецистити, панкреатити, дискинезії жовчовивідних шляхів, закрепи, емоційні діареї); *дихання* (бронхіти, бронхіальну астму); *сечостатевої системи* (пієлонефрити, гломерулонефрити, дизметаболічні нефропатії, цистити, хронічну ниркову недостатність, дисменорею).

На **IV етапі** розроблялись основні підходи щодо прогнозування перебігу психосоматичних захворювань та підвищення ефективності лікування шляхом диференціації часових характеристик у суб'єктів із соматичними порушеннями.

На цьому етапі розроблялись заходи щодо оптимізації адаптаційних можливостей хворих на кардіологічні, гастроентерологічні, пульмонологічні, нефроурологічні та соматоформні розлади до фізіотерапевтичних методів лікування.

На **V етапі** проводилась розробка система психологоорганізаційних заходів медико- і психологопрофілактичної й прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням існування системи взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними особливостями й часовими параметрами (часові

характеристики, фактор часу, хронотип) на прикладі хронічних психосоматичних захворювань.

Із цією метою було використано системний підхід. На його основі побудовано модель проведення корекційної роботи, яка містила чотири блоки: теоретичний, методичний, організаційний і виконавчий.

Своєчасно проведена профілактика захворювання забезпечила ефективність профілактичних заходів, а відповідно попередила загострення хронічного процесу.

Відповідно до наведеного алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань у наступних розділах нами будуть викладені результати власних досліджень щодо практичного використання зазначеного алгоритму при здійсненні первинної та вторинної профілактики цих порушень.

Вважаємо за необхідне підкреслити, що обрані нами клінічні та хронометричні методи, батареї психологічних методик і запропоновані анкети не претендують на всеосяжність та вичерпність. При їх підборі ми виходили з принципу оптимальної кількості найбільш, на нашу думку, інформативних показників. І головним завданням для нас було розробити й апробувати технологію проведення всіх етапів подібних досліджень, використовуючи яку інший дослідник міг би обрати саме ті дослідницькі методики та методи прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, що, з урахуванням конкретних умов і особливостей перебігу цих порушень, надали б можливість досягти найкращого результату у побудові «психологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні захворювання.

2.3. Клінічні методи дослідження прогнозування перебігу психосоматичних захворювань

Спочатку під психосоматичними розладами в клінічній практиці мали на увазі порушення функцій органів і систем організму, у появі і перебігу

яких провідна роль належала несприятливим факторам, що травмують психіку, наприклад, стресам, різним конфліктам, катастрофам і т. д. Сучасне уявлення про психосоматичні розлади значно розширилось і вийшло за рамки класичних психосоматозів. Сьогодні під психосоматичними розладами мають на увазі групу хворобливих станів, що виникають при взаємодії соматичних і психічних патогенних факторів. Цим підкреслюється єдність біологічних і соціально-психологічних механізмів, походження як власне психопатологічних, так і соматичних розладів. Тому психосоматичні розлади розглядаються або як психогенно обумовлені (тобто такі, що мають психологічні причини) соматичні порушення в організмі, або як соматогенні психічні розлади.

Виходячи корінням із загальної медицини, психосоматика вимушена постійно розширювати свої межі, а це неминуче призводить до пошуку нових шляхів досліджень. Із самого початку значну роль відіграють клінічні спостереження. Зараз до цього залучаються емпіричні дослідження різних спеціалістів, передусім, в галузі психології і медицини, а також в галузі психології розвитку, психобіології, вивчення поведінки тварин та інші. Сьогодні важливо те, що дозволяється плюралізм рівнів досвіду і що науково-дослідницькі підходи конкурують між собою, залишаючись відкритими один для одного.

Клінічний метод, вочевидь, потребує, з одного боку, соціально - психологічних характеристик, а з іншого, - методів, що об'єктивно оцінюватимуть стан пацієнта на рівні функціонального діагнозу, тому що навіть при діагнозі соматичного розладу ми не маємо інтегральної оцінки соматичного стану в цілому. Подібний системний підхід можна назвати біопсихосоціальним, його інтенсивно починають використовувати в психосоматичних дослідженнях [44].

Визнаючи біопсихосоціальну сутність психосоматичних розладів, традиційно велику увагу приділяли біологічним аспектам патогенезу цих захворювань. Що стосується ролі психосоціальних факторів у виникненні і

перебігу цих розладів, то, не дивлячись на велику кількість як зарубіжної, так і вітчизняної літератури, це питання потребує подальших досліджень.

Клінічні науковці вказують на три джерела отримання інформації про клінічний стан психосоматичного хворого. По-перше, це збір анамнезу захворювання, які суб'єкт фіксує і описує на основі скарг та суб'єктивного сприйняття хвороби. Результати такого пізнання мають суб'єктивно-описовий характер і є феноменологічними. По-друге, це емпіричні об'єктивно-описові знання, що отримуються шляхом клінічного обстеження. Коли такі результати фіксуються за допомогою приладів і методів вимірювання, вони отримують статус наукових фактів. По-третє, це аналіз результатів лабораторних та інструментальних методів обстеження. Це дає змогу поставити заключний клінічний діагноз психосоматичного порушення.

2.4. Діагностична бесіда

При соматичних захворюваннях діагностична бесіда спрямована, насамперед, на визначення зовнішнього та внутрішнього стану пацієнта (W.Zung [535]). Що знає пацієнт про своє захворювання? Яке значення має воно для нього зараз та в його житті в цілому? Чи має він свій погляд, у відповідності з яким він сам, його рідні, лікар чи психолог відповідальні за його стан? Чи відповідає його знання про хворобу, її причини та плин - клінічній оцінці?

Щоб зрозуміти, як діяти далі, необхідно розібратися в особливостях особистості пацієнта та історії його життя до розвитку хвороби, тобто зібрати анамнез життя. Чи були у нього у минулому інші захворювання? Чи мала місце негативна спадковість? Як він впорався до цього часу з минулим захворюванням та як впорався із теперішнім? Чи має він свою точку зору на ці та інші схожі ситуації, які відділили його від сім'ї та професії? Чи може він поділитися із іншими своїми думками, страхами чи почуттями, надіями чи відчаєм, які ним оволодівають, коли він залишається один?

Чим більш вільно та менш формально протікає бесіда, тим краще пацієнт розкриває себе, тим більше можливостей виявити «сценічний» характер його поведінки.

Перша бесіда має вирішальне значення для подальшого формування стосунків лікаря-психолога та пацієнта. Рекомендується вже перед першою зустріччю зробити установку на діагностично-терапевтичне використання пацієнтом свої чуттєвих реакцій. Важливою вказівкою на наявність конфлікту є те, що пацієнт використовує у стосунках із лікарем- психологом свою звичайну систему переносу емоцій та захисту [393].

Розмова із самого початку має переслідувати терапевтичні цілі. Пацієнт має відчувати це, тобто він має бути переконаний, що його вилікують.

Рекомендується використовувати метод дослідження, що дозволить оцінити як потреби, так і свободу пацієнта, які у його власній уяві суперечать один одному, але дають змогу клініцисту скласти загальну картину хвороби.

1. Спочатку задається питання про скарги, з якими пацієнт звернувся до лікарні: «Що привело Вас сюди?» Часто під час відповіді на це питання пацієнт, який попередньо проінформований щодо свого соматичного стану, вказує на конкретні симптоми або повідомляє вже готовий діагноз: «стенокардія», «виразка», «ревматизм». Ці скарги зобов'язують розпитати пацієнта щодо змісту його попередніх переживань. Необхідно підвести пацієнта до того, щоб він розповів сам своїми словами про свій стан. При цьому потрібно звертати увагу на мовні звороти, які він використовує під час опису скарг та картини своєї хвороби.

2. Наступне питання має стосуватись уточнення щодо часу появи хворобливих переживань: «Коли Ви відчули це вперше? Коли вперше звернулись за допомогою до лікаря?» Встановлюються і періоди наступних загострень захворювання з точністю до дня та години, анамнез хвороби у

межах загальнолікарняної ситуації, коли лікар-психолог отримує як психічні, так і соматичні дані, що включають і соматичне обстеження.

3. Вирішальним щодо розуміння внутрішніх конфліктів та зовнішніх психосоціальних зв'язків є питання про життєві ситуації з моменту початку захворювання: «Що відбулось у Вашому житті, коли це трапилось? Що у той час відбулось нового у Вашому житті та хто пішов із нього?». Пацієнт при цьому має викликати у себе спогади у вигляді вільних асоціацій. Ці так звані «чорні періоди» у житті людини співпадають із періодами спаду біологічного циклу життя індивіда (вони є критичними). При ретроспективному розгляді життєві ситуації, що викликають захворювання, можуть виявитися у дитинстві, юності та зрілому віці. Під час збору анамнезу розмова ведеться і про взаємини із батьками, про розвиток у дитинстві, про службову кар'єру та сексуальний розвиток.

4. У кінцевому висновку створюється картина особистості пацієнта загалом. Якщо врахувати його духовні переживання та поведінку, то можна оцінити значення симптоматики, ситуації захворювання та даних анамнезу. «Що це означає для Вас? Як Ви це пережили?» - такі питання підштовхують самого пацієнта до розуміння власних засобів реагування.

Зрозуміло, що цей метод потрібно використовувати гнучко. Цільове спрямування від симптому до ситуації, анамнезу життя та особистості корисне у якості основної лінії бесіди (рис. 2.2.).

Пацієнт має бути відкритим та критичним у ставленні своїх спогадів, нових асоціацій та поглядів. Хворого, який вже тривалий час пов'язаний із своїми симптомами, важко переконати у тому, що його страждання мають органічну природу.

Такої форми опір особливо притаманний пацієнтам із функціональними больовими синдромами. Їх внутрішня невпевненість та лабільність, які були вдало визначені як «існування поміж», дозволяє їм шукати лікаря-психолога, який підтвердив би наявність у них органічного

захворювання та звільнив би їх від нього. При цьому вони часто змінюють лікаря.

Багаторазово відзначалось, що психосоматичні хворі намагаються за допомогою хвороби утриматись у своєму лабільному та хворобливому стані рівноваги. Соматичний симптом використовується ними для того, щоб зняти вантаж неусвідомлюваних конфліктів за рахунок переносу частини свого біоенергетичного процесу у фізичну сферу.

Пацієнта, який тривалий час живе із своїми симптомами, важко відразу переконати у тому, що вони можуть бути пов'язані із перешкодами емоційного походження. Набагато частіше він може бути переконаний у тому, що його страждання мають органічну причину.

Така поведінка особливо характерна для пацієнтів із функціональними больовими синдромами.

До того ж, цю клінічну картину часто важко розпізнати при психосоматичних захворюваннях. На відміну від неврозів, де симптоми чітко фіксовані у психічній сфері, при психосоматичних порушеннях, що первинно пов'язані із органічними функціями, їх зв'язок із психічними процесами часто не зовсім зрозумілий для медичних психологів, психотерапевтів та пацієнтів.

Суб'єктивне ставлення пацієнта до власної хвороби є суттєвим фактором початку, плину та завершення хвороби. Медичний психолог має враховувати вербальну та невербальну міміку обличчя, він має бачити та чути пацієнта. Ініціатива розмови надається саме йому. При цьому застосовують, наприклад, техніку «асоціативного анамнезу», що дозволить пацієнту знаходитись у стані постійного коливання між обома полюсами психічної та соматичної сфер.

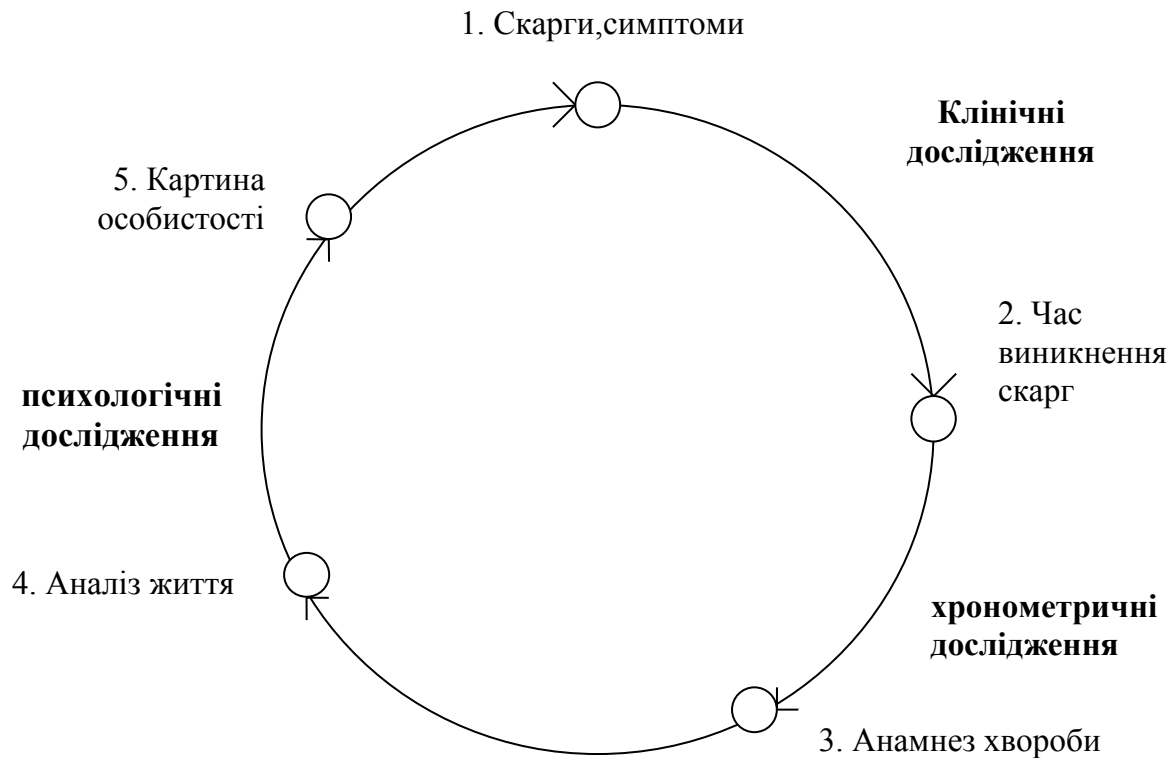


Рис. 2.2. Хронопсихологічний анамнез прояву психосоматичного захворювання

Пацієнт має розглядатись як «суб'єкт», а не як «об'єкт». Медичний психолог, який вміє слухати, дозволяє пацієнту не тільки говорити про свої симптоми, але і висловлювати своє ставлення до світу, своїх близьких знайомих, своєї прихованої агресії та таємних бажань.

Дуже важливим є спосіб формулювання питань медичним психологом. Некоректне питання є найбільшим простором для асоціацій та є найбільш переважаючим. Більш точне питання обмежує можливості відповіді та загрожує щирості розмови.

У процесі діагностичної бесіди часто відчувається, як проблеми та конфлікти втрачають свою інтенсивність без будь-яких прямих порад або раціонального розуміння, часто вже тому, що пацієнт їх розуміє.

2.5. Психологічні методи дослідження прогнозування перебігу психосоматичних захворювань

Психологічне прогнозування перебігу психосоматичних захворювань передбачає взаємопов'язане використання двох основних груп методів:

1) методів отримання інформації та 2) методів прогнозування. За допомогою першої групи методів (дослідницькі методи) отримують необхідну для ефективного прогнозування інформацію (про форми та рівні прояву тривожності, депресії, агресії; оцінку невротичних станів; локалізацію контролю над значущими подіями; типи поведінки у конфлікті; схильність або наявність прояву стану іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, паранояльності, психастенії, шизоїдності та гіпоманії; виразність властивостей темпераменту; самооцінку болю і т.ін.). Друга група методів використовується з метою прогнозування перебігу психосоматичних захворювань в широкому розумінні (включаючи прогнозування впливу емоційних факторів та особистісних характеристик на перебіг захворювання тощо).

З метою прогнозування форми прояву психосоматичного порушення був застосований метод відтворення тривалості, для чого використовувався класичний спосіб відтворення проміжків тривалості ($t_0 = 2,3,4,5$ сек), що задавалися експериментатором та відтворювалися обстежуваним за допомогою електронного хроноскопу з точністю до 0,001 сек.

Проводячи систематичне визначення хронотипу психосоматичних хворих, які страждають на психосоматичні захворювання, ми перевіряли припущення - локалізацію домінуючої хвороби у межах своєї типологічної групи.

Наступним етапом прогнозування перебігу психосоматичних захворювань було дослідження прояву С-періоду протягом психосоматичного розладу у різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції, ремісії). Шляхом дослідження перевірялось припущення - прояв домінантної хвороби з певною «С-періодичністю».

Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання дає змогу виявити, коли «місце найменшого опору» виявляється найбільш вираженим, що допоможе спрогнозувати періодичність загострення психосоматичного захворювання.

Підтверджуючи припущення, що домінуюча хвороба локалізується у межах переважно своєї типологічної групи, ми спробували визначитись із психологічним портретом хворих на психосоматичні захворювання.

Обстеження індивідів, які страждають на різні за нозологічними формами хронічні психосоматичні захворювання, дасть можливість прогнозувати розподіл психологічних симптомів цих хвороб у тривалості хронотипу та побудувати «психологічний профіль особистості» таких хворих. Це надасть можливість виокремити основні психологічні діагностичні критерії прояву кожної окремої патології та з їх урахуванням розробити відповідні медико-психологічні реабілітаційні заходи щодо попередження загострення хронічного психосоматичного процесу.

Таким чином, хворі психосоматичного профілю потребують комплексного психолого-соматичного обстеження з метою прогнозування перебігу їх психосоматичного захворювання. Тому дослідницька процедура нами була спрямована на виявлення взаємозв'язку і взаємозалежності індивідуально-типологічних особливостей у суб'єктів із соматичними порушеннями від часових параметрів (часових характеристик, фактора часу, одиниці часу) і співвідношення між ними.

Посилаючись на твердження Ф.Александера [9], що «психологічні фактори», впливаючи на фізіологічні процеси, повинні підлягати настільки ж детальному та ретельному вивченню, як це прийнято при дослідженні фізіологічних процесів», ми дослідили «актуальний психологічний стан» психосоматичного розладу за допомогою психодіагностичних методик і визначили кореляційний зв'язок отриманих діагностичних показників із значенням хронотипу.

2.5.1. Принципи вибору і застосування дослідницьких методів та їх класифікація

Головним принципом психологічного дослідження вважається його об'єктивність [216, с. 49].

Як зазначав Б.Ананьєв, до загальних принципів наукового вивчення психічних явищ відносять відображення об'єктивної істини, перевірку закономірностей, що вивчаються на практиці, сувору об'єктивність під час вивчення психіки, дослідження психічних явищ у процесі діяльності людини, вивчення всіх психологічних феноменів у розвитку [20, с. 194].

Зважаючи на постульовану багатьма науковцями необхідність комплексного, всебічного вивчення хворої людини [9], [61], [66], [72], [292], [327], а також складність, багатогранність проблем хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, як найбільш придатна для репрезентації системи дослідницьких методів, що використовувалися для вирішення поставлених нами завдань, була обрана класифікаційна схема, запропонована Б.Ананьєвим [20, с. 296 - 311].

Ця схема включає чотири великі групи методів: організаційні, емпіричні, методи обробки даних та інтерпретаційні. Кожну з цих груп методів можна розглядати як окремий етап цілісного психологічного дослідження. Для вирішення поставлених завдань нами використовувались:

- із групи організаційних методів – порівняльний (зіставлення різних контингентів (вибірок) досліджуваних), лонгітюдний (здійснення моніторингу психосоматичного стану) та комплексний (міждисциплінарний характер дослідження) методи.
- із групи емпіричних – обсерваційні, експериментальні, психодіагностичні, біографічні методи, методи аналізу процесів та продуктів діяльності;
- із групи методів обробки даних – кількісний (математико-статистичний аналіз: метод середніх величин, процентильна статистика, порівняння середніх значень за t-критерієм Стьюдента, кореляційний, регресійний та

факторний аналіз) та якісний (диференціація матеріалу за типами, групами, варіантами і т.ін.) методи;

- із групи інтерпретаційних – генетичний (інтерпретація матеріалу дослідження в характеристиках розвитку) і структурний (інтерпретація матеріалу дослідження у характеристиках систем та типів зв'язків між ними).

Під «психосоматичними» розладами ми розуміємо зрушення функціональних систем організму, що пов'язані, передусім, із психоемоційними факторами. Таке визначення відповідає уявленням основоположників психосоматичної медицини про провідну роль регуляторних систем організму як галузь, в якій спостерігається найбільше поєднання психічних і соматичних процесів [476]. Наші уявлення також не суперечать уявленням про психосоматичні розлади, що наведені в більшості класифікацій. Слід зауважити, що такий підхід використовується і в сучасних тенденціях діагностики психічних і поведінкових розладів, відображених у сучасних класифікаціях [223].

Однією з проблем у пошуках психосоціальних і поведінкових факторів ризику психосоматичних захворювань є те, що ці розлади, в етіології яких суттєву роль відіграє емоційна напруга, виникають із деяким запізненням стосовно до ситуації, після періоду, що сприяє подоланню опору і зниженню ефективності захисних реакцій індивіда.

Для психологічної діагностики психосоматичних і соматоформних розладів провідні фахівці у цій галузі, передусім, рекомендують застосовувати різноманітні опитувальники. Найуживанішими з них є: Шкала скринінгу соматоформних розладів (SOMS), Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI-R), Шкала соматичних порушень, Псенівський опитувальник соматичних скарг (GBB), Контрольний список симптомів - Symptom-Check-List (SCL-90-R), MMPI шкала «іпохондрії» (MMPI Subskala "Hypochondrie"), Sivik Psycho Somatic Test (SPS), що базується на шкалах MMPI (іпохондрія, депресія, істерія) та шкалі алекситимії, опитувальник

поведінкових розладів (IBQ), Шкала іпохондрії-істерії (ННІ), Торонтська Алекситимічна Шкала (TAS). На жаль, окрім Шкали скринінгу соматоформних розладів (SOMS), ні одна шкала не пройшла валідації згідно із концепцією соматоформних розладів. Щоправда, для Контрольного списку симптомів - Symptom-Check-List (SCL-90-R) вказувалось, що існує певна кореляція між кількістю симптомів у відповідності до симптомів соматизації за DSM-III-R і рівнем шкали «соматизація» [2; 7; 9; 12; 17; 19; 45; 51; 373; 54; 55; 65; 382].

При залученні статистичних методів фахівці рекомендують ґрунтуватись на математичних моделях, якими користуються для підрахунків вірогідності в математичній статистиці. Перевірка гіпотези про ту чи іншу закономірність здійснюється, як правило, непрямим шляхом, причому встановлені відмінності або зв'язки при прийнятті нульової гіпотези дуже маловірогідні.

Статистичні методи, які застосовуються в психології і медицині, досягли такої складності, що можуть перерости в самостійний вид досліджень і відхилитись від початкової мети настільки, що стануть самоціллю. Статистичні методи слід розглядати як допоміжний засіб систематичного дослідження, як «помічника, а не керівника дослідження» [318].

При соматизованих синдромах часто має місце коморбідність з іншими психічними розладами (наприклад, депресіями, тривожними розладами) [319], а тому ця сфера також обов'язково психометрично досліджувалась і враховувалась.

У роботі застосовувались методи математичної статистики: оцінка достовірності відмінностей середніх величин за t-критерієм, метод середніх величин, процентильна статистика, кореляційний аналіз. Математична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалась за допомогою статистичних програм IBM SPSS Amos 20 і IBM SPSS Statistics 20 [240].

Важливим є те, що діагностика психосоматичних розладів не повинна бути еkleктичним набором технік і методів. Діагностика психосоматичних розладів повинна забезпечити інтегративний підхід у зменшенні та запобіганні цих розладів.

Далі у пункті 2.5.2. ми безпосередньо розглянемо ті дослідницькі методи, за допомогою яких забезпечувалося вирішення поставлених завдань у наших дослідженнях.

2.5.2. Методи емпіричного дослідження психічного стану хворих на соматичні порушення

Спостереження

Спостереження – це один із основних методів дослідження в психології [219]. При проведенні досліджень, пов'язаних із вирішенням таких складних завдань, як вивчення та прогнозування перебігу психосоматичних порушень, важко обійтись без використання цього методу, бо, як справедливо зазначає С.Максименко, “спостереження – це найбільш безпосередній спосіб одержання дослідних даних, і в цьому полягає його виняткова цінність як методу наукового пізнання” [218].

У наших дослідженнях спостереження виступило як додатковий метод. На різних етапах і з різними групами досліджуваних нами були використані такі різновиди спостереження:

- безпосереднє та опосередковане;
- вибіркоче (фіксація уваги на певних параметрах скарг чи типах поведінкових актів хворих) та вичікувальне;
- включене і невключене;
- неформалізоване.

Бесіда

Бесіда вважається специфічним для психології (а також для споріднених

з нею наук – медицини, педагогіки, соціології) методом дослідження поведінки людини, оскільки в інших природничих науках комунікація між суб'єктом і об'єктом дослідження неможлива. Бесіда є діалогом між двома людьми, в ході якого одна людина виявляє психологічні особливості іншої [120]. Цей метод використовувався нами і включав елементи таких його різновидів, як клінічна бесіда й інтерв'ю.

Експертна оцінка

Цей метод полягає в отриманні інформації від компетентних осіб (експертів), які добре знають явища, що оцінюються [218]. У наших дослідженнях експертна оцінка застосовувалась для оцінки соматичного стану хворого. Експертами виступали лікарі вузького спрямування (кардіологи, нефрологи, урологи, гастроентерологи, пульмонологи, неврологи), які оцінювали клінічний стан хворого на період проведення досліджень. Експертна оцінка виступала одним із критеріїв оцінки результативності прогнозування, чи “продуктивного” критерію ефективності первинної та вторинної профілактики захворювання.

Аналіз продуктів діяльності

У проведених дослідженнях результати, отримані на основі методу “аналізу продуктів діяльності”, також виступили одним із критеріїв оцінки результативності діяльності людини із психосоматичним порушенням. Насамперед, нами аналізувався психосоматичний стан хворої людини на стадії загострення, реконвалесценції (виздоровлення) та ремісії (затухання) хвороби.

Експериментальний метод

Експеримент – це формальний дослідний процес, під час якого експериментатор у контрольованих умовах здійснює систематичне спостереження за реакціями досліджуваних на змінювані фактори (маніпулювання незалежною змінною) [65]. Нами були застосовані такі види експерименту: лабораторний, пошуковий та підтверджувальний, індивідуальний і груповий.

Шкала реактивної та особистісної тривожності

Спілбергера - Ханіна

Тривожність як риса особистості пов'язана з генетично детермінованими властивостями мозку, що зумовлюють постійно підвищений рівень емоційного збудження, емоцій тривоги [7, с.67].

Особистісна тривожність характеризує стійку спрямованість особистості сприймати велике коло ситуацій як загрозові й реагувати на них збільшенням тривожності. Дуже висока особистісна тривожність тісно корелює із наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами, психосоматичними захворюваннями. Реактивна тривожність характеризується занепокоєнням, напругою, знервованістю. Наслідком дуже високої реактивної тривожності може стати порушення уваги і тонкої координації рухів [7, с.55].

Але тривожність далеко не завжди можна розглядати як негативну якість. Певний рівень тривожності є природною особливістю активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень “корисної тривоги” [9, с.88].

Зважаючи на вказане, дослідження тривожності може надати дуже суттєву інформацію про психічний компонент адаптаційних можливостей хворої людини. Обрана нами методика самооцінки рівня тривожності вважається надійним та інформативним засобом самооцінки рівня тривожності – реактивної (ситуативної) і особистісної (як стійкої характеристики людини). Вона була розроблена американським психологом Ч.Спілбергером, адаптована Ю.Ханіним і зарекомендувала себе як надійний та ефективний метод дослідження психічного стану людини в різних формах прояву психосоматичного стану [55], [68], [83], [107], [219].

Процес дослідження полягає в тому, що досліджуваному пропонується відповісти на 40 запитань (закресливши відповідну цифру від 1 до 4), з яких перші 20 характеризують реактивну тривожність (РТ), а наступні 20 – особистісну (ОТ) [218, с.68-73]. Час на тестування з використанням

стандартного бланкового варіанта, як правило, становить 3 - 5 хвилин. Рівень тривожності, залежно від отриманих результатів, класифікується як низький, середній чи високий.

Показники РТ та ОТ обчислюються за формулами:

$$РТ = А - Б + 50,$$

де А – сума закреслених цифр по пунктах шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Б – сума інших цифр.

$$ОТ = В - Г + 35,$$

де В – сума закреслених цифр по пунктах шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34,

35, 37, 38, 40; Г – сума інших цифр.

Ці показники можуть змінюватися від 20 до 80 і класифікуються: 30 і менше балів – низький рівень тривожності; 31 - 45 балів – середній; понад 45 балів – високий (див. додаток А).

Опитувальник Бека

Опитувальник призначений для діагностики депресивних станів [218, с.53-56].

Не дивлячись на те, що твердження тесту дуже прямі та дозволяють досліджуваному приховувати свій стан, використання опитувальника у клінічній практиці показує його високу ефективність під час скринінгових та попередніх обстежень.

Тестування проводиться у груповому та індивідуальному варіантах.

Результати опитувальника високо корелюють із особистісною ситуативною тривожністю, прояви якої будуть діагностуватися на попередньому етапі дослідження.

Усі твердження опитувальника Бека є прямими, тому для підрахунку загального результату необхідно просто підсумувати усі бали, відповідно до вибраних стверджень (див. додаток Б).

Опитувальник нараховує тринадцять груп (А-Н) із чотирьох тверджень (0-3). Необхідно прочитати кожен групу тверджень загалом. Потім вибрати з кожної групи одне твердження, яке краще відповідає тому, як ви себе відчуваєте сьогодні, тобто прямо зараз. Обвести номер вибраного вами твердження. Якщо декілька тверджень із однієї групи однаково підходять вам, то потрібно обвести усі їх номери.

Вважається, що досліджуваний страждає на депресію, якщо він набрав більше 25 балів. Результат менше 10 балів говорить про відсутність депресивних тенденцій та задовільного емоційного стану. Проміжну групу складають досліджувані з легким рівнем депресії ситуативного або невротичного генезу.

У будь-якому випадку, інтерпретуючи результати опитувальника, ми враховуємо те, що стан депресії встановлюється спеціалістами внаслідок обстеження та клінічної бесіди, а результати опитувальника можуть дати лише попередню та приблизне уявлення щодо стану досліджуваного.

Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Роттера

Опитувальник діагностує локалізацію контролю над значущими подіями. В його основі лежить розрізнення двох локусів контролю – інтернального і екстернального та, відповідно, двох типів людей – інтерналів та екстернатів [218, с.145-151].

Інтернальний тип. Людина вважає, що події, які відбуваються з нею, залежать, насамперед, від її особистих якостей (компетентності, цілеспрямованості, рівня здібностей та ін.) і є закономірними наслідками її власної діяльності.

Екстернальний тип. Людина переконана, що її успіхи та невдачі залежать, насамперед, від зовнішніх обставин – умов зовнішнього середовища, дії інших людей, випадковостей, удачі або невдачі та ін.

Будь-який індивід займає певну позицію на континуумі, який задано цими полярними локусами контролю.

Аналізують кількісні та якісні показники рівня суб'єктивного контролю (РСК) за сімома шкалами, порівнюючи результати (отриманий «профіль») з нормою (див. додаток В). Нормальним вважається значення стена, що дорівнює 5. Відхилення вправо (6 та більше стенів) є свідченням інтернального типу рівня суб'єктивного контролю у відповідних ситуаціях, відхилення вліво (4 та менше стенів) є свідченням екстернального типу.

Дослідження самооцінки людей із різними типами суб'єктивного контролю показали, що люди із низьким РСК характеризують себе як егоїстичних, залежних, несправедливих, ворожих, невпевнених, нещирих, несамотійних, дратівливих, вважають здоров'я та хворобу результатом випадку та сподіваються на те, що одужання прийде у результаті дій інших, насамперед, близьких людей.

Люди із високим РСК вважають себе добрими, незалежними, рішучими, справедливими, здібними, приязними, чесними, самотійними, відповідальними за власне здоров'я: якщо людина хвора, то звинувачує у цьому саму себе та наполягає, що одужання багато у чому залежить від її дій.

Методика діагностики показників і форм агресії

А.Басса та А.Дарки

Цей опитувальник автори запропонували для виявлення важливих показників та форм агресії, таких, як: фізична, вербальна, посередня агресії, негативізм, роздратованість, підозрілість, образа, аутоагресія [218, с.98-104].

Прочитавши запропоновані твердження, необхідно визначитись, наскільки вони відповідають вашому стилю поведінки, вашому способу життя. При цьому необхідно відповісти однією з чотирьох можливих відповідей: «так», «мабуть, так», «мабуть, ні», «ні» (див. додаток Д).

При співпадінні номеру питання та типу відповіді (так / ні) показнику надається значення 1, при неспівпадінні – 0.

1. Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи: 1+, 9-, 17-, 25+, 33+, 41+, 48+, 55+, 62+, 68+. К=11.

2. Вербальна агресія – виразність негативних почуттів як через форму (сварка, крик), так і через зміст словесних звернень до інших осіб (загроза): 7+, 15+, 23+, 31+, 39-, 46+, 53+, 60+, 66-, 71+, 73+, 74-, 75-. К=8.

3. Побічна агресія – використання непрямим шляхом спрямованих проти інших осіб пліток, жартів та прояви неупорядкованих вибухів люті: 2+, 10+, 18+, 26-, 34+, 42+, 49-, 56+, 63+. К=13.

4. Негативізм – опозиційна форма поведінки, спрямована проти авторитету та керівництва, яка може збільшуватись від пасивного опору до активних дій проти вимог, правил, законів: 4+, 12+, 20+, 28+, 36-. К=20.

5. Подразнення – схильність до подразнення, готовність при незначному збудженню перейти до запальності, грубості: 3+, 11-, 19+, 27+, 35-, 43+, 50+, 57+, 64+, 69-, 72+. К=9.

6. Підозрілість – схильність до недовіри та обережному відношенню до людей, переконаність, що навколишні мають намір спричинити шкоду: 6+, 14+, 22+, 30+, 38+, 45+, 52+, 59+, 65-, 70-. К=11.

7. Образа – прояв заздрості та ненависті до оточуючих, зумовлені почуттям гніву, невдоволеності будь ким або усім світом за дійсні чи уявні страждання: 5+, 13+, 21+, 29+, 37+, 44+, 51+, 58+. К=13.

8. Почуття провини, або аутоагресії, - відношення та дії до себе або оточуючих, що базуються на підґрунті переконання у тому, що він є поганою людиною, вчиняє недобре: 8+, 16+, 24+, 32+, 40+, 47+, 54+, 61+, 67+. К=11.

Сумарні показники дозволяють підрахувати індекс агресивності та ворожості:

$(\langle 1 \rangle + \langle 2 \rangle + \langle 3 \rangle) : 3 = IA$ – індекс агресивності;

$(\langle 6 \rangle + \langle 7 \rangle) : 2 = IV$ – індекс ворожості.

При обробці даних відповіді «так» та «мабуть, так» поєднуються – додаються, як відповіді «так» (+); відповіді «ні» та «мабуть, ні» додаються, як відповіді «ні» (--). Сума балів, помножена на коефіцієнт К, вказаний при кожному параметрі агресивності, дозволяє отримати зручні для

співставлення – нормовані – значення кожного показника та двох сумарних індексів.

Тест Томаса – типи поведінки у конфлікті

Для опису типів поведінки людей у конфліктах К.Томас вважає, що можна застосувати двомірну модель регулювання конфліктів, в якій основоположними є кооперація, пов'язана із увагою людини до інтересів інших людей, які залучені до ситуації, та настирливість, для якої характерний акцент на власних інтересах [218, с.104-109].

Виділяють п'ять засобів регулювання конфліктів, що визначаються у відповідності із двома засадними вимірюваннями (кооперація та конкуренція):

1. Змагання (конкуренція) – прагнення домогтися своїх інтересів за рахунок іншого.

2. Пристосування – принесення у жертву власних інтересів заради іншого.

3. Компроміс – погодження на основі взаємних поступок; пропозиція варіанту, що усуває протиріччя.

4. Уникнення – відсутність прагнення до кооперації та відсутність тенденції щодо досягнення власних цілей.

5. Співробітництво – учасники ситуації приходять до альтернативи, яка повністю задовольняє інтереси обох сторін.

У своєму опитувальнику щодо виявлення типових форм поведінки К.Томас описує кожен із п'яти перерахованих можливих варіантів 12 судженнями про поведінку індивіда у конфліктній ситуації. У різних варіантах вони згруповані по 30 пар, у кожній із яких респонденту пропонують вибрати те судження, яке є найбільш типовим для характеристики його поведінки (див. додаток Ж).

Відповіді на питання заносяться до бланку.

Має місце два варіанти відповідей, із яких потрібно вибрати один, що переважно відповідає вашим поглядам, вашій думці про себе. Відповідь потрібно надати швидко.

Ключ до опитувальника:

1. Змагання: 3А, 6В, 8А, 9В, 10А, 13В, 14В, 16В, 17А, 22В, 25А, 28А.
2. Співробітництво: 2В, 5А, 8В, 11А, 14А, 19А, 20А, 21В, 23В, 26В, 28В, 30В.
3. Компроміс: 2А, 4А, 7В, 10В, 12В, 13А, 18В, 22А, 23А, 24В, 26А, 29А.
4. Уникнення: 1А, 5В, 6А, 7А, 9А, 12А, 15В, 17В, 19В, 20В, 27А, 29В.
5. Пристосування: 1В, 3В, 4В, 11В, 15А, 16А, 18А, 21А, 24А, 25В, 27В, 30А.

У ключі кожна відповідь А чи В дає уяву щодо кількісної виразності: змагання, співробітництва, компромісу, уникнення та пристосування. Якщо відповідь співпадає з ключем, то їй надають значення 1, а якщо не співпадає, то значення 0. Кількість балів, що набрав індивід за кожною шкалою, дає уяву щодо виразності у нього тенденції до прояву відповідних форм поведінки у конфліктних ситуаціях. Для обробки результатів зручно використовувати маску.

Опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант міннесотського багатомірного особистісного переліку ММРІ)

Опитувальник Міні-мульти – це скорочений варіант ММРІ, який містить 71 питання, 11 шкал [218, с.122-124].

Перші 3 шкали – оціночні - вимірюють щирість досліджуваного, ступінь істинності результатів тестування та величину похибки, яка заноситься із великою обережністю.

За шкалами запропонованого опитувальника діагностують схильність або наявність прояву стану іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, паранояльності, психастенії, шизоїдності та гіпоманії (див. додаток 3).

1. Шкала брехні – оцінює щирість досліджуваного.

2. Шкала достовірності – виявляє недостовірні відповіді: чим більше значення за цією шкалою, тим менш достовірні результати.

3. Шкала корекції – згладжує спотворення, які вносяться з обережністю та контролем досліджуваного під час тестування. Високі показники за цією шкалою свідчать про неусвідомлений контроль за поведінкою.

Останні 8 шкал є базисними та оцінюють властивості особистості:

4. Іпохондрія – близькість досліджуваного до астено-невротичного типу. Досліджувані з високими оцінками повільні, пасивні, усьому вірять, покірливі владі, повільно пристосовуються, погано переносять зміну умов, легко втрачають рівновагу у соціальних конфліктах.

5. Депресія. Високі оцінки мають чуттєві, сенситивні особи, які схильні до тривоги, сором'язливі. У справі вони старанні, високоморальні та обов'язкові, але не здатні приймати рішення самостійно, у них немає впевненості у собі, при незначних поразках вони впадають у відчай.

6. Істерія. Виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб запобігти відповідальності. Усі проблеми вирішують шляхом хвороби. Головна особливість таких людей є прагнення видаватись більш значущими, ніж вони є насправді, прагнення звернути на себе увагу у будь-якому разі. Почуття таких людей поверхневі та інтереси неглибокі.

7. Психопатія. Високі оцінки за цією шкалою вказують на соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами та цінностями. Настрій у них нестійкий, вони легко ображаються, збудливі та чуттєві.

8. Паранояльність. Основна риса людей із високими показниками за цією шкалою – схильність до формування надцінних ідей. Ці люди агресивні та злопам'ятні. Хто не згоден із ними, хто думає інакше, той або дурний, або ворог. Свої погляди вони активно нав'язують, тому мають конфлікти з оточуючими. Власні незначні вдачі вони завжди переоцінюють.

9. Психастенія. Діагностує осіб із тривожно-недовірливим типом характеру, яким властива тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

10. Шизоїдність. Особа із високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні відчувати та сприймати абстрактні образи, водночас повсякденні радощі та прикраси не викликають у них емоційного відгуку. Таким чином, загальною рисою шизоїдного типу є поєднання завищеної чутливості з емоційною прохолодністю та відчуженістю у міжособистісних відношеннях.

11. Гіпоманія. Для осіб із високими оцінками за цієї шкалою притаманний завищений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими перервами, охоче контактують із людьми, водночас інтереси їх поверхневі та нестійкі, їм бракує витримки та наполегливості.

Методика визначення психологічної характеристики темпераменту

Опитувальник темпераменту Д.Райгородського дозволяє діагностувати наступні полярні його властивості: екстраверсію – інтроверсію, ригідність – пластичність, емоційну збудливість – емоційну врівноваженість, темп реакцій (швидкий – повільний), активність (високу – низьку), а також відвертість досліджуваного у відповідях на питання [278, с.70-74].

На початку обробки результатів опитування оцінюють відвертість відповідей за допомогою шкали: висока – 13-20 балів, середня – 8-12 балів, низька – 0-7 балів (див. додаток К).

Обробку результатів зручно проводити за допомогою масок.

Потім, користуючись таблицею «Середні оцінки та зони виразності властивостей темпераменту», визначають ступінь виразності кожної властивості та фіксують письмово.

Коди опитувальника:

Властивості темпераменту	Відповіді «так»	Бал	Відповіді «ні»	Бал
1. Екстраверсія	1,2,23,19,25,31,37,4,43	3,2	2	1
2. Ригідність	8,26,32,2,14,20,38,44	3	37,19,46	1,2
3. Емоцій збудливість	15,21,33,39,45,3,9,27	3,2,1		
4. Темп реакцій	4,16,28,10,22,34,40,46,17,29,37	3,2,1		
5. Активність	5,11,17,23,29,35,41,47,10	3,1	38	1
6. Відвертість	30,36,42,48,6,12,18,25,24	3,2,1	23	1

Таблиця 2.1

Середні оцінки та зони виразності властивостей темпераменту

Екстраверсія	Ригідність	Емоційна збудливість	Темп реакцій	Активність
22-26 дуже висока	16-23 дуже висока	18-20 дуже висока	20-22 дуже високий	24-26 дуже висока
17-21 дуже висока	12-15 висока	14-17 висока	14-19 високий	21-23 висока
16-13 середня	8-10 середня	13 середня	9-13 середній	14-20 середня
12-16 середня	7-11 середня	8-12 середня	5-8 повільний	9-13 низька
7-11 висока	3-6 висока	4-7 висока	0-4 дуже повільний	0-8 дуже низька
0-6 дуже висока	0-2 дуже висока	0-3 дуже висока		
Інтроверсія	Пластичність	Емоційна врівноваженість		

Шкалована самооцінка болю

Самооцінка болю вважається визнаним методом оцінки

психосоматичного стану людини [458], [469], [471], [472], [482], [483], [484]. А.Леонова [197, с.103-106] справедливо вказує, що її значення, насамперед, пов'язано з тим, що для сучасного дослідника аналіз суб'єктивних факторів є обов'язковою умовою повноцінної якісної характеристики стану; саме це і зумовлює важливість розробки спеціалізованих методик суб'єктивної оцінки для різних станів людини.

Нами була розроблена методика *шкалованої самооцінки* психосоматичного болю людини (див. рис. 2.3). Вона дає можливість швидко і досить точно отримувати оцінку досліджуваними найрізноманітніших складових їх психосоматичного стану [314]. Найважливішими перевагами даної методики є її зручність, універсальність, інформативність, надійність, експрес-характер, можливість класифікації та зіставлення отриманих показників, що робить її однією з найбільш придатних методик для вирішення завдань моніторингу прогнозування перебігу психосоматичного захворювання. Слід відзначити, що спроб використання з психодіагностичною метою суб'єктивних шкал раніше не було [46], [426].

Шкалована самооцінка дає можливість не тільки достатньо легко діагностувати параметри суб'єктивної виразності болю [310], [397], [400], але й порівнювати їх із показниками, які характеризують психосоматичний стан людини відповідно до нозологічної форми захворювання.

Розроблена методика відповідає основним вимогам, що ставляться до психодіагностичної методики: використання шкали інтервалів, валідність, дискримінативність, наявність нормативних даних [65], [69], [137], [218]. Вона призначена саме для багаторазової фіксації *динаміки* показників стану, а не стабільних характеристик, і кожна її шкала вимірює відносно *незалежні* показники, які можуть включатися й виключатися залежно від специфіки та завдань дослідження.

З тієї ж самої причини для методики властиві ті види валідності, які в принципі можуть бути до неї застосовані: очевидна, конструктна та

конкурентна.

Під час численних досліджень на різних вибірках та в різних видах діяльності нами була встановлена узгодженість отриманих на основі цієї методики результатів суб'єктивної виразності болю з результатами психодіагностичних методик оцінки «хронопсихологічного профілю особистості», яка страждає на психосоматичне захворювання. Так, різні її шкали мають достовірні кореляційні зв'язки з реактивною особистісною тривожністю та рівнем агресії ($r = 0,15 - 0,55$; $p \leq 0,05 - 0,001$), з багатьма кількісними показниками методики хронометричної проби, оцінки невротичних станів та ін. ($r = 0,15 - 0,35$; $p \leq 0,05 - 0,001$). Більш детально ці зв'язки будуть висвітлені при аналізі результатів досліджень шляхом побудови «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні захворювання.

Вік досліджуваних, серед яких використовувалась методика, становив від 17 до 65 років; їх загальна кількість налічувала 2487 особи. Дослідження проводились у період загострення, реконвалесценції (видужання) та ремісії (затухання хвороби) (разом було проведено 7461 вимірювання).



Рис. 2.3. Зразок фрагмента бланка для шкалової самооцінки болю

Діагностична процедура за цією методикою полягає в тому, що досліджуваному пропонується оцінити ступінь суб'єктивної виразності болю на даний момент, обвівши числове значення суб'єктивної виразності болю, з урахуванням того, що кожне кількісне значення несе якісну характеристику суб'єктивної виразності болю, а саме:

- 0 балів – відсутність болю;
- 1 бал – „слабкий біль”;
- 2 бали – „тупий біль”;
- 3 бали – „помірний біль”;

- 4-5 балів – „гострий біль”;
- 6-7 балів – „нестерпний біль”.

2.6. Загальна характеристика методу дослідження суб'єктивного сприйняття часу

Запропонована концепція хронопсихологічного прогнозування потребує розроблення методу, який можна буде застосовувати для її вивчення на рівні експериментальних технік в умовах лабораторії.

Отже, залежно від актуального дослідницького завдання, мають вивчатися питання, пов'язані з безпосереднім переживанням плину часу та особливостями функціонування часового механізму.

На сьогодні існує досить багато різних методів, які застосовуються в дослідженнях психологічного часу. Більшість наявних методів стикаються з проблемою валідності. Проблема валідності методу постає в першу чергу тому, що досі немає реальної дефініції часу. Методи, які було розроблено на основі фізичного розуміння часу і його первинності, як правило, демонструють очевидну валідність. Такі методи відображають шлях розуміння часу за логікою «від фізичного часу до часу психологічного».

Попри десятиріччя плідної експериментальної роботи, яка спиралася на цю логіку (дослідження П.Фресса, Д.Елькіна, Б.Цуканова та ін.), сьогодні варто доповнити існуючими підходами щодо вирішення проблеми хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

Таким чином окреслюється потреба в методі, який у найкращий спосіб відповідав би характеристикам переживання часу психосоматичними хворими.

Задля визначення основ та сутності такого методу звернімося до характеристик переживання часу.

1. Через те, що переживання часу властиве людині та являє собою один із базових феноменів хронотипу, завдання даного методу полягає в тому,

щоб максимально наблизитися до цього феномена і приєднатися до переживання плину часу даного в потоці свідомості.

2. Переживання плину часу є своєрідним фоном для пояснення перебігу психосоматичного захворювання. А тому даний метод повинен зберігати цю роль фону для переживання часу хворими на психосоматичні захворювання.

3. Новий метод має орієнтуватися на суб'єктивність переживання часу. При цьому враховує зазвичай наявної спрямованості на повну відповідальність відмірюваних інтервалів інтервалам фізичного часу, які було наперед задано випробуваному. Результати відмірювання за таким методом повинні розглядатися виключно з позиції точної відповідності заданому фізичному інтервалу і через поняття помилковості результатів.

4. Через те, що переживання плину часу потребує певних стимулів, новий метод має покладатися на процедуру, яка передбачає безпосереднє використання стимулів у вигляді інтервалів фізичного часу.

В дослідженнях Г.Вудроу [97], Д.Катца [496], Т.Кольмана [499], В.Лисенкової [260], П.Фресса [394], Г.Шляхтіна [428], Д.Елькіна [434] описується характер і величина часової похибки, яка виникає як різниця між заданим проміжком (t_0) і суб'єктивною відповіддю випробуваного (t_s). Накопичені різними авторами дані показують, що величина і знак часової похибки залежать від тривалості заданого проміжку (t_0) і від застосовуваного методу (відтворення, відмірювання, оцінка тривалості). Так методом відтворення тривалості Г.Вудроу виявив три зони, які стали класичними: 1) зона коротких інтервалів $t_0 \leq 0,5$ с; 2) зона нейтральних інтервалів $0,5$ с $\leq t_0 \leq 1,0$ с; 3) зона довгих інтервалів $t_0 > 1,0$ с [97, с.231].

У зоні коротких інтервалів відносна часова похибка $E \neq \text{const}$, а в зоні довгих інтервалів $E = \text{const}$. За даними Г.Вудроу [97], середня похибка відтворення довгих проміжків складає 16 ~ 17%, за даними Т.Кольмана [499], - 15%, за даними П.Фресса [394], - 14 ~ 16%.

П.Фресс [394, с.165] зазначає, що така величина похибки відтворення тривалості виявляється не тільки у дорослих, а й у дітей, починаючи з шестирічного віку.

На двох незалежних вибірках методом відтворення тривалості ($t_0 = 2,3,5$ с) Б.Цукановим було отримано значення $E = 15 \sim 16\%$ для "середньогрупових суб'єктів" [415]. За величиною воно повністю збігається з отриманими раніше значеннями відносної похибки в дослідженнях Г.Вудроу [97], Т.Кольмана [499], П.Фресса [394] та інших. Якщо взяти до уваги ту обставину, що Г.Вудроу [97] використовував проміжки до 30 с, Т.Кольман [499] - до 3 хв., П.Фресс [394] - до 30с, а в експериментах Б.Цуканова [415] були проміжки до 5с, і врахувати, що практична рівність похибок відокремлена кількома десятиліттями, то можна сказати, що *методом відтворення тривалості визначається індивідуальний хронотип, який є сталою величиною і може виступити центральним фактором, що визначить спрямованість особистості, а саме, екстравертованість-амбівертованість-інтровертованість та спрогнозує перебіг психосоматичного захворювання.*

Для визначення хронотипу використовувалося відношення: $X_T = t_s/t_0$ [477], запропоноване Г. Еренвальдом. Розрахунки, проведені за результатами відтворення тривалості "середньо-суб'єктами" показали, що в обох "суб'єктів" $X_T = \text{const}$ на різних відрізках пережитого часу. Відповідно до значення X_T діапазон відносних похибок коливається від 10% до 30%. Індивідів обох вибірок розділили на дві групи [416].

До першої групи відносяться індивіди з $t_s \leq t_0$, що не довідмірюють час. Діапазон їх похибок знаходиться в межах від 0 до 30%. У другій групі перебувають індивіди з $t_s > t_0$, що перевідмірюють час, діапазон похибок яких знаходиться в межах від 1 до 10%. Як видно, можна говорити про "поспішаючих", "точних" і "повільних" індивідів. Кожен індивід, що довідмірює чи перевідмірює час, названий "хронотипом".

На вибірці була перевірена стабільність індивідуального "хронотипу". Визначаючи "хронотип" у кожного випробуваного протягом декількох місяців, встановлено, що відхилення середніх значень не перевищують роздільної здатності хроноскопа 1-го класу [415]. Отримані дані дають підстави вважати, що *хронотип* індивіда характеризується високою стабільністю, а тому може виступити центральним фактором, здатним об'єднати *психотип* та *соматотип* індивіда, а відповідно спрогнозувати перебіг психосоматичного захворювання.

2.7. Методика хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань

Наше завдання – спрогнозувати перебіг психосоматичних захворювань – вирішувалося експериментальним шляхом на контингенті людей віком від 17 до 67 років, котрі страждають на психосоматичні захворювання і проходили лікування у Первомайській лікарні стаціонару та її поліклінічному відділенні. Іншими словами, дослідження проводилось із хворими як у період загострення, так і реконвалесценції (видужання) та ремісії (затухання) захворювання. Водночас, з метою порівняльного аналізу у дослідженні взяли участь здорові індивіди, які схильні до порушень роботи серцево-судинної та дихальної систем. На кожного обстежуваного заповнювалась анкета, за допомогою якої з'ясовувалось наступне:

- 1) вік людини (із зазначенням кількості років та місяців на момент обстеження);
- 2) число, місяць, рік її народження;
- 3) вид психосоматичного захворювання.

На основі отриманих результатів хронометрування було побудовано таблицю з визначенням хронотипу індивіда. У кожного хворого, що обстежувався за допомогою методу хронометричної проби [114] визначався „хронотип”, для чого використовувався класичний спосіб відтворення проміжків тривалості $t_0 = 2, 3, 4, 5\text{с}$, що задавалися експериментатором та

відтворювалися обстежуваним за допомогою електронного хроноскопу з точністю до 0,001с. При цьому кожному обстежуваному пропонувалось відтворити тривалість, яка ним переживається та обмежена двома сигналами - „початок” та „кінець” у вигляді звуку, що виникає під час включення та зупинки хроноскопу. Обстежуваний відтворював проміжки, які задавалися на цьому хроноскопі.

Індивідуальне значення „хронотипу” розраховувалося за формулою відповідно до кожного запропонованого інтервалу:

$$X_T = \frac{\sum t_s}{\sum t_o}, \quad (2.1)$$

де t_o - тривалість, що задана експериментатором, а t_s - тривалість, яку відтворює обстежуваний.

Відтворення кожного проміжку часу повторювалося п'ять разів, а потім підраховувалося середньостатистичне значення хронотипу кожного досліджуваного.

Це відношення вперше запропонував Г.Еренвальд [477] для характеристики індивідуальних результатів методу відтворення.

Вибір методу психодіагностики психосоматичних захворювань з позиції закону переживання часу є провідним питанням щодо аналізу прогнозування перебігу психосоматичних захворювань. Окрім методу відтворення, для вивчення суб'єктивного відношення до часу, який переживається індивідом, використовують метод відмірювання та оцінки тривалості. Результати в цих методах сильно варіюють, і дані різних авторів важко зіставити або дати їм однозначну інтерпретацію [200], [394], [434].

Але багато дослідників використовують відмірювання та оцінку тривалості та отримують результати, які пов'язані з особливостями методів і намагаються інтерпретувати їх, як нові факти. Але, з точки зору деяких дослідників [200], [477], неможливо ці результати погодити

із суб'єктивними переживаннями часу. І тільки завдяки ретельному аналізу часових похибок в працях Б.Цуканова [415], які допускаються суб'єктами в експериментальних методах та на основі цього аналізу був вибраний найбільш адекватний метод, який дозволяє виявити закономірності індивідуального часу, що переживається суб'єктом. У нашому дослідженні відносна похибка відтворення тривалості визначалась для експериментальної групи – 1 вибірка (індивіди, які страждають на психосоматичні захворювання) та контрольної – 2 вибірка (здорові індивіди), а підраховувалася за формулою:

$$|\varepsilon| = \frac{\Delta t_s}{t_o} \cdot 100\%,$$

де $\Delta t = t_o - t_s$, t_o - тривалість, яка задавалася експериментатором, а t_s - тривалість, яку відтворює обстежуваний [116, с.35]. Результати зіставлялись із значенням хронотипу та представлені у таблицях 2.2, 2.3, 2.4.

Як видно з таблиць 2.2, 2.3, 2.4, на двох незалежних вибірках у „екстравертованих”, „амбівертованих” та „інтровертованих” суб'єктів отримано практично рівність відносних похибок. Тому можна вважати, що методом відтворення тривалості досліджується сталий механізм відтворення проміжків часу на слух, який вимірює плин часу, що переживається суб'єктом. Інакше кажучи, у суб'єкта є хронотип, за допомогою якої вимірюється безпосередньо пережита тривалість [420].

Отримані в дослідженнях результати відносної похибки відтворення тривалості піддаються однозначній інтерпретації, тому метод відтворення тривалості є адекватним з метою вивчення перебігу психосоматичних захворювань у вирішенні проблеми хронопсихологічного прогнозування їх перебігу. В цьому відношенні специфіка метода відтворення дозволяє відкрити особливості часового механізму індивіда із психосоматичним

захворюванням, котрий вимірює плин тривалості, що переживається суб'єктом за допомогою хронотипу.

Таким чином, отримані в дослідженнях результати відносної помилки відтворення тривалості в експериментальній групі еквівалентні результатам відносної помилки відтворення тривалості в контрольній групі і піддаються однозначній інтерпретації, тому метод відтворення тривалості можна вважати адекватним щодо прогнозування перебігу психосоматичних захворювань з позиції законів переживання часу.

У цьому відношенні специфіка методу відтворення дозволяє відкрити особливості «часового механізму» індивіда, котрий вимірює

Таблиця 2.2

Відносна похибка відтворення тривалості «екстравертованим суб'єктом»

t_0 (в с)	1 вибірка (50 інд.)			2 вибірка (60 інд.)		
	t_s (в с)	X_p	ε (в %)	t_s (в с)	X_p	ε (в %)
2	1,7	0,85	15	1,68	0,84	16
3	2,52	0,84	16	2,49	0,83	17
4	3,32	0,83	17	3,28	0,82	18
5	4,1	0,82	18	4,15	0,83	17
Середній		0,84	16,5	-	0,83	17

тривалість часу, що переживається суб'єктом, за допомогою його хронотипу.

У дослідженнях, результати яких викладені у дисертації, взяли участь 2375 хворих на психосоматичні захворювання віком від 27 до 60 років та 1376 індивідів із групи ризику, зокрема, 976 чоловіків та жінок віком від 19 до 26 років із гіпертонічною тенденцією, 269 дітей віком від 7 до 14 років із тенденцією порушення ритму серця та 131 дитина віком від 7 до 14 років із тенденцією порушення ритму дихання. Загальна характеристика етапів, обсягу та методів досліджень представлена в табл. 2.5.

Із групи хворих на психосоматичні захворювання: 129 хворих на ішемічну хворобу серця зі стенокардією та інфарктом міокарда; 262 хворих

Таблиця 2.3

Відносна похибка відтворення тривалості
„амбівертованим суб'єктом”

t ₀ (в с)	1 вибірка (80 інд.)			2 вибірка (90 інд.)		
	t _s (в с)	Xp	ε (в %)	t _s (в с)	Xp	ε (в %)
2	1,8	0,9	10	1,78	0,89	11
3	2,67	0,89	11	2,64	0,88	12
4	3,52	0,88	12	3,48	0,87	13
5	4,35	0,87	13	4,4	0,88	12
Середній		0,89	11,5	-	0,88	12

Таблиця 2.4

Відносна похибка відтворення тривалості „інтровертованим суб'єктом”

t ₀ (в с)	1 вибірка (70 інд.)			2 вибірка (80 інд.)		
	t _s (в с)	Xp	ε (в %)	t _s (в с)	Xp	ε (в %)
2	2,6	1,3	30	2,54	1,27	27
3	3,66	1,22	22	3,84	1,28	28
4	5	1,25	25	5,2	1,3	30
5	6,35	1,27	27	6,25	1,25	25
Середній		1,26	26	-	1,275	27,5

на артеріальну есенціальну гіпертензію; 249 хворих на функціональні порушення ритму серця; 198 хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки; 242 хворих на холецистити, панкреатити, дискинезії жовчовивідних шляхів; 162 хворих на хронічні закрепи; 167 хворих на емоційну діарею; 134 хворих на гломерулонефрити; 138 хворих на

Таблиця 2.5

Загальна характеристика етапів, обсягу та методів досліджень

Етапи дослідження	Хар.-ка дослідж.	Кількість	Сумарн кількість.	Основні методи дослідження	Основні методи прогнозування	
1	2	3	4	5	6	
Визначення психолого-часових індикаторів перебігу психосоматичних захворювань.	Серцево-судинні захв.:		640	Спост.- ня, діагн. бесіда, аналіз продуктів діяльності, методики самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна, депресії Бека, рівня суб'єктивного контролю Роттера, форм агресії Басса та Дарки, типи поведінки у конфлікті (тест Томаса), опитувальн. Міні-мульт, визначення псих. хар-ки темперамент. шкалована самооцінка болю.	Метод відтворення часу на слух за допомогою електронного хроноскопу	
	ІХС	129	769			
	АЕГ	262				
	ФПРС	249				
	Шлунково-кишкові захв.-ня:					597
	виразкова хвороба шлунку та 12-ти палої кишки;	198				
	холецистити,	242				
	панкреатити,					
	ДЖВЩ;	162				
	закрепи,	167				
ем.діарея.						
Захворюв. сечостатевої системи:						
гломерулонефр.	134					
пієлонефрити	138					
дизметаболична нефропатія	124					
НН	63					
функ. енурез;	138					
Захворювання			389	Спостережен. клінічний метод,діагнос бесіда	Метод визначення тривалості біологічного циклу життя індивіда за законом переживан. часу	
Побудова інд. хронотопу перебігу психосом. захв.в онтогенез. Розгортці	органів дихання:					
	бронх. астма	125				
	трахеобронхіт.	194	50			
	Невротичні розлади	50				

1	2	3	4	5	6
Побудова моделі «хронопсихол. профілю особистості»				Методика самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна, депресії Бека, рівня суб'єктивного контролю Роттера, форм агресії Басса та Дарки.	Медико-психологічна корекція
Розробка основних підходів щодо прогнозування перебігу психосоматичних захворювань					Програма психопрофіл. психосомат. захворювань.
Система психологоорган. заходів медико-психологоорган. й прогностичної спрямованості на суб'єктів із сомат. порушен.				Експертна оцінка клінічного стану хворого.	Рекомендації щодо попередження загострення психосомат. захворювання.

пієлонефрити; 124 хворих на дизметаболічні нефропатії; 63 хворих на ниркову недостатність; 138 хворих на енурез; 125 хворих на бронхіальну астму; 194 хворих на рецидивуючий трахеобронхіт; 50 хворих на невротичні розлади.

2.8. Практичне обґрунтування концепції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань

Методичне забезпечення психодіагностики хронотипу представлено *методом хронометричної проби* із застосуванням у якості психологічного інструментарію *електронного хроноскопу*, який дає можливість зафіксувати значення суб'єктивного сприйняття часу з точністю до 0,001с. На цій

похибці стало можливим диференціювати індивідуально-типологічні та соматичні особливості індивіда.

Застосування методу хронометричної проби дозволило розробити *алгоритм хронопсихологічного прогнозу* психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та психопрофілактики психосоматичних захворювань, що враховує такі етапи:

1. Психодіагностику значення хронотипу, а відповідно:

- виокремлення як об'єктивних («місце найменшого опору»), так і суб'єктивних (психосимптоматика) критеріїв діагностики психосоматичних захворювань;
- прогнозування базового емоційного фону індивіда;
- оцінку рівня суб'єктивного контролю;
- визначення схильності до розвитку певних форм суміжних нервово-психічних розладів;
- прояв невротичних розладів;
- прогнозування ступеня суб'єктивної виразності болю.

2. Визначення тривалості С-періодів, тобто врахування періодів фазової сингулярності і, відповідно до них, планування комплексної медико-психологічної профілактики у *терміни* спаду біологічного циклу або його чвертей, тобто у період найбільшої вірогідності загострення захворювання.

Своєчасно проведена профілактика захворювання забезпечить ефективність профілактичних заходів, а відповідно попередить загострення хронічного процесу.

Запропонований алгоритм хронопсихологічного прогнозу дозволив побудувати *модель «психологічного профілю особистості»* хворих на психосоматичні захворювання органів *серцево-судинної системи* (ішемічну хворобу серця та її клінічну форму – інфаркт, гіпертонічну хворобу, аритмію), *шлунково-кишкового тракту* (виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, гастрити, холецистити, панкреатити,

дискинезії жовчовивідних шляхів, закрепи, емоційні діареї), *дихання* (бронхіти, бронхіальну астму), *сечостатевої системи* (пієлонефрити, гломерулонефрити, дизметаболичні нефропатії, цистити, хронічну ниркову недостатність, дисменорею).

Хронотип може виконувати не тільки прогностичну функцію, а й бути використаним у якості *психолого-часового індикатора* ефективності фізіотерапевтичного впливу в лікуванні хворих на психосоматичні захворювання.

Загалом проблема ефективності фізіотерапевтичного лікування психосоматичних захворювань є досить актуальною в сучасній медицині. В запропонованій методиці частота електроімпульсної дії на організм людини визначається чутливістю шкіри хворого, тобто відчуттям «поколювання». Однак процедура не завжди досягає позитивного ефекту, діючи безпосередньо на хворий орган. Це може бути обумовлено тим, що частота електроімпульсного впливу на організм не узгоджується із частотою роботи внутрішніх органів. Для розв'язання цієї проблеми ми звернулися до закону переживання часу, одне із положень якої констатує, що «так як тривалість відтворення часу залежить від конструктивних та функціональних особливостей часового механізму, то вона є одним із показників якості ходу власних годин індивіда, а її числове значення узгоджується з частотою роботи внутрішніх систем організму» [421]. Враховуючи це положення, пропонується *спосіб електроімпульсної дії на організм людини із врахуванням ходу біологічного годинника індивіда*, що включає дію адаптивно-динамічним струмом із прямокутною формою імпульсів відповідної частоти чергування, який відрізняється тим, що частоту дії погоджують із ходом власного біологічного годинника індивіда, а її числове значення визначається за формулою:

$$V = 60 / X_t,$$

де V – частота погодження з ходом власного біологічного годинника індивіда, X_t – хронотип.

Такий індивідуальний підхід значно посилює ефективність фізіотерапевтичного впливу на організм людини (див. розділ 5).

Таким чином, визначені та проаналізовані в параграфі ключові питання виокремлення психолого-часових індикаторів психосоматичних захворювань, з одного боку, виступають як методологічне підґрунтя для розробки та практичного втілення системи хронопсихологічного прогнозування перебігу цих захворювань, а з іншого – окреслюють конкретні напрями подальшого вивчення невирішених питань у цій сфері, зумовлюють необхідність їх перевірки найвагомішим критерієм істинності – практикою.

Потребувала розробки система психологоорганізаційних заходів медико- і психологопрофілактичної й прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням існування системи взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними особливостями й часовими параметрами (часові характеристики, фактор часу, хронотип) на прикладі психосоматичних захворювань.

Із цією метою було використано системний підхід, на його основі побудовано модель проведення корекційної роботи, яка містить чотири блоки: теоретичний, методичний, організаційний і виконавчий.

Теоретичний блок містить ряд фундаментальних положень психологічної та суміжних із нею наук про ефективність координації різних підходів на підставі точних знань про взаємозв'язки конституціональних, емоційних і фізіологічних факторів у причинності захворювання.

Методичний блок представлений методом хронометрії темпоральних характеристик; психологічною діагностикою (визначенням темпераментальних характеристик); лікувальним методом (фізіотерапевтичний) з урахуванням ходу власного біологічного годинника індивіда; авторським курсом психологічної корекції психосимптоматики психосоматичних захворювань із врахуванням ходу біологічного годинника

індивіда; авторською методикою експрес-діагностики самооцінки рівня суб'єктивної виразності болю у хворих на психосоматичні захворювання.

Організаційний блок охоплює: визначення часу гострого розвитку хвороби; виявлення індивідуально-типологічних особливостей; планування лікувальних заходів із наступною профілактикою й прогнозуванням за допомогою авторського курсу комплексної медико-психологічної профілактики хронічних психосоматичних захворювань із врахуванням ходу біологічного годинника індивіда; роз'яснювальну роботу щодо необхідності заходів попередження загострення захворювання, виконання рекомендацій щодо своєчасного діагностичного обстеження.

Виконавчий блок представлений такими психологоорганізаційними заходами: визначення та урахування індивідуально-типологічних особливостей; визначення та урахування вікового С-періоду гострого прояву хвороби; психологічне консультування, індивідуальні бесіди; авторська методика способу електроімпульсної дії на організм людини із врахуванням ходу біологічного годинника індивіда.

Водночас, під час розробки робочих схем реалізації системи враховувалась запропонована модель розвитку соматичного порушення, що дозволило виділити основні вузлові точки – точки фазової сингулярності з урахуванням вікового С-періоду; індивідуально-типологічні особливості суб'єкта залежно від часових параметрів: часові характеристики, фактор часу, хронотип.

Ефективність запропонованої системи визначалася за підсумками порівняльного аналізу результатів первинного психолого-соматичного й контрольного обстеження, що дало можливість проаналізувати зміни психосимптоматики внаслідок проведеної комплексної медико-психологічної корекційної роботи з урахуванням закону переживання часу.

При плануванні робочих схем спостереження враховувалось:

С-метрику захворювання, тобто рекомендований повторний курс профілактичних заходів, спрямованих на пацієнта напередодні його

входження в фазу сингулярності. Своєчасно проведена психопрофілактика захворювання у суб'єкта до моменту загострення основного соматичного порушення дозволила заздалегідь попередити загострення хронічного процесу шляхом використання відповідних профілактичних заходів.

Висновки до розділу 2

1. Спираючись на проведеній у розділі аналіз проблем, перспектив та завдань досліджень методів прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, можна зробити висновок, що дослідження індивідуального хронотипу та виокремлення психолого-часових індикаторів психосоматичних захворювань можна вважати одним із найбільш перспективних напрямів психосоматичного підходу до попередження та своєчасної профілактики цих порушень.

2. Отримані в дослідженнях результати відносної помилки відтворення тривалості піддаються однозначній інтерпретації, тому метод відтворення тривалості є адекватним з метою прогнозування перебігу психосоматичних захворювань в проблемі індивідуального часу, що переживається суб'єктом. В цьому відношенні специфіка метода відтворення дозволяє відкрити особливості часового механізму індивіда, котрий вимірює плин тривалості, що переживається суб'єктом за допомогою хронотипу.

Таким чином, методом відтворення тривалості визначається індивідуальний хронотип, який є сталою величиною і може виступити центральним фактором, що визначить спрямованість особистості, а саме, екстравертованість-амбівертованість-інтровертованість та спрогнозує перебіг психосоматичного захворювання.

3. Так як результати проведеного дослідження переконують, що інтервал між двома ударами пульсу (кореляційне відношення між «хронотипом» та періодом T_r як у прямому, так і у зворотному порядку є досить високим: $r_{X_T, T_r} = 0,98$ та $r_{T_r, X_T} = 0,99$), а також інтервал дихального циклу узгоджуються зі значенням хронотипу індивіда (у

індивідів дуже екстравертованої групи за загальним виконанням відношення були отримані наступні варіанти співвідношення інтервалу дихального циклу та значення хронотипу: $T_s = 2X_T$, $T_s = 3X_T$, $T_s = 4X_T$; індивідів помірно екстравертованої групи: $T_s = 4X_T$), то на цій підставі в роботі висунуто припущення, що узгодження із хронотипом хворого імпульсних впливів на його організм забезпечить їх відповідність фізіологічним ритмам функціонуючих органів і систем організму пацієнта. Передбачалось також, що запропонований індивідуальний підхід має значно посилити ефективність фізіотерапевтичного впливу на організм хворої людини.

З метою розробки системи організаційних заходів медико- і психопрофілактичної й прогностичної спрямованості на пацієнтів із соматичними порушеннями було використано психосоматичний підхід, який враховував існування системи взаємозв'язку між індивідуально-типологічними особливостями й часовими параметрами (хронотипом) пацієнтів на прикладі психосоматичних захворювань. На його основі побудовано програму проведення реабілітаційної роботи, яка містить чотири блоки: теоретичний, методичний, організаційний і виконавчий.

4. Задля ефективної профілактики в медицині треба повно враховувати психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда, схильного до психосоматичних захворювань. Це дасть змогу передбачити місце його найменшого опору, щонайперше такі окремі нозологічні форми захворювань, як хвороби серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання та виділення.

4. Врахування індивідуального хронотипу психосоматичного захворювання людини дозволить проводити цілеспрямований психолого-соматичний вплив із залученням фахівців-практиків різного профілю, прогнозувати й передбачати можливі порушення до того, як вони виникнуть. Таким чином, запропонований підхід буде сприяти формуванню не тільки здорової особистості, а й здорового суспільства.

Розділ 3

ПСИХОЛОГО-ЧАСОВІ ІНДИКАТОРИ ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Психосоматичні розлади перебувають у центрі уваги медичної психології вже не одне десятиріччя. В останній час особливо актуальною стала необхідність комплексного підходу до вивчення психосоматичних захворювань органів дихання, серцево-судинної, травної та інших систем організму. Складність феноменів, що вивчаються, довела необґрунтованість спрощених причиново-наслідкових пояснювальних моделей психосоматичних розладів. Об'єктивне дослідження механізмів етіології і патогенезу психосоматичних розладів можливе лише з врахуванням багатовимірності досліджуваних явищ.

Зріс рівень вимог, які життя ставить зараз до людини. Сучасні культурні, економічні і соціальні трансформації вимагають від неї надзвичайної мобілізації когнітивних, емоційних і особистісних ресурсів, постійної готовності вирішувати життєві проблеми, що виникають. Хронічне перенапруження і внутрішня психологічна реактивність - повсякденний стан сучасної людини, що відчуває на собі постійний тиск з боку соціуму. Все це є причиною значного зростання кількості хронічних захворювань, етіологія яких тісно пов'язана з особливостями психологічної сфери індивідуума. За сучасними даними, психосоматичні розлади в індустріальних країнах поширені серед 50 - 70 % населення і цей показник є досить стабільним [136].

Сучасна медицина офіційно прийшла до визнання факту, що всі причини психосоматичних захворювань треба шукати не в зовнішніх, а у внутрішніх процесах індивіда, враховуючи прояв останніх у поведінці особистості.

М.Нікольська, вивчаючи фактори, які впливають на формування реакції на захворювання, акцентувала увагу на тому, що індивідуально-

психологічні особливості є більш інформативними для прогнозу особистісних реакцій на захворювання, ніж клінічна оцінка важкості захворювання [245, с.105-111]. Саме індивідуально-психологічні особливості особистості зумовлюють, на нашу думку, певний симптомокомплекс соматичних розладів, до яких відносять психосоматичні захворювання. Ми звернулися до розгляду цього питання, зважаючи на індивідуальні особливості динамічного переживання часу та дані узагальнених профілів зазначеної категорії, і спробували визначитися з критеріями типології переважаючих хвороб.

3.1. Локалізація кардіологічних симптомів у типологічних групах

Кожний індивід існує у своєму власному часі та просторі. У свою чергу, простір та час є нерозривною єдністю, на яку звернули увагу ще О.Ухтомський, М.Бахтін [39]. О.Ухтомський виділив так званий *хронотоп* – *час та простір в єдності*. М.Бахтін зробив це на матеріалі текстів романів. Ми пропонуємо відповідний аналіз на основі психосоматичних захворювань та вважаємо, що у хронотопі головна роль надається компоненту часу (*хронос*) (80%), тоді як компонент простору (*топос*) лише доповнює його (20%). Це пояснюється тим, що людина існує у просторі, по-різному відзначає його, але життя вимірює часом – ритмом, тривалістю. Час та простір існують у свідомості людини, тому особистісна асиметрія часової перспективи впливає на психіку та соматику, а також визначає його *індивідуальний хронотоп*.

Ми припускаємо, що хронотопом можна вважати «опис психосоматичного захворювання», де наявне злиття часових та просторових клінічних ознак у єдиний хронотопічний континуум. Компонент простору може бути поданий у відсотках (1%, 2%, 3%), але це вже буде хронотоп через відповідність з теорією хронотопа М.Бахтіна [39, с.54-63]. Для цього достатньо використати, як показники належності до індивідуального

хронотопу, *хронотип (Хт) та С-період*, що виступають у якості психолого-часових індикаторів психосоматичних захворювань.

На сьогодні розуміння психосоматичного захворювання, прийняття й реалізація цілісного підходу до особистості хворого є актуальними завданнями сучасної медичної психології. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на першому місці серед психосоматичних захворювань - серцево-судинні захворювання (ССЗ).

В останні десятиліття, за даними вчених (Ф.Александр [9], С.Бондаревич [61], В.Бройтигам [68], І.Вітенко [90], Д.Ісаєв [146], М.Кабанов [149], О.Квасенко [159], М.Коробіцина [174], І.Курцин [187], Б.Михайлів [232]), збільшився відсоток захворюваності населення серцево-судинними розладами, особливо осіб працездатного віку, серед яких ішемічна хвороба серця (ІХС) займає провідне місце. Економічний збиток тільки у США від цих захворювань складає близько 60 млрд. доларів на рік [135, с.9-10].

У цілому від цих захворювань страждає $\frac{1}{4}$ дорослого населення земної кулі. Вони – причина кожної другої смерті, кожної третьої інвалідності. Тому увага медиків всього світу прикута до проблеми серцево-судинних захворювань. Спільно з психологами медики ведуть дослідження із вилучення «факторів ризику», які нібито призводять до кардіокатастроф (інфарктів міокарда). Таких «факторів» нараховується близько тридцяти. Серед них: конституційні відмінності (надмірна вага, ожиріння), вісцеральні відмінності (артеріальна гіпертонія), поведінкові відмінності (куріння, конкурентність, поспішливість) та типологічні відмінності (часто прихована агресивність, підвищена або висока тривожність). Не дивлячись на детальне дослідження «факторів ризику», вчені дійшли висновку, що ними можна пояснити лише половину випадків захворювань на ішемічну хворобу серця (ІХС) чи її клінічну форму – інфаркт.

У 30% від загальної кількості індивідів, які страждають на ІХС, має місце безсимптомна форма, яка приводить до неочікуваного інфаркту, але не

супроводжується факторами ризику [135, с.3-4]. На сьогодні кардіологи не знають, у кого може бути така клінічна форма ІХС, як інфаркт міокарда [135, с.3].

Внаслідок перенесення хворим на ішемічну хворобу серця інфаркту міокарда (ІМ), а також рецидивів і загострень протягом захворювання, пацієнт часто втрачає здатність до рухової активності, у нього знижується фізична працездатність, розвиваються комплекси психосоціальної дезадаптації (Р.Баєвський [37], Ф.Березін [44]). Виявлення індивідуально-типологічних особливостей хворого з ІХС дозволить розробити адекватні психотерапевтичні методи своєчасної психологічної корекції, а також включити в цей психологічний процес особливо значущі для хворого аспекти, що сприятиме більш швидкій їх соціальній реабілітації і відновленню професійного статусу.

Водночас проблема ІХС ще далека від свого остаточного вирішення. Одна з причин існуючої ситуації полягає в недостатньому вивченні двох моментів, що стосуються самої суті захворювання. По-перше, ІХС є неінфекційним захворюванням, від якого страждає 25% дорослого населення [135, с.67]. По-друге, ІХС є хронічним захворюванням, тобто розвиток та плин хвороби має часову розгортку, а така її клінічна форма як інфаркт, проявляється у певному віці. Оскільки кількість індивідів, які страждають на хвороби серцево-судинної системи в людській популяції, згідно зі світовою статистикою, залишається відносно постійною, то імовірно припустити, що є індивіди (або група індивідів), у яких переважають серцево-судинні захворювання. Якщо такі персоналії і групи, «переважальників» серцево-судинної хвороби справді існують, то й так звані фактори ризику цієї хвороби у початкових формах можна легко виявити в осіб цього психотипу задовго до їх вірогідної дії. Прийнято вважати, що одним із головних факторів, що призводять до ІХС, є артеріальна гіпертонія [100]. Виходячи з теоретичного аналізу, логічно припустити, що артеріальна гіпертонія виникає на основі гіпертонічної тенденції, яка повинна спостерігатися і у

здорових індивідів. Можливість існування гіпертонічної тенденції нами перевірялась на вибірці із 976 чоловіків та жінок віком від 19 до 26 років. У кожного індивіда за результатами відтворення тривалості визначався хронотип та вимірювався систолічний артеріальний тиск (САТ) та діастолічний артеріальний тиск (ДАТ). Локалізація гіпертонічної тенденції у спектрі «хронотипу» зведена у таблицю 3.1. Методом найменших квадратів побудовано графіки функції $\rho = f(X_T)$ у спектрі «хронотипу» (див. рис. 3.1). Із графіків видно, що у спектрі «хронотипу» функції САТ та ДАТ зазнають розриву та змінюють напрямок у тих самих критичних точках ($X_T = 0,8$; $X_T = 0,9$; $X_T = 1,0$), в яких відбувається його поділ на чотири типологічні групи.

Таблиця 3.1

Локалізація показників артеріального тиску у безперервному спектрі хронотипу

«хронотип»	САТ (мм.рт.ст.)	ДАТ (мм.рт.ст.)	Кількісний розподіл досліджуваних (976 = 100 %)	
			кількість осіб	%
$0,7 \leq X_T < 0,8$	110-115	60-65	27	2,8
$0,8 \leq X_T < 0,86$	135-140	85-90	569	58,3
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	120-125	70-75	9	0,9
$0,94 < X_T \leq 1,0$	130-135	80-85	364	37,3
$1,0 < X_T \leq 1,1$	105-110	58-60	7	0,7

У дуже екстравертованій ($0,7 \leq X_T < 0,8$) і дуже інтровертованій ($1,0 < X_T \leq 1,1$) групах знаходяться індивіди з гіпотонічною тенденцією, а в помірно екстравертованій ($0,8 \leq X_T < 0,86$) та в помірно інтровертованій

$(0,94 < X_T \leq 1,0)$ – із гіпертонічною тенденцією відносно середньостатистичної норми ($\rho = 120 / 70$ мм.рт.ст.). Якщо додати значення САТ і ДАТ усіх індивідів вибірки та поділити на їх кількість, то отримаємо середньостатистичну норму $\rho = 120/70$ мм.рт.ст., яка відповідає амбівертованому індивіду ($X_T = 0,9$). Наявність двох груп «хронотипів» з гіпертонічною тенденцією дає змогу припустити, що ймовірно саме у цих межах повинні розташовуватися індивіди, які переважно хворіють на ІХС та таку її клінічну форму, як інфаркт міокарда. Перевірка цього припущення здійснювалась у терапевтичному відділенні Первомайської ЦМБЛ. У 1242 хворих на ІХС зі стенокардією та інфарктом міокарда перед випискою із лікарні за результатами відтворення тривалості підраховувався їх «хронотип». Локалізація клінічних проявів хвороби у спектрі «хронотипів» зведена у таблицю 3.2.

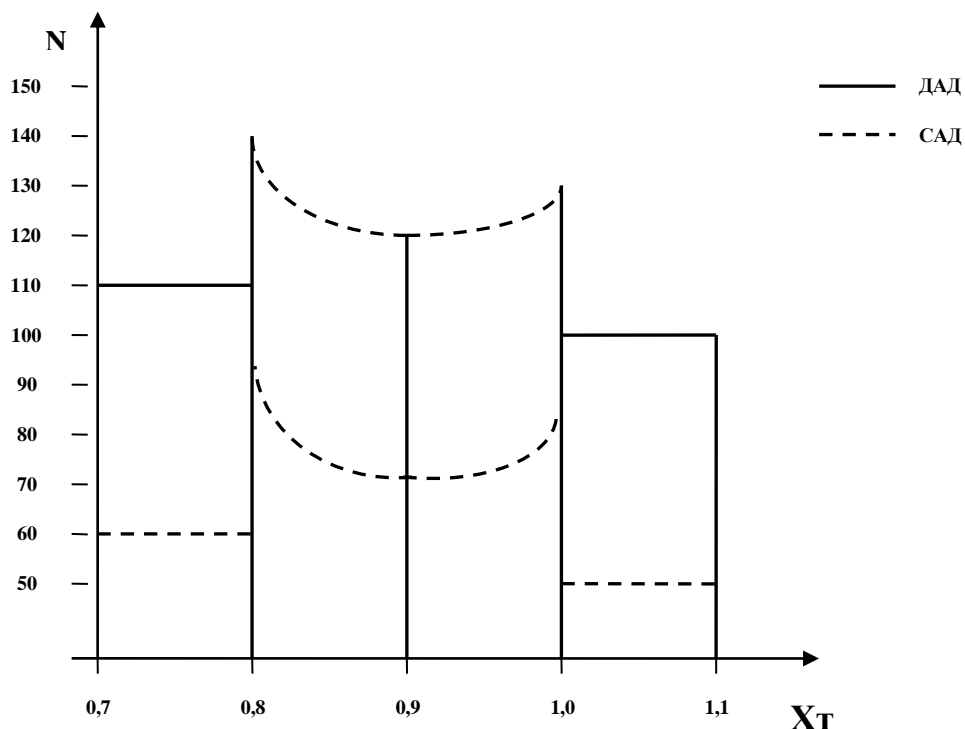


Рис. 3.1. Кількісний розподіл систолічного та діастолічного тиску у спектрі «хронотипів»

Вісь абсцис: значення X_T (безмірний показник). Вісь ординат: значення АТ в мм.рт.ст.

Усі обстежені хворі за «хронотипом» розподілились на чотири групи (рис. 3.2), але «переважаючими» стали дві групи. У діапазоні $0,8 \leq X_T < 0,86$ знаходяться 14% хворих на ІХС зі стенокардією та 23% хворих на ІХС з інфарктом міокарда.

Таблиця 3.2

Локалізація клінічних симптомів ІХС у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (1242 = 100 %)	
		кількість осіб	%
ІХС зі стенокардією	$0,7 \leq X_T < 0,8$	99	8
	$0,8 \leq X_T < 0,86$	174	14
	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	23	2
	$0,94 < X_T \leq 1,0$	286	23
	$1,0 < X_T \leq 1,1$	37	3
ІХС з інфарктом міокарда	$0,7 \leq X_T < 0,8$	101	8
	$0,8 \leq X_T < 0,86$	285	23
	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	24	2
	$0,94 < X_T \leq 1,0$	173	14
	$1,0 < X_T \leq 1,1$	37	3

А у діапазоні $0,94 < X_T \leq 1,0$, - навпаки, 23% хворих на ІХС зі стенокардією та 14% хворих на ІХС з інфарктом міокарда. Порівнюючи цей розподіл, неважко переконатись, що хворі на ІХС чітко попали у ті зони, у яких у здорових «хронотипів» має місце гіпертонічна тенденція. Як видно, самі хворі чітко окреслили дві межі ($X_T = 0,8$ та $X_T = 1,0$) у спектрі

«хронотипів», в яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної. Тобто, результати дослідження переконують: ІХС локалізується у межах переважно двох типологічних груп індивідів, для яких вона є «переважаючою», та за межі цих груп практично не виходить. Сама хвороба окреслила межі двох груп помірно екстравертованими та помірно інтровертованими, які перенесли інфаркт міокарда.

Між індивідами цих груп є ряд суттєвих якісних відмінностей у перебігу клінічної форми хвороби. Так, у індивідів сангвіноїдної групи переважає ІХС з інфарктом міокарда здебільшого трансмуральної та крупновогнищевої форми. Повторний інфаркт загрожує життю людини. Процес відновлення у цих хворих протікає повільно. У індивідів меланхоїдної групи, навпаки, плин хвороби має переважно прояви стенокардії, а інфаркт міокарда зустрічається у дрібновогнищевій формі. Такі хворі можуть перенести два – три та більше інфарктів, але процес їх відновлення відбувається значно швидше.

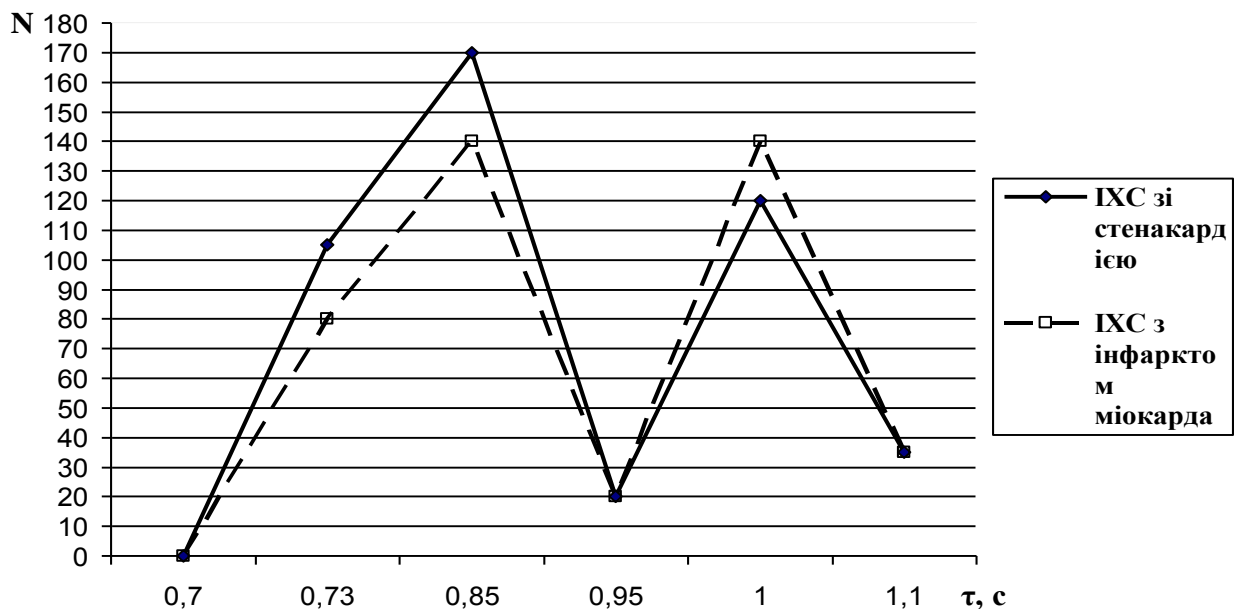


Рис. 3.2. Кількісний розподіл ІХС у спектрі «хронотипу»

Вісь абсцис: значення хронотипу. Вісь ординат: кількість хворих.

Артеріальна есенціальна гіпертензія (АЕГ) належить до ряду найбільш поширених серцево-судинних захворювань. Незважаючи на успіхи у лікуванні і профілактиці АЕГ за останні роки, вона все ще залишається об'єктом досліджень із боку медичної психології та медицини. Це пов'язано, перш за все, з тим, що гіпертензія – чинник зниження працездатності населення, а іноді – інвалідизації і смертності. Крім того, гіпертензія є фактором ризику низки інших серцево-судинних захворювань, зокрема, атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, порушень мозкового кровообігу. При тривалому вивченні артеріальної гіпертонії із застосуванням діагностичних методів в умовах спеціалізованого стаціонару було встановлено, що хворі на артеріальну есенціальну гіпертензію складають більше 90 % всіх хворих на артеріальну гіпертонію, хворі на симптоматичну артеріальну гіпертензію – 5 – 10 % [16, с.43].

На значення психологічних факторів в етіології і патогенезі АЕГ вказується в дослідженнях вітчизняних і зарубіжних науковців (Ю.Губачева [118]; М.Кабанова [149]; Ф. Александера [9]; П.Анохіна [22]; В.Ротенберга [284], Дж. Енгеля [480] та інших).

Як психосоматичне захворювання, в розвитку якого істотна роль належить психотравмуючим факторам, гіпертензія поки що залишається недостатньо вивченою в плані розуміння психологічних механізмів цього захворювання, знання яких може забезпечити вихід на конкретні методи психологічного втручання в межах профілактики та реабілітації. Зокрема, недостатньо розробленою є поки що проблема «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на АЕГ, дослідження якої дозволило б змістовно розкрити спонукальні установки особистості цих хворих, особливості їх психологічної дезадаптації в системі „особистість – хвороба”.

Таким чином, актуальність психологічного дослідження визначається необхідністю для медичної психології більш детального вивчення індивідуально-типологічних особливостей хворих з артеріальною гіпертензією,

розуміння специфіки клінічних проявів цих типологій для вибору адекватних форм лікування та профілактики.

Виходячи з результатів попереднього дослідження, логічно припустити, що артеріальна есенціальна гіпертензія узгоджується із гіпертонічною тенденцією у здорових індивідів за локалізацією у спектрі «хронотипу». Можливість існування гіпертонічної тенденції перевірялась на вибірці із 1013 чоловіків та жінок у віці від 45 до 65 років, які страждали на артеріальну есенціальну гіпертензію. У кожного індивіда за результатами відтворення тривалості визначався «хронотип» та проводилось порівняння зі статистичними даними здорових індивідів, які мають гіпертонічну тенденцію. Локалізація артеріальної есенціальної гіпертензії у спектрі «хронотипу» зведена у таблицю 3.3.

Таблиця 3.3

Локалізація артеріальної есенціальної гіпертензії у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (762 = 100 %)	
		кількість осіб	%
АЕГ	$0,7 \leq X_T < 0,8$	15	2
АЕГ	$0,8 \leq X_T < 0,86$	455	60
АЕГ	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	4	0,5
АЕГ	$0,94 < X_T \leq 1,0$	280	36,5
АЕГ	$1,0 < X_T \leq 1,1$	8	1

Порівнюючи розподіли (рис. 3.1 та 3.3), не важко переконатись у тому, що хворі на артеріальну есенціальну гіпертензію точно потрапили у ті зони, в яких у здорових «хронотипів» має місце гіпертонічна тенденція.

Необхідно відзначити ще одну суттєву відмінність психологічного характеру хворих на артеріальну есенціальну гіпертензію помірно

екстравертованої групи від помірно інтровертованої, яка проявляється в ознаках «синдрому коронарної поведінки» [488].

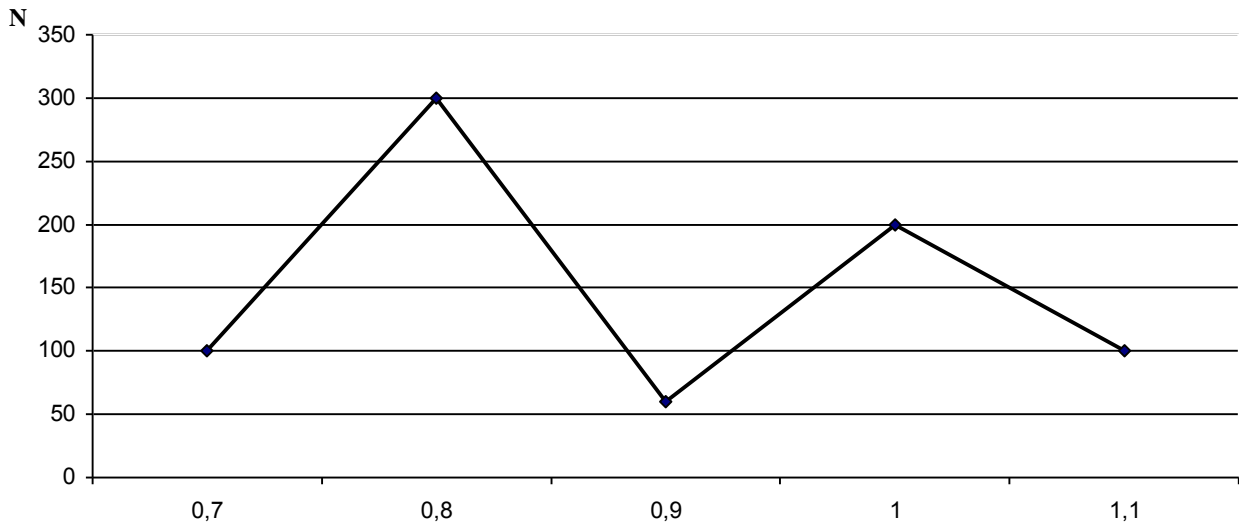


Рис. 3.3. Кількісний розподіл АЕГ у спектрі «хронотипу»

Вісь абсцис: значення хронотипу. Вісь ординат: кількість хворих на АЕГ.

Методом клінічної бесіди у кожного хворого на АЕГ було виділено ознаки синдрому (конкурентність, потяг до досягнень, приховану агресію, поспішливість, нетерплячість, тривожність, постійне відчуття цейтноту, відповідальність, поспішлива мова, напруженість м'язів обличчя та рук). Статистична обробка даних показала, що ступінь виразності ознак синдрому однакова протягом усього діапазону «хронотипу» помірно екстравертованої та помірно інтравертованої груп хворих на АЕГ. Однак до однієї із них – «постійне відчуття цейтноту» - в обох групах спостерігалось полярне відношення. Переважна більшість хворих помірно екстравертованої групи (292 із 305) скаржилась на постійну гостроту дефіциту часу у житті. В помірно інтровертованій групі, навпаки, практично більшість хворих (185 із 190) стверджує, що не відчувають дефіциту часу. Протилежне відношення до часу у хворих на АЕГ помірно екстравертованої групи («поспішаючі» суб'єкти) та помірно інтровертованої групи («точні» суб'єкти) пов'язані з величиною індивідуального «хронотипу».

Серцево-судинні захворювання часто супроводжуються порушеннями *ритму серця*. Психологічні передумови розвитку цих порушень залишаються нез'ясованими. На особливу увагу заслуговує вивчення особистісних рис хворих та побудова психологічного портрету пацієнтів із функціональними порушеннями ритму серця.

Із точки зору медицини, розлади ритму серця – це зміна нормальної частоти чи (і) ритму серцевих скорочень, а також порушення перебігу імпульсів, що виявляється як розлад чіткої наступності порушення передсердя і шлуночків, або синхронності їх роздільних скорочень. У вітчизняній і світовій медицині прийнятий розподіл аритмій на функціональні й органічні. Перші виникають у людей зі здоровим серцем, але під впливом зовнішніх щодо серця факторів, зокрема психоемоційних та фізичних навантажень, алкоголю, психотропних речовин тощо; другі – при ушкодженні міокарда або клапанного апарату, тому ускладнюють основне захворювання. До останньої групи відносяться аритмії, пов'язані з ендогенною й екзогенною інтоксикацією, токсичним впливом лікарських засобів (серцеві глікозиди, адреналін, анестетики та ін.) [100].

Функціональні розлади ритму пов'язані з порушенням вегетативної регуляції серця. Саме тому вони класифікуються як соматоформні вегетативні дисфункції і в етіопатологічному відношенні належать до категорії психосоматичних розладів. Зазначимо, що різні порушення серцевого ритму постійно реєструються у майже здорових людей. Такі аритмії при разовому обстеженні виявляються в невеликому відсотку випадків (не більше 2%). Проте під час тривалого моніторингу ті чи інші розлади серцевого ритму можуть бути виявлені практично в кожного третього з обстежуваних здорових людей ($30 \pm 2-3\%$) [295]. В останніх аритмії виникають на короткий період, переважно під час фізичних, психоемоційних навантажень, коли людина відчуває прискорене чи, навпаки, уповільнене биття серця. Такі аритмії не потребують медичного втручання. Натомість, про функціональні порушення ритму серця говорять тоді, коли людина «фіксується» на

переживанні за своє серце; унаслідок виникнення страху розвитку серйозної хвороби серця без існуючих причин; за необхідності потрібно проводити постійні медичні обстеження. Порушення зазначеного ритму при цьому тривають достатньо довго чи повторюються періодично.

Нешкідливі на початкових етапах функціональні порушення ритму серця все ж під дією психічних навантажень можуть призвести до розвитку його важких захворювань. Тим більше, що, за даними ВООЗ, хвороби системи кровообігу займають перше місце у структурі загальної смертності населення України. Крім того, за цим показником Україна знаходиться на першому місці серед країн Європи із відсотком хвороб систем кровообігу в загальній смертності – 62,2%, тоді як у Європі цей показник становить 50,5% [136]. Отож, важливого значення набувають дослідження особливостей особистості хворих з функціональними порушеннями ритму серця задля своєчасного прогнозування їх прояву, корекції їхньої поведінки та емоційного стану. Водночас, ці дослідження допоможуть фахівцям під час лікування та профілактики функціональних аритмій серця, що не пов'язані із його органічними ураженнями і є психогенними за своєю природою.

Можливість існування психотипів із порушеннями ритму серця перевірялась на вибірці із 1049 чоловіків та жінок у віці від 45 до 65 років, які мали такі порушення з боку роботи серця. Локалізація функціональних розладів ритму в спектрі «хронотипу» зведена у таблицю 3.4.

Досліджуючи одну із «переважаючих» форм порушення роботи серця, ми переконуємось, що функціональне порушення ритму серця локалізується переважно у межах своїх типологічних груп, а саме: розлади ритму з тахікардією переважають у помірно екстравертованому спектрі «хронотипів», а розлади ритму з брадикардією переважають у помірно інтровертованому спектрі «хронотипів» (таблиця 3.4).

Водночас, за даними спостережень, хворі з функціональними порушеннями ритму серця, в залежності від формовияву, відрізняються специфічними проявами поведінки. Так, індивіди, у яких функціональні

порушення ритму супроводжуються тахікардіями, у поведінці наполегливі, схильні брати на себе відповідальність за власні дії, контролювати події. Вони мало прислухаються до думок інших, зокрема, лікарів, що виявляється в негативізмі. Водночас, більшість таких пацієнтів не сприймає своє захворювання як психогенне, наполегливо шукає допомоги у лікарів (скажімо, хворий кілька разів приходив до лікарні і вимагає, щоб його почали лікувати), проте під кінець лікування типовою є позиція, що їм нічого не допомогло і вони навіть стали почувати себе гірше.

Таблиця 3.4

Локалізація функціональних порушень ритму серця у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	хронотип	Кількісний розподіл досліджуваних (1150 = 100 %)	
		Кількість осіб	%
Функціональні розлади ритму з тахікардією	$0,7 \leq X_T < 0,8$	109	9
	$0,8 \leq X_T < 0,86$	275	24
	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	62	5
	$0,94 < X_T \leq 1,0$	68	6
	$1,0 < X_T \leq 1,1$	57	5
Функціональні розлади ритму з брадикардією	$0,7 \leq X_T < 0,8$	63	5
	$0,8 \leq X_T < 0,86$	69	7
	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	62	5
	$0,94 < X_T \leq 1,0$	273	23
	$1,0 < X_T \leq 1,1$	112	10

Хворі, у яких функціональні порушення ритму супроводжуються брадикардіями, відрізняються вразливістю, тривожністю, хоча й намагаються

її «придушити», «побороти» у собі, що підтверджує існування саме дисфункціональних думок у таких пацієнтів. До того ж, очікування сумних подій у майбутньому, їх у край песимістичні інтерпретації, негативна думка про себе у стресових ситуаціях породжують тривогу, зневіру в позитивне розв'язання життєвих проблем, недовіру до оточуючих. А з іншого боку, присутні контролюючі судження типу «потрібно», «треба» та «слід», що свідчить про велику кількість яскраво виражених соціальних стереотипів.

Отже, у хворих з функціональними порушеннями ритму серця існує конфлікт між бажанням бути соціально «правильними» і прийнятими навколишніми, з одного боку, і недовірою до світу та інших людей – з іншого. Це вказує на психогенний характер функціональних порушень ритму серця.

Якщо порівняти відношення до часу індивідів із різними формами прояву аритмій, то з'ясується, що суб'єкти з *відносною тахікардією* мають тенденцію до переоцінки та недовідмірювання запропонованих проміжків часу. Суб'єкти з *відносною брадикардією* недооцінюють та перевідмірюють проміжки часу. Для порівняння відзначимо, що суб'єкти з *нормокардією* (без порушень ритму) дають приблизно однакове число відхилень як в сторону перевідмірювання та недооцінки, так і в сторону недовідмірювання та переоцінки інтервалів. Таким чином, можна припустити, що зв'язок між «хронотипом» та частотою серцевих скорочень, як у прямому, так і в зворотному порядку, існує. Тому перспективним стає подальше вивчення психологічних особливостей таких хворих, як «переважаючих» у спектрі «хронотипу», задля прогнозування схильності їх до порушення частоти серцевих скорочень, профілактики досліджуваних захворювань та допомоги лікарям в організації їх ефективного лікування.

Ґрунтуючись на результатах попереднього дослідження, логічно припустити, що функціональні розлади ритму серця виникають на основі тенденції порушення частоти серцевих скорочень, яка повинна спостерігатися і у здорових індивідів, ймовірно з дитячого віку. Можливість існування тенденції порушень ритму серця перевірялась на вибірці із 269 дітей віком від

7 до 14 років. Після вимірювання «хронотипу» у кожного індивіда підраховувалась на скроневій артерії кількість ударів пульсу протягом хвилини та інтервал між двома ударами (Tr). Результати представлені у таблиці 3.5.

У 148 досліджуваних (показники ЧСС помічені у табл. 3.5 «зірочкою») період між двома ударами пульсу практично співпадає з тривалістю «хронотипу». Результати дослідження підлягли кореляційному аналізу [227], за допомогою якого підраховувалось кореляційне відношення між «хронотипом» та періодом Tr як у прямому, так і у зворотному порядку. Зв'язок виявився досить високим:

- 1) $r_{X_T, Tr} = 0,98$;
- 2) $r_{Tr, X_T} = 0,99$.

Існування високого зв'язку загалом можна пояснити тим, що тривалість «дійсного справжнього» відкрита за допомогою метода відтворення, який для виконання потребує від досліджуваного великої напруги довільної уваги. Як переконують дослідження Д.Лінделі та Є.Хомської, довільність уваги забезпечує загальний рівень активної бадьорості мозку [410]. Особливу роль у регуляції довільної уваги відіграє чолова кора, активність якої у більшій мірі залежить від кровопостачання, тобто від ритму роботи серця. Розглядаючи принцип дії механічного годинника, Ф.Завельський писав, що «маятник – серце сучасного годинника» [135]. За допомогою отриманого зв'язку можна констатувати наступне. Якщо механізм, що вимірює хід індивідуального переживання часу, знаходиться в мозку, то серце – маятник цього годинника [421].

3.2. Локалізація гастроентерологічних симптомів у типологічних групах

У загальній структурі захворюваності значний відсоток належить так званим "хворобам цивілізації", однією з яких є виразкова хвороба шлунку та

Таблиця 3.5

Локалізація частоти серцевих скорочень серця у спектрі «хронотипів»

Вік (роки)	Кількість осіб	X _{сер.} (безрозм.)	Тр (в сек.)	ЧСС (в хв.)
7	10	0,94	0,71	85
8	9	0,96	0,74	81
9	11	0,98	0,75	80
10	12	0,92	0,75	79
11	8	0,8	0,76*	78
12	7	0,81	0,8*	75
13	13	0,81	0,82*	71
14	10	0,84	0,83*	72
12	8	0,8	0,78*	76
13	12	0,82	0,82*	73
14	11	0,82	0,81*	74
10	9	0,8	0,76*	78
10	7	0,82	0,83*	72
8	13	0,81	0,78*	76
12	9	0,82	0,8*	75
13	11	0,82	0,83*	72
14	12	0,81	0,82*	73
12	8	0,82	0,8*	75
10	10	0,8	0,76*	78
8	9	0,92	0,72	83
11	11	0,91	0,75	79
12	12	0,93	0,8	75
13	8	0,94	0,81	74
14	13	0,93	0,82	73
7	7	0,92	0,68	87
8	10	0,95	0,75	80
9	8	0,94	0,74	81
Середній		0,89с	0,81с	

12-палої кишки (ВХ). Її поширеність серед усього населення в Україні з 2005

по 2011 рр. зросла від 149,83 до 156,3 на 100 тис. чоловік [136]. Це хронічне захворювання, яке періодично рецидивує, схильне до прогресування, характеризується розвитком загрозливих для життя ускладнень і тривалими періодами зниження працездатності. Остання обставина винятково важлива, оскільки виразкова хвороба діагностується у 10-15% населення і вражає переважно осіб працездатного віку, що розглядається не тільки як медична, але і як соціальна та економічна, а насамперед, психологічна проблема [136, с.64].

Ряд дослідників зазначає, що сприйняття здоров'я як психологічний чинник відіграє важливу роль у перебігові хронічних захворювань системи травлення [92], [116], [121]. Сприйняття пацієнтами свого здоров'я, його суб'єктивне оцінювання вважаються одними з найважливіших для визначення результативності у процесі контролю і подолання хвороби (О.Мельниченко [224], Б.Михайлов [231], В.Ніколаєнко [244], В.Симаненків [335], J.Birren [456], A.Craig [470]).

У зв'язку з цим дослідження суб'єктивного відображення здоров'я (внутрішньої картини здоров'я), зокрема при виразковій хворобі, подальші розробки методів виявлення його особистісних особливостей та оптимізації оцінюються як важливі й необхідні (В.Ротенберг [284], В.Симаненков [335], О.Смулевич [346]).

Але сучасна медицина віддає перевагу інфекційному чиннику у виникненні виразкових процесів у шлунку. Тобто Нр - фактору – паличці, якій притаманна афазія (здатність проникнути у клітину), що зумовлює перебіг процесів рецидиву хвороби. В такий спосіб пояснюється процес хронізації даних захворювань. Серед агресивних чинників, що сприяють хворобам шлунку, виділяють: гіперпродукцію соляної кислоти, дію пепсину, порушення рухової функції шлунку, наявність нестероїдних та стероїдних гормонів (кортикостероїдів), гіперпродукцію жовчі. Однак критичний аналіз цих даних показує, що вказані чинники ризику можуть пояснити причину приблизно у половині випадків виникнення та розвитку хвороб шлунку в людській популяції. У 35% від загальної кількості числа індивідів, що

страждають на хвороби шлунку, існує так звана безсимптомна форма, яка призводить до розвитку виразкового процесу, але не супроводжується факторами ризику. На сучасному етапі розвитку медицини гастроентерологи пропедевтично не можуть передбачити, у кого може бути така клінічна форма хвороби шлунку, як гастрит чи виразкова хвороба.

Проблема хвороб шлунку ще далека від остаточного вирішення. Одна з причин цього полягає в недостатньому вивченні двох моментів, що стосуються самої суті захворювання: по-перше, хвороби шлунку є неінфекційним процесом, від якого страждає 20% населення земної кулі; по-друге, вони діють як хронічні, тобто їхній розвиток та плин має часову організацію, а такі їх клінічні форми, як гастрит та виразкова хвороба шлунку, виявляються у певному віці. Оскільки кількість індивідів, які страждають на хвороби шлунку в людській популяції, згідно зі світовою статистикою, залишається відносно постійною, то імовірно припустити, що є індивіди (або група індивідів), у яких переважають хвороби шлунку. Якщо такі персоналії і групи «переважальників» шлункової хвороби справді існують, то й так звані фактори ризику цієї хвороби у початкових формах можна легко виявити в осіб цього психотипу задовго до їх вірогідної дії.

У 998 хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки перед випискою із лікарні за результатами відтворення тривалості підраховувався їх «хронотип». Локалізація клінічних проявів хвороби у спектрі «хронотипів» зведена у таблицю 3.6.

Результати проведеного нами дослідження показали, що хронотип обстежених хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки знаходиться переважно у діапазоні $1,0 < X_T \leq 1,1$, що відповідає групі індивідів, у яких домінують хвороби шлунку типологічного масиву одного з п'яти сегментів спектру «хронотипів» [416, с.94].

Індивіди з хронотипом (X_T) у діапазоні від 1,0 до 1,1, які страждають на хронічні хвороби шлунку, вирізняються вираженою інтроверсією та стабільністю, високим рівнем збудження і гальмування, що врівноважують

один одного, а рухливість у них вдвічі нижча, ніж у «хронотипів» інших індивідів. Ось чому вони спокійні, продуктивно працюють у знайомій ситуації, а типологічно віднести їх можна до «дуже інтровертованих».

Таблиця 3.6

Локалізація виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	хронотип	Кількісний розподіл досліджуваних (998 = 100 %)	
		Кількість осіб	%
Виразкова хвороба шлунку	$0,7 \leq X_T < 0,8$	34	3,5
	$0,8 \leq X_T < 0,86$	31	3,1
	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	21	2,2
	$0,94 < X_T \leq 1,0$	18	1,8
	$1,0 < X_T \leq 1,1$	473	47,3
Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки	$0,7 \leq X_T < 0,8$	23	2,3
	$0,8 \leq X_T < 0,86$	39	3,9
	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	22	2,2
	$0,94 < X_T \leq 1,0$	27	2,7
	$1,0 < X_T \leq 1,1$	310	31

Зокрема, встановлено, що велику групу хронічних захворювань становлять хвороби органів, які беруть участь у процесі травлення їжі в шлунково-кишковому тракту. Передусім, йдеться про холецистити, панкреатити та дискинезії жовчовивідних шляхів.

У медичній практиці спостерігається схильність окремих індивідів хворіти на хвороби жовчного міхура, підшлункової залози та жовчовивідних шляхів, хоча засобів передбачати те чи інше захворювання досі не існує.

У 1522 хворих на холецистити, панкреатити та дискинезію жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) перед випискою із лікарні за результатами відтворення тривалості підраховувався їх «хронотип».

Локалізація клінічних проявів хвороби органів, що беруть участь у переварюванні їжі, у спектрі «хронотипів» зведена у таблицю 3.7.

Таблиця 3.7

Локалізація холециститів, панкреатитів та дискинезій жовчовивідних шляхів у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	хронотип	Кількісний розподіл досліджуваних (1522 = 100 %)	
		Кількість осіб	%
холецистити	$0,7 \leq X_T < 0,8$	381	25
	$0,8 \leq X_T < 0,86$	61	4
	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	61	4
	$0,94 < X_T \leq 1,0$	76	5
	$1,0 < X_T \leq 1,1$	45	3
панкреатити	$0,7 \leq X_T < 0,8$	304	20
	$0,8 \leq X_T < 0,86$	46	3
	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	61	4
	$0,94 < X_T \leq 1,0$	76	5
	$1,0 < X_T \leq 1,1$	30	2
ДЖВШ	$0,7 \leq X_T < 0,8$	228	15
	$0,8 \leq X_T < 0,86$	46	3
	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	46	3
	$0,94 < X_T \leq 1,0$	15	1
	$1,0 < X_T \leq 1,1$	46	3

Спостерігається узгодження між «хронотипом» та клінічним проявом хронічного захворювання печінки та жовчного міхура на контингенті пацієнтів, показник суб'єктивного сприйняття часу яких знаходиться у діапазоні від 0,7 до 0,8.

Результати проведеного нами дослідження показали, що хронотип хворих, які страждають на хронічний холецистит, знаходиться у діапазоні $0,7 \leq \tau \leq 0,72$, панкреатит – $0,73 \leq \tau \leq 0,75$ та ДЖВШ - $0,7 \leq \tau < 0,8$, як це показано на рис.3.4, що відповідає групі індивідів, у яких «переважають» хвороби печінки та жовчного міхура [421, с.94].

Такі індивіди характеризуються високою екстраверсією, стабільністю, а збудження у них в 2 рази переважає над гальмуванням. До того ж вони цілеспрямовані та агресивні у поведінці. Індивіди з таким «хронотипом» наближаються до категорії «дуже екстравертованих».

Хронічні закрепи мають місце переважно в анксіозних та депресивних, зовнішньо спокійних, а внутрішньо напружених, некомпанійських та невпевнених у собі пацієнтів. Ф.Александр наступним чином визначає їх установку: «Я нічого не можу очікувати від інших, а тому можу їм нічого не давати; я маю утримувати те, що у мене є» [9, с.78].

Специфічна картина особистості пацієнтів, які страждають на хронічні закрепи, що представлена в працях Ф.Александера [9], Ф.Данбар [476], Й.Хайнроту [397], М.Якобі [445] потребує детального вивчення індивідуально-типологічних особливостей таких хворих, з метою побудови їх «хронопсихологічного профілю» та можливості прогнозувати і попереджати ці порушення роботи кишкового тракту у людини [313].

У 562 пацієнтів, які страждають на хронічні закрепи, за результатами відтворення тривалості підраховувався їх «хронотип». Локалізація проявів хронічного закрепу у спектрі «хронотипів» зведена у таблицю 3.8.

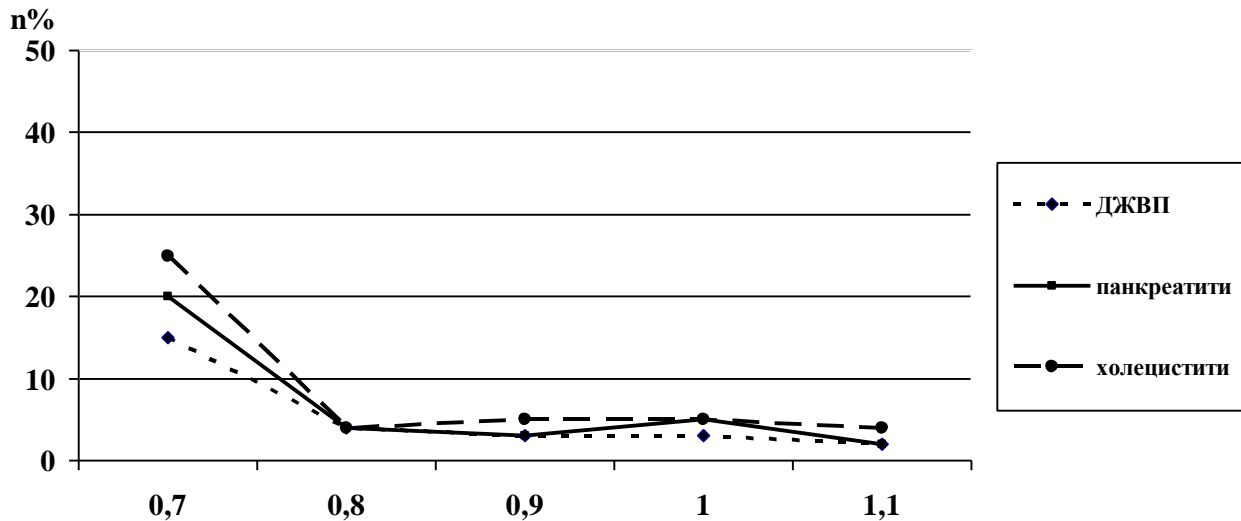


Рис. 3.4. Кількісний розподіл осіб, що мають захворювання жовчовивідних шляхів у спектрі «хронотипів»

Вісь абсцис: значення хронотипу

Вісь ординат: відсотковий розподіл осіб, що мають захворювання жовчовивідних шляхів

Результати проведеного нами дослідження дають можливість пересвідчитись, що хронотип в пацієнтів, які страждають на хронічні закрепи, переважно (53%) знаходиться у діапазоні $0,94 < X_T \leq 1,0$, як це показано на рис.3.5, що відповідає групі індивідів, у яких «переважають» хвороби безпосередньо кишечника [300, с.94].

Особистість, яка страждає на *емоційну діарею*, характеризується страхом перед авторитарними фігурами та відчуттям безпорадної залежності. У сфері особистості домінують бажання визнання власної значущості та можливостей у сукупності з латентною свідомістю надмірності вимог та своєї слабкості [163].

Ф.Александр писав про хронічну діарею: «Психологічний фактор, що відноситься до симптому витіснення, - це сильна потреба дарувати та робити добре. Хворий може вступати у відношення залежності від інших, але при цьому він відчуває, що має щось робити, щоб компенсувати все, що він отримав» [9, с.87].

Таблиця 3.8

Локалізація проявів хронічного закрепку у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (562 = 100 %)	
		кількість осіб	%
Хронічний закреп	$0,7 \leq X_T < 0,8$	67	12
Хронічний закреп	$0,8 \leq X_T < 0,86$	48	8
Хронічний закреп	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	53	10
Хронічний закреп	$0,94 < X_T \leq 1,0$	296	53
Хронічний закреп	$1,0 < X_T \leq 1,1$	98	17

Спробуємо проаналізувати прояви індивідуально-типологічних особливостей пацієнтів, які страждають на емоційну діарею, з позиції «місця найменшого опору». У 673 пацієнтів, які страждають на емоційну діарею, за результатами відтворення тривалості підраховувався їх «хронотип». Локалізація проявів емоційної діареї у спектрі «хронотипів» зведена у табл.3.9.

Для суб'єктів із соматичними порушеннями кишкового тракту характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками екстраверсія – інтроверсія й нейротизм – стабільність домінує серединний або амбівертний тип спрямованості із помірно екстравертними проявами [295].

Таким чином, враховуючи психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда, схильного до захворювань шлунково-кишкового тракту, є можливість передбачити місце його найменшого опору, зокрема, такі

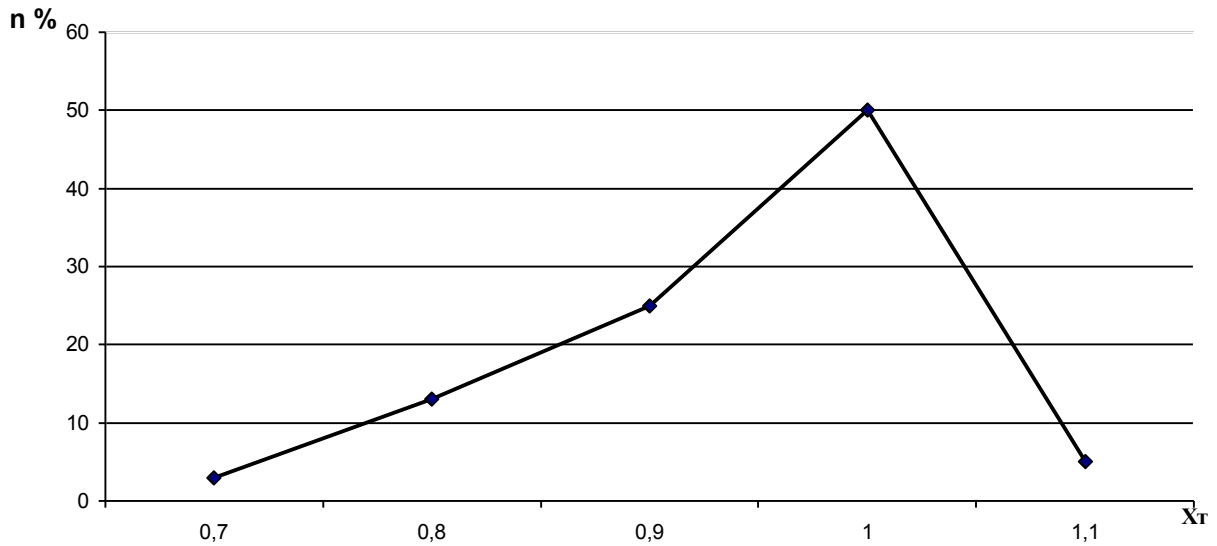


Рис. 3.5. Кількісний розподіл хворих на хронічні закрепи у спектрі «хронотипу»

Вісь абсцис: значення хронотипу

Вісь ординат: відсотковий розподіл хворих на закрепи

Таблиця 3.9

Локалізація проявів емоційної діареї у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (673 = 100 %)	
		кількість осіб	%
Емоційна діарея	$0,7 \leq X_t < 0,8$	70	10
Емоційна діарея	$0,8 \leq X_t < 0,86$	66	10
Емоційна діарея	$0,86 \leq X_t \leq 0,94$	348	52
Емоційна діарея	$0,94 < X_t \leq 1,0$	91	13
Емоційна діарея	$1,0 < X_t \leq 1,1$	98	15

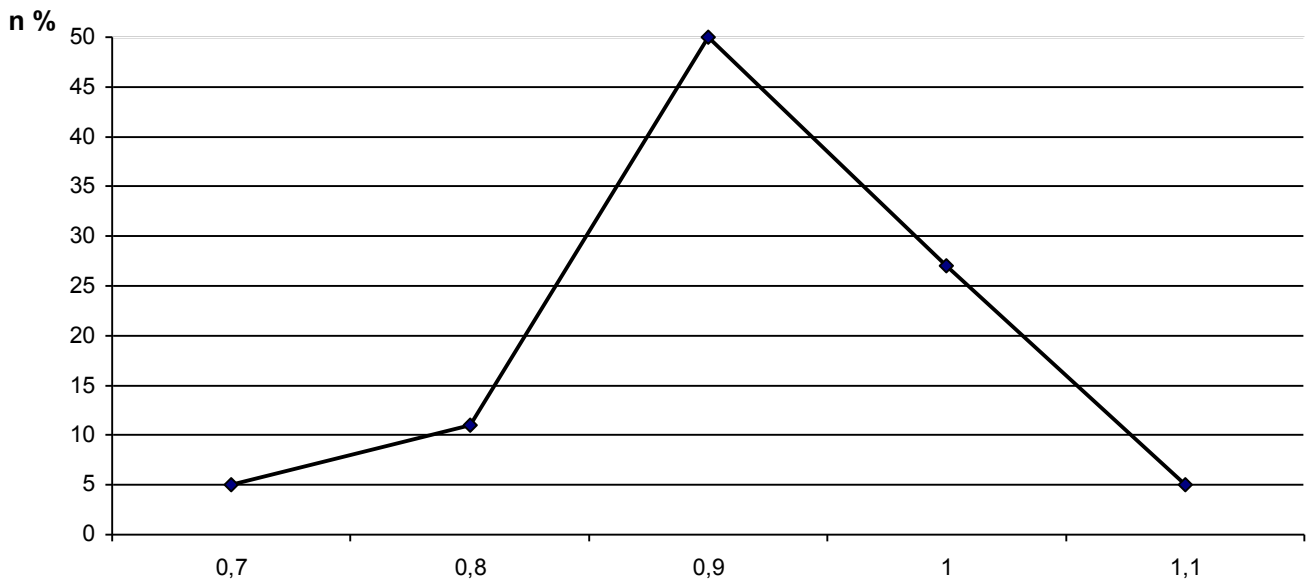


Рис. 3.6. Кількісний розподіл хворих на емоційну діарею у спектрі «хронотипу»

Вісь абсцис: значення хронотипу

Вісь ординат: відсотковий розподіл хворих на емоційну діарею

хвороби шлунку, як гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, холецистити, панкреатити, дискинезії жовчовивідних шляхів, закрепи, емоційні діареї.

Переважає більшість пацієнтів (52%), які страждають на емоційну діарею, згідно «хронотипу» розташувались у діапазоні: $0,86 \leq X_t \leq 0,9$, як це показано на рис.3.6. Типологічно вони відносяться до амбівертного типу.

3.3. Локалізація уронефрологічних симптомів у типологічних групах

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, дизметаболичні нефропатії – 124 хворі, ниркову недостатність – 252 хворих, енурез – 838 хворих.

Загалом 23% людей земної кулі страждають на хвороби нирок [41]. Одна з найтяжчих форм хвороб нирок – це гломерулонефрити (хвороби

Грета), оскільки це імунна форма гломерулопатії, яка призводить до ураження найдрібніших елементів нирок – клубочків. Причому, існує поділ цього захворювання на первинну та вторинну форму, тобто самостійне захворювання або синдром, який є складовою іншого захворювання. Часто ця форма захворювання має підгострий злоякісний характер, що є причиною летального кінця хвороби. На сьогодні нефрологи пропедевтично не знають, у кого може бути така клінічна форма хвороби нирок як гломерулонефрит, тобто не існує у медицині чіткого визначення етіології захворювання. Хронічна форма гломерулонефриту може протікати у трьох варіантах: нефритична з гіпертензійним синдромом (підвищення артеріального тиску), нефротична (з вираженими набряками) та змішана форма (підгострозлоякісний) або вторинний нефрит [92].

Комплексного психолого-соматичного обстеження потребують хворі на гломерулонефрит із метою вивчення їх психологічного стану. Дослідницька процедура має бути спрямована на виявлення взаємозв'язку і взаємозалежності індивідуально-типологічних особливостей у суб'єктів із соматичними порушеннями від часових параметрів (часових характеристик, фактора часу, хронотипу) і співвідношення між ними.

У 234 пацієнтів, які страждають на хронічні гломерулонефрити, за результатами відтворення тривалості підрахувався їх «хронотип». Локалізація проявів хронічного гломерулонефриту у спектрі «хронотипу» зведена у таблицю 3.10.

Для суб'єктів із соматичними порушеннями нефроурологічного профілю характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками «екстраверсія – інтроверсія» й «нейротизм – стабільність» домінує серединний або амбівертний тип. Амбівертний тип темпераменту – це своєрідна умовна критична точка, через яку проходить межа між двома типами спрямованості: помірно екстравертним і помірно інтровертним [420].

Серед них на хронічний гломерулонефрит страждало 87 хворих з нефритичним синдромом, який супроводжується гіпертензійними

симптомами (підвищення артеріального тиску). Серед цих хворих – 44 пацієнти мають значення $X_T = 0,86с$ та 14 пацієнтів із $X_T = 0,94с$. Порівнюючи ці розподіли, легко переконатись у тому, що хворі на хронічний гломерулонефрит із нефритичним синдромом мають значення хронотипу

Таблиця 3.10

Локалізація проявів хронічного гломерулонефриту у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (234 = 100 %)	
		кількість осіб	%
Хр.гломерулонефрит	$0,7 \leq X_T < 0,8$	27	11
Хр.гломерулонефрит	$0,8 \leq X_T < 0,86$	26	11
Хр.гломерулонефрит	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	110	48
Хр.гломерулонефрит	$0,94 < X_T \leq 1,0$	58	25
Хр.гломерулонефрит	$1,0 < X_T \leq 1,1$	13	5

яке знаходиться на межі тих зон, у яких у здорових «хронотипів» має місце гіпертонічна тенденція [298, с.94].

Пацієнтів, які страждали на хронічний гломерулонефрит з нефритичним синдромом було обстежено 55 індивідів, їх хронотип розподілився у діапазоні: $0,86 < X_T \leq 0,89$.

Хворі на хронічний гломерулонефрит змішаної форми розподілились у діапазоні: $0,9 \leq X_T \leq 0,94$ (рис.3.7).

Виникає питання: чому саме у групи хворих, у яких хронотип знаходиться в діапазоні $0,86 \leq X_T \leq 0,94$, переважають хвороби нирок? Відповідь на це питання дає вчення Гіппократа, згідно з яким, у психологічній структурі індивіда, його типології існує «locus minoris resistentiae». Як бачимо, саме сечова система є «місцем найменшого опору» у людей із зазначеними показниками хронотипу. Надто показово те, що сюди входять

індивіди амбівертного типу спрямованості ($X_T = 0,9$), а також із помірно екстравертованими та помірно інтровертованими проявами [416, с.83].

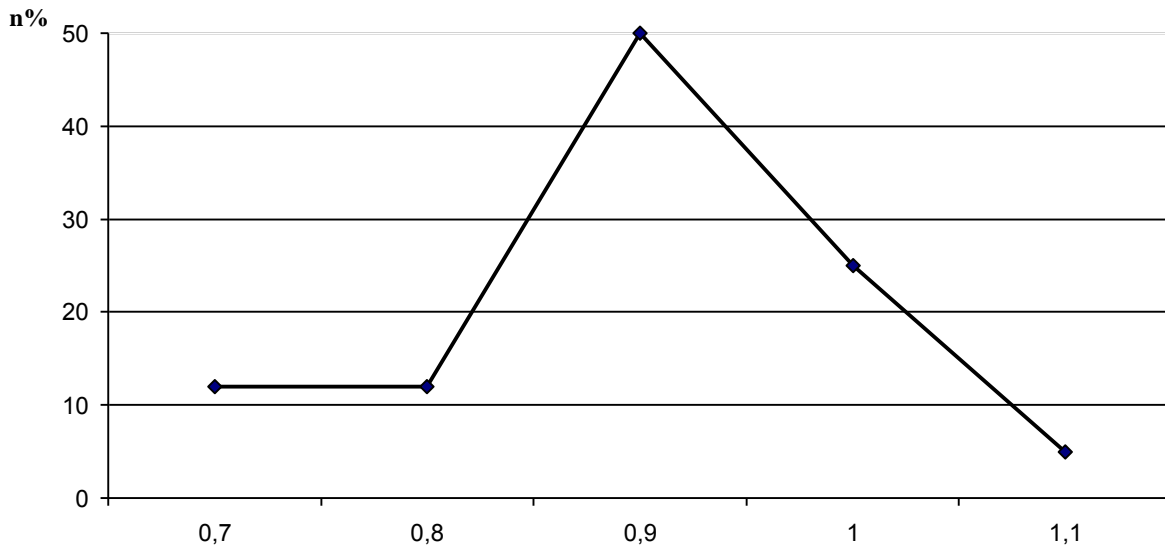


Рис. 3.7. Кількісний розподіл хронічного гломерулонефриту у спектрі «хронотипів»

Вісь абсцис: значення хронотипу

Вісь ординат: відсотковий розподіл хворих на хронічний гломерулонефрит

Індивіди з $X_T = 0,9$ знаходяться на умовному нулю, у них середній рівень збудження та гальмування, які врівноважують один одного, розрізняюча особливість їх поведінки є обережність без страху [310].

Сама хвороба окреслила межі розповсюдження гломерулонефриту переважно в діапазоні $0,86 \leq X_T \leq 0,94$. А така диференціація значень хронотипу дасть можливість не тільки передбачити вид захворювання, а і форму його можливого вияву. Тому можна стверджувати, що індивіди з даними значеннями хронотипу є групою ризику на гломерулонефрит. Причому, індивіди із значенням $X_T = 0,86$ та $X_T = 0,94$ потребують профілактичних заходів щодо гломерулонефриту з нефритичним синдромом; індивіди із значенням хронотипу в діапазоні: $0,86 \leq X_T \leq 0,89$ потребують профілактичних заходів щодо гломерулонефриту з нефротичним синдромом. А індивіди із значенням хронотипу в діапазоні: $0,9 \leq X_T < 0,94$ потребують

профілактичних заходів щодо гломерулонефриту змішаної форми, яка часто призводить до хронічної ниркової недостатності.

Наведемо індивідуальні дані значення хронотипу деяких пацієнтів із групи хворих, які страждають на хронічний гломерулонефрит.

1. Хворий Н. ($X_T = 0,9$). Дата народження: 3.01.1964 р. Діагноз: хронічний гломерулонефрит, змішана форма.

2. Хворий Ч. ($X_T = 0,91$). Дата народження: 1.12.1961 р. Діагноз: хронічний гломерулонефрит, змішана форма.

3. Хвора А. ($X_T = 0,89$). Дата народження: 6.02.1960 р. Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром.

4. Хворий П. ($X_T = 0,9$). Дата народження 6.01.1962 р. Діагноз: хронічний гломерулонефрит, змішана форма.

У 376 пацієнтів, які страждають на хронічні пієлонефрити, за результатами відтворення тривалості підраховувався їхній «хронотип». Локалізація проявів хронічного пієлонефриту у спектрі «хронотипу» зведена у таблицю 3.11.

Результати проведеного нами дослідження свідчать про те, що показники хронотипу хворих на хронічний пієлонефрит переважно (49%) розподіляються в діапазоні: $0,86 \leq X_T \leq 0,94$, що відповідає локалізації хвороби нирок у типологічних групах спектру «хронотипу», як це показано на рис.3.8.

Серед хворих на хронічний пієлонефрит перебувало на стадії загострення 218 пацієнтів, 94 – на стадії реконвалесценції (одужання), а 64 – на стадії ремісії («затухання» хвороби).

У цілому пієлонефрити розглядаються як мікробно-запальний процес тубуло-інтерстиціальної тканини нирок. У класифікації пієлонефритів виділяють первинний та вторинний пієлонефрит. Вторинний поділяють на обструктивний та дизметаболічний [294]. Але сучасна медицина неспроможна пояснити та передбачити розвиток певної форми пієлонефриту. Той факт, що

перераховують багато етіологічних факторів, котрі спричиняють розвиток пієлонефриту, не обґрунтовуючи, яка саме причина викликає певну форму

Таблиця 3.11

Локалізація проявів хронічного пієлонефриту у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (376 = 100 %)	
		Кількість осіб	%
Хр. пієлонефрит	$0,7 \leq X_T < 0,8$	22	6
Хр. пієлонефрит	$0,8 \leq X_T < 0,86$	67	18
Хр. пієлонефрит	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	185	49
Хр. пієлонефрит	$0,94 < X_T \leq 1,0$	86	23
Хр. пієлонефрит	$1,0 < X_T \leq 1,1$	16	4

розвитку цього захворювання, ставить під сумнів спроможність цих чинників.

А відповіді на питання: чому у певної групи пацієнтів будь-яке вірусне захворювання викликає значні зміни у складі сечі і при цьому захворювання протікає у безсимптомній формі та виявляється методами лабораторного обстеження, - у клінічній діагностиці ми не знаходимо.

Сучасна медицина надає перевагу інфекційному чиннику у виникненні пієлонефритів. Інакше кажучи, серед бактеріальних етіологічних чинників розвитку цього захворювання перевагу надають *Escherichia coli* (кишковій паличці), яка провокує розвиток пієлонефриту у 70% випадків. Також серед агресивних чинників, що сприяють хворобам нирок, виділяють іншу флору (протеї, стафілококи, хламідії та ін.) [295].

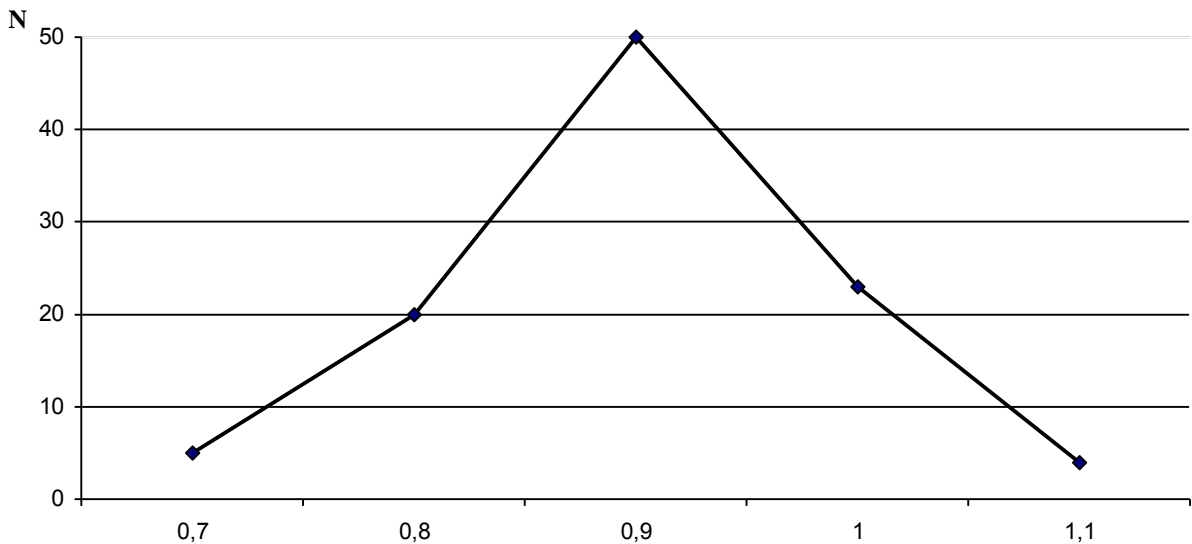


Рис. 3.8. Кількісний розподіл хронічного пієлонефриту у спектрі «хронотипу»

Вісь абсцис: значення хронотипу

Вісь ординат: відсотковий розподіл хворих на хронічний пієлонефрит

То який діагноз повинен ставити лікар, коли бактеріальний посів сечі не дає патогенної кількості мікрофлори, а зміни в аналізах сечі існують? Тому важливим моментом у діагностиці та профілактиці цього захворювання є врахування психологічних особливостей таких хворих.

Наведемо індивідуальні дані значення хронотипу хворих на пієлонефрит.

1. Хворий Т. ($X_t = 0,9$). Дата народження: 5.12.1961 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
2. Хворий Д. ($X_t = 0,87$). Дата народження: 2.02.1970 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
3. Хворий О. ($X_t = 0,91$). Дата народження: 2.01.1960 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Обстеження хворих на хронічний пієлонефрит підтвердило припущення стосовно того, що сечова система є «місцем найменшого опору» у хворих із хронотипом в діапазоні: $0,86 \leq X_t \leq 0,94$, куди відносяться індивіди з амбівертним типом спрямованості, а також із помірно екстравертованими та помірно інтровертованими проявами.

Усі обстежені хворі на дизметаболичні нефропатії (124 пацієнти віком від 21 до 45 років) відповідно до «хронотипів» розташувались переважно в діапазоні: $0,86 \leq X_T \leq 0,94$.

При цьому, серед пацієнтів, котрі страждали на дизметаболичні нефропатії, 75 перебувало на стадії загострення захворювання, 25 – на стадії реконвалесценції, а 24 пацієнти – на стадії ремісії.

Загалом 7,5% людей віком від 18 до 60 років, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, страждають на дизметаболичні нефропатії [135]. Це велика група захворювань із різним етіопатогенезом, яку об'єднує лише те, що ці захворювання супроводжуються порушенням обміну речовин в організмі. Загальним для цих захворювань є переважно ураження інтерстиціальної тканини з відкладанням солей, що приводить навіть до утворення інфільтратів у подальшому. В аналізах сечі це проявляється накопиченням оксалатів (оксалатурія), уратів (уратурія), фосфатів (фосфатурія) [135].

Ці форми нефропатій пояснюються порушенням відповідно обміну глюкисилової та фосфорної кислоти. Але причини порушення цих обмінів не з'ясовані і передбачити ту чи іншу форму нефропатії за допомогою клінічних даних медицина неспроможна. Пояснення ми знаходимо з урахуванням психологічних особливостей відтворення часу суб'єктами, які страждають на ці захворювання.

Локалізація проявів дизметаболичних нефропатій у спектрі «хронотипів» зведена у таблицю 3.12.

Обстежені хворі на таку форму дизметаболичної нефропатії як уратурія мали переважно (85% від загальної вибірки обстежуваних) відповідні значення хронотипу у спектрі „хронотипів”: $0,9 \leq X_T \leq 0,92$.

Наведемо індивідуальні дані значення хронотипу деяких хворих із групи людей, які страждають на таку форму дизметаболичної нефропатії як уратурія.

Таблиця 3.12

Локалізація проявів дизметаболических нефропатій у спектрі «хронотипу»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (124 = 100 %)	
		Кількість осіб	%
Дизм. нефропатія	$0,7 \leq X_T < 0,8$	4	3
Дизм. нефропатія	$0,8 \leq X_T < 0,86$	5	4
Дизм. нефропатія	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	105	85
Дизм. нефропатія	$0,94 < X_T \leq 1,0$	8	6
Дизм. нефропатія	$1,0 < X_T \leq 1,1$	2	2

1. Хворий С. ($X_T = 0,9$). Дата народження: 20.12.1961 р.
Діагноз: Дизметаболическа нефропатія, уратурія.
2. Хвора А. ($X_T = 0,92$). Дата народження: 21.12.1969 р.
Діагноз: Дизметаболическа нефропатія, уратурія.
3. Хворий П. ($X_T = 0,91$). Дата народження: 14.02.1962 р.
Діагноз: Дизметаболическа нефропатія, уратурія.

Обстежені хворі на таку форму дизметаболическої нефропатії як оксалатурія мали переважно (82% від загальної вибірки обстежуваних) відповідні значення власної одиниці часу у спектрі „хронотипів”:

$$0,87 \leq X_T \leq 0,89.$$

Наведемо індивідуальні дані значення хронотипу деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на таку форму дизметаболическої нефропатії як оксалатурія.

1. Хворий Д. ($X_T = 0,87$). Дата народження: 2.11.1962 р.
Діагноз: Дизметаболическа нефропатія, оксалатурія.
2. Хвора Ж. ($X_T = 0,88$). Дата народження: 11.02.1971 р.
Діагноз: Дизметаболическа нефропатія, оксалатурія.

Обстежені хворі на таку форму дизметаболічної нефропатії як фосфатурія мали переважно (82% від загальної вибірки обстежуваних) відповідні значення власної одиниці часу у спектрі „хронотипу”:

$$0,93 \leq X_T \leq 0,94.$$

Наведемо індивідуальні дані значення хронотипу деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на таку форму дизметаболічної нефропатії як фосфатурія.

1. Хвора Ж. ($X_T = 0,93$). Дата народження: 4.02.1960 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, фосфатурія.
2. Хворий Ф. ($X_T = 0,94$). Дата народження: 8.06.1951 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, фосфатурія.
3. Хворий П. ($X_T = 0,93$). Дата народження: 9.04.1973 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, фосфатурія.

Обстеження пацієнтів, які страждають на дизметаболічні нефропатії, підтверджує вчення, що сечова система є місцем найменшого опору у людей із хронотипом в діапазоні: $0,87 \leq X_T \leq 0,94$, куди відносяться індивіди із амбівертним типом спрямованості, а також із помірно екстравертованими та помірно інтровертованими проявами. Причому, можна передбачити форму прояву захворювання і своєчасно провести профілактику хвороби, зважаючи на традиційні схеми медичної профілактики.

Як правило, спроможність контролювати сечовипускання вдень діти набувають до 2 років, вночі – до 4 років. Класифікаційно в нефрології виділяють функціональне та органічне нетримання сечі. Органічне не потребує уваги з боку медичної психології. А саме в процесі механізму прояву функціональних розладів сечовипускання залишається багато нез'ясованих питань, відповіді на які сучасна нефроурологія знайти не спроможна. Щоб зрозуміти генезис цих порушень, необхідно розглянути нейрогенний механізм регуляції роботи сечового міхура. Процес наповнення і випорожнення сечового міхура регулюється за рахунок симпатичних,

парасимпатичних, екстрапірамідних і спінальних шляхів. У більшій мірі евакуація сечі обумовлена холінергічним механізмом, опосередкованими мускариновими рецепторами. В організмі присутні декілька підтипів мускаринових рецепторів, із них M2 й M3 різновиди знаходяться переважно в сечовому міхурі. Активація рецепторів призводить до скорочення детрузора - м'яза, що випорожнює сечовий міхур [8]. Напроти, блокада M-холінорецепторів за допомогою холінолітичних (холіноблокуючих, антимускаринових, антагоністів M-холінорецепторів) препаратів попереджає стимулюючу дію ацетилхоліну на детрузор. Клінічно це проявляється зниженням тонусу сечового міхура, ліквідацією мимовільних потягів до сечовипускання, зменшенням їх частоти та збільшенням об'єму наповнення сечового міхура.

Стресове нетримання сечі виникає за рахунок іншого механізму. Серотонінові (5-НТ) і норепінефрінові рецептори регулюють змикання шийки сечового міхура, механізм порушень яких досі залишається нез'ясованим. Тому на відміну від гіперрефлекторного сечового міхура із ургентністю при стресовому нетриманні сечі ефективність медичного лікування, навіть і оперативного, є досить низькою і складає приблизно до 2% [53].

У цілому патологія органів сечової системи займає суттєве місце серед усіх захворювань за своєю частотою і серйозністю прогнозу. Незважаючи на успіхи у діагностиці і лікуванні різних клінічних форм нетримання сечі, багато питань залишаються нез'ясованими або недостатньо вивченими з урахуванням індивідуальних психологічних особливостей урологічних хворих, що призводить до малої ефективності їх лікування і досить високої частоти хронізації перебігу патологічного процесу.

У зв'язку з цим ми звернулися до вирішення проблеми передбачення схильності до порушень роботи сечового міхура з позиції теорії переживання часу.

Було обстежено 838 людей, які страждали на функціональне нетримання сечі віком від 18 до 45 років. Із них: 619 чоловіків та 219 жінок.

Такий розподіл цієї патології серед чоловіків та жінок, на наш погляд, пояснюється статистичними даними ВООЗ щодо переважання прояву розладу в осіб чоловічої статі [134].

Локалізація проявів функціонального енурезу у спектрі «хронотипів» зведена у таблицю 3.13.

Як можна побачити з таблиці, прояви функціонального енурезу переважно локалізуються у діапазоні спектру «хронотипів»: $0,9 < X_T \leq 0,94$ (67%), що відповідає розташуванню індивідів амбівертного типу з помірно інтровертованими проявами спрямованості.

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) є наслідком хронічної хвороби нирок. У залежності від віку пацієнтів існують відмінності у структурі причинних захворювань ниркової недостатності. Найбільш поширеними причинами ХНН у хворих (у порядку зменшення питомої ваги) є: мікробно-запальні захворювання нирок на тлі аномалій розвитку сечовивідної системи

Таблиця 3.13

Локалізація проявів функціонального енурезу у спектрі «хронотипів»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (838 = 100 %)	
		Кількість осіб	%
Функціон. енурез	$0,7 \leq X_T < 0,8$ с	25	3
Функціон. енурез	$0,8$ с $\leq X_T < 0,86$ с	45	5
Функціон. енурез	$0,86$ с $\leq X_T \leq 0,94$ с	669	80
Функціон. енурез	$0,94$ с $< X_T \leq 1,0$ с	69	8
Функціон. енурез	$1,0$ с $< X_T \leq 1,1$ с	30	4

та обструктивних уропатій, гломерулопатії (імунокомплексні, фокальний сегментарний гломерулосклероз, IgA нефропатія, синдром Альпорта), тубулопатії. У дорослих найчастішими причинами ХНН є діабетична нефропатія, гіпертонічна хвороба (гіперактивність симпатичної системи), гломерулонефрит, полікістоз нирок [188]. Водночас, єдиної причини

виникнення таких ускладнень із боку нирок не виявлено. Тому потребує детального дослідження хронотипу хворих на ХНН, із метою її своєчасного прогнозування.

Було обстежено 252 людей віком від 18 до 45 років, які страждали на ХНН. Із них: 122 чоловіків та 130 жінок.

Локалізація проявів ХНН у спектрі «хронотипів» зведена у таблицю 3.14.

Обстежені хворі на ХНН мали переважно відповідні значення хронотипу:

$0,86 \leq X_T \leq 0,9$ (34% від загальної кількості обстежуваних) та

$0,9 < X_T \leq 0,94$ (26% від загальної кількості обстежуваних) (табл.3.14).

Таблиця 3.14

Локалізація проявів ХНН у спектрі «хронотипів»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (252 = 100 %)	
		Кількість осіб	%
ХНН	$0,7 \leq X_T < 0,8$	25	10
ХНН	$0,8 \leq X_T < 0,86$	13	5
ХНН	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	151	60
ХНН	$0,94 < X_T \leq 1,0$	32	13
ХНН	$1,0 < X_T \leq 1,1$	31	10

Таким чином, обстеження хворих на нефроурологічні захворювання підтверджує припущення, що сечова система є місцем найменшого опору у людей із хронотипом в діапазоні: $0,86 \leq X_T \leq 0,94$, куди відносяться індивіди із «суто» амбівертним типом спрямованості, а також із помірно екстравертними та помірно інтровертними проявами. Застосування цього методу психодіагностики хронотипу індивіда надасть можливість

передбачити «місце найменшого опору» індивідів, які схильні до нефроурологічних порушень в організмі.

У результаті проведеного обстеження уточнено поняття амбівертного типу спрямованості. Амбівертний тип спрямованості – це своєрідна умовна критична точка, через яку проходить межа між двома типами: помірно екстравертованим і помірно інтровертованим [420].

При незначній тенденції відхилення типу спрямованості показників екстравертності або інтровертності, в людини будуть проявлятися ті або інші свої специфічні індивідуально-психологічні особливості.

Отже, для суб'єктів із соматичними порушеннями нефроурологічного профілю характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками «екстраверсія-інтроверсія» й «нейротизм-стабільність» домінує серединний або *амбівертний тип спрямованості* особистості. Також встановлено, що серед зазначених суб'єктів існує кількісна перевага індивідів інтровертованоспрямованих типів над екстравертованими. Аналіз показників хронотипу, засвідчив, що більшість обстежуваних належить до амбівертного типу (від 0,86 до 0,94). Хронотип з параметрами 0,9 – це критична точка, що поділяє два типи спрямованості – помірно екстравертований і помірно інтровертований типи, і вона належить амбівертному типу спрямованості. Часова характеристика суб'єкта амбівертного типу представлена тим, що він поспішає, але часу йому вистачає, тобто він живе сьогоденням, поведінка характеризується "обережністю без остраху". У цілому дані дослідження дозволили встановити систему взаємозв'язку і взаємозалежності, що прямо залежить від психолого-фізіологічних, психологічних, індивідуально-типологічних особливостей організму суб'єкта, зокрема, тенденції спрямованості типу темпераменту (баланс процесів збудження-гальмування), а також часових параметрів (часових характеристик суб'єкта, фактора часу, хронотипу) при соматичних порушеннях.

3.4. Локалізація пульмонологічних симптомів у типологічних групах

Було обстежено 939 людей із захворюваннями органів дихання. Із них на бронхіальну астму страждало 725 хворих, рецидивуючий трахеобронхіт - 214 хворих. При цьому серед хворих на бронхіальну астму та неінфекційний рецидивуючий трахеобронхіт перебувало на стадії загострення 510 хворих та 215 - на стадії ремісії. Хронотип цих хворих знаходиться у діапазоні: $0,7 \leq X_T < 0,8$ (табл.3.15).

Локалізація проявів бронхіальної астми у спектрі «хронотипів» зведена у таблицю 3.15.

Таблиця 3.15

Локалізація проявів бронхіальної астми у спектрі «хронотипів»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (725 = 100 %)	
		Кількість осіб	%
Бронхіальна астма	$0,7 \leq X_T < 0,8$	479	65
Бронхіальна астма	$0,8 \leq X_T < 0,86$	119	15
Бронхіальна астма	$0,86 \leq X_T \leq 0,9$	64	8
Бронхіальна астма	$0,9 < X_T \leq 0,94$	23	3
Бронхіальна астма	$0,94 < X_T \leq 1,0$	15	2
Бронхіальна астма	$1,0 < X_T \leq 1,1$	25	3

Локалізація проявів рецидивуючого трахеобронхіту у спектрі «хронотипу» зведена у таблицю 3.16.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих на бронхіальну астму та рецидивуючий трахеобронхіт.

1. Хворий Ц. ($X_T = 0,7$). Дата народження: 6.02.1970 р.

Діагноз: Бронхіальна астма.

2. Хворий У. ($X_T = 0,72$). Дата народження: 4.07.1959 р.

Діагноз: Неінфекційний трахеобронхіт.

Взагалі епідеміологічні дані хворих на бронхіальну астму свідчать про велику розповсюдженість цього захворювання серед дорослого населення, тобто на неї страждають 0,1-8 % населення усієї земної кулі.

Таблиця 3.16

Локалізація проявів рецидивуючого трахеобронхіту у спектрі «хронотипів»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (214 = 100 %)	
		Кількість осіб	%
Рецидив. трахеобронхіт	$0,7 \leq X_T < 0,8$	19	10
Рецидив. трахеобронхіт	$0,8 \leq X_T < 0,86$	7	5
Рецидив. трахеобронхіт	$0,86 \leq X_T \leq 0,9$	80	34
Рецидив. трахеобронхіт	$0,9 < X_T \leq 0,94$	58	26
Рецидив. трахеобронхіт	$0,94 < X_T \leq 1,0$	26	13
Рецидив. трахеобронхіт	$1,0 < X_T \leq 1,1$	24	10

Питома вага бронхіальної астми у структурі бронхолегеневої патології складає 27,6-60 %. Якщо раніше епідеміологічні дані свідчили про велику розповсюдженість цього захворювання у регіонах із вологим кліматом, що сприяє накопиченню значних концентрацій спор плесневих грибів у зовнішньому середовищі, котрі сприяють грибковій сенсibiliзації, а також практичну відсутність цього захворювання у людей Далекої Півночі, оскільки холодний клімат перешкоджає накопиченню грибкових алергенів, то сучасна медицина неспроможна пояснити розповсюдження цього захворювання і в умовах Далекої Півночі, базуючись на епідеміологічних даних.

Результати обстеження хворих на бронхіальну астму неінфекційного походження свідчать про те, що хронотип цих хворих знаходиться в діапазоні: $0,7 \leq X_T < 0,8$, що вказує на належність бронхіальної астми та неінфекційного рецидивуючого трахеобронхіту як „переважаючої” хвороби у спектрі „хронотипів” та типологічних груп.

Участь дихальних циклів в переживанні часу вивчав ще R.Melzack [518]. Учений з'ясував, що проміжки, початок та кінець яких співпадає з початком та кінцем дихального циклу, відтворюються точніше порівняно з тими проміжками, для яких такого співпадіння немає. Д.Елькін розглядав дихальний цикл як один із головних періодичних процесів, що моделюють сприйняття невеликих тривалостей [441]. В. Лисенкова [200] з'ясувала зв'язок частоти дихання з особливостями відмірювання та оцінки проміжків, а також з частотою серцевих скорочень. На великій вибірці досліджуваних вона отримала ряд частот від 12 до 21 дихального циклу за хвилину. За цими даними Б.Цуканов прорахував тривалість дихального циклу для «середньогрупового суб'єкта» та отримав величину $T_s = 3,64\text{с}$. З іншого боку, тривалість одного дихального циклу можна отримати у вигляді функції цілого числа власних одиниць часу «середньогрупового суб'єкта»:

$$T_s = 4 * 0,9\text{с} = 3,6\text{с} [415].$$

Виходячи із середньогрупових даних, отриманих різними авторами у різні роки, логічно припустити, що тривалість дихального циклу індивіда, схильного до пульмонологічних розладів, визначається цілим числом одиниць «дійсного теперішнього» ще з дитячого віку.

Для перевірки цього припущення ми хронометрували тривалість дихальних циклів у досліджуваних дітей віком від 7 до 14 років у стані спокою, підраховували період одного циклу T_s та порівнювали з «хронотипом». Результати зведені до таблиці 3.17.

Для «поспішаючих» суб'єктів, які складають експериментальну вибірку, відношення величини «дійсного теперішнього» до періоду дихального циклу дорівнює 1: 2; 1:3; 1: 4. Тобто, чітко прослідковуються

Локалізація частоти дихання у спектрі «хронотипів»

Вік хворого в роках	Діагноз	Xt	Ts в сек.	Норма ЧД за віком	ЧД сер. хворого	K
7	Бронх. астма	0,70	2,73	22-25	22	3,9
8	Бронх. астма	0,71	2,4	22-25	25	3,4
9	Бронх. астма	0,72	2,6	22-25	23	3,6
10	Трахеобронхіт	0,79	2	20-22	30	2,5
11	Трахеобронхіт	0,75	3	20-22	20	4
12	Бронх. астма	0,74	2,9	20-22	21	3,9
13	Бронх. астма	0,73	3,3	18-20	18	4,5
14	Бронх. астма	0,76	3,2	18-20	19	4,2
7	Трахеобронхіт	0,77	2,6	22-25	23	3,4
8	Трахеобронхіт	0,78	1,7	22-25	35	2,1
9	Бронх. астма	0,76	2,4	22-25	25	3,2
10	Бронх. астма	0,72	2,9	20-22	21	4,0
11	Трахеобронхіт	0,74	2,7	20-22	22	3,7
12	Трахеобронхіт	0,78	2	20-22	30	2,6
13	Бронх. астма	0,72	3	18-20	20	4,2
14	Бронх. астма	0,78	3,3	18-20	18	4,2
7	Трахеобронхіт	0,77	1,9	22-25	32	2,5
8	Бронх. астма	0,78	2,7	22-25	22	3,5
9	Трахеобронхіт	0,73	2,6	22-25	23	3,6
10	Бронх. астма	0,79	2,9	20-22	21	3,7
11	Трахеобронхіт	0,8	2,7	20-22	22	3,4
12	Трахеобронхіт	0,82	3	20-22	20	3,7
13	Трахеобронхіт	0,84	3	18-20	18	3,6
14	Трахеобронхіт	0,86	3	18-20	19	3,5
13	Трахеобронхіт	0,85	3	18-20	20	3,5
12	Трахеобронхіт	0,83	2,9	20-22	21	3,5

відмінності відношення до типологічних груп. Так, у індивідів дуже екстравертованої групи за загальним виконанням відношення були отримані наступні варіанти: $T_s = 2X_T$, $T_s = 3X_T$, $T_s = 4X_T$. У індивідів помірно екстравертованої групи $T_s = 4X_T$. Наше припущення підтвердилось. Тривалість дихального циклу індивіда складається із цілого числа одиниць хронотипу його «дійсного теперішнього».

Ці результати дослідження дають змогу стверджувати, що тривалість дихального циклу хворих на пульмонологічні розлади узгоджується із тривалістю хронотипу індивіда.

3.5. Локалізація симптомів невротичних розладів

У лікувальних закладах будь-якого профілю, у повсякденній трудовій діяльності доводиться стикатись із хворими, в яких розлади психіки мають функціональний, перехідний характер. Здебільшого такі психічні порушення є непсихотичними. Відповідно до сучасної Міжнародної класифікації хвороб (10-й перегляд), вони входять у рубрику «Невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади (F4)» [223]. Це невротичні психогенні реакції (ситуаційна психогенна реакція, невроз тривожного очікування, панічні розлади), неврози у вигляді неврастенії, дисоціативних або конверсійних дій (невроз нав'язливих станів), соматизовані й соматоформні розлади (психосоматичні хвороби).

У цілому сучасна медицина розглядає неврози як порушення вищої нервової діяльності й нейровегетативних функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або тривалого емоційного напруження, коли зміни мислення і загальної поведінки спричинені станом афекту [15].

Порушення вищої нервової діяльності виникає внаслідок того, що змінюються стан і взаємозв'язок між основними нервовими процесами, а саме між їх силою і рухливістю, якщо до них ставлять надто високі вимоги.

Сучасна психіатрія висуває припущення, що на неврози здебільшого хворіють особи з меланхолічним і холеричним темпераментом, тоді як при сангвінічному і флегматичному темпераменті зриви спостерігають рідко. Також психіатри зазначають, що розвитку неврозів сприяють соціальні умови, соматичний і психічний стан у момент психотравми, загальна перевтома [486, с.76].

Тобто, психогенний характер виникнення невротичних розладів не виключається. Більше того, його пов'язують з типом вищої нервової діяльності.

Основними різновидами цих порушень є неврастенія, конверсійна істерія та obsесивно-компульсивні розлади. Звертаючись до таких різновидів порушень, психіатрія констатує, що розвиток певного виду неврозу значною мірою залежить від типу вищої нервової діяльності. Так, у людей із художнім типом її, в яких перша сигнальна система (підкіркові процеси) переважає над другою (кора великого мозку), здебільшого розвивається істеричний невроз. До неврозу нав'язливих станів схильні особи з розумовим типом вищої нервової діяльності, в яких друга сигнальна система домінує.

Більшості людей властивий змішаний тип нервових процесів, найчастіше в них розвивається неврастенія [18]. Інколи психогенні розлади психіки проявляються дисоціативними й конверсійними (істеричними) психозами, гострою реакцією на стрес та посттравматичними стресовими розладами (гострі й затяжні реактивні психози).

Саме поняття "нервово-психічні розлади" формувалося протягом тривалого періоду часу. Термін "невроз" був уведений шотландським лікарем Галеном. Він обґрунтував "нервовий принцип" як головний регулятор усіх життєвих процесів, які поділяв на 2 основні групи, пов'язані або з напруженням нервової системи, або, навпаки, з її розслабленням. Терміном "невроз" Гален позначив нервові розлади, що не супроводжуються лихоманкою і не пов'язані з місцевим ураженням одного з

органів, а обумовлені "загальним стражданням, від якого спеціально залежать рух і думка" [цит. за 180, с.35].

Із часом визначення "неврозу" зазнало змін. Незважаючи на те, що в другій половині XIX століття систематика клінічних форм неврозів залишалася дуже строкатою, було розкрито нову їхню якість: на відміну від органічних розладів неврози є хворобами, зворотними у своєму плині, і не викликають стійкої інвалідизації [180, с.87]. Походження всіх форм неврозів почали пов'язувати з особливостями психіки і психогенними впливами. Виходячи з того, що психічний компонент є найбільш істотним у генезисі неврозів, П.Дюбуа запропонував замінити цей традиційний термін найменуванням «психоневрози» [цит. за 472, с.97].

Англійський лікар Р.Картер у роботі "Про патологію і лікування істерії" розглядав як провідні три етіологічних фактори неврозу: особливості темпераменту індивіда, життєву ситуацію, що пускає в хід "ініціальну атаку" хвороби, та інтенсивність зусиль хворого, спрямованих на усунення чи приховування причини [156, с.45].

На середину XX століття збереглися ті ж проблеми в галузі суміжних нервово-психічних розладів, що й у його перші десятиліття. Але незважаючи на різноманітність поглядів дослідників, усі вони, фактично, приймають три широких кола: астенічні (включаючи неврастенічні й обесивно-фобічні), істеричні та експлозивні.

Розвиток вчення про неврози визначали дуже багато вчень і концепцій: це і психоаналіз З.Фрейда [393], і вчення І. П. Павлова [252] про фізіологію ВНД, і поведінкова психологія Дж.Уотсона (біхевіоризм) [цит. за 140]. Великого значення набув також розвиток клінічної психіатрії завдяки діяльності С.Суханова, П. Ганнушкіна [377] й інших визначних клініцистів [376; 380; 403].

Проблема суміжних нервово-психічних розладів зазнала відомої трансформації з вузько клінічної в широку проблему дослідження закономірностей формування нормальних і аномальних індивідуальностей,

тобто в проблему вивчення темпераменту, характеру й особистості в цілому. Існуючі на сьогоднішній день класифікації суміжних форм патології настільки фрагментарні та різноманітні, що жодна з них не може бути основою для єдиної систематики усіх форм суміжних станів.

Хочеться відзначити, що часовий фактор суміжних нервово-психічних захворювань завжди розглядався дуже приблизно.

Наш підхід до вивчення етіології, патогенезу та клінічних проявів захворювання здійснюється з нової позиції, котра повністю враховує закони переживання часу (Д.Елькін [434], Б.Цуканов [420]).

На основі «хронотипу», що визначає тип спрямованості кожного окремого індивіда, можна з високою точністю віднести того чи іншого суб'єкта до групи зі своєю домінантною хворобою (насамперед, хронічні неінфекційні хвороби) [292]. Відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання узгодження проявів невротичних розладів зі значенням хронотипу суб'єкта у типологічному спектрі «спрямованості суб'єктів» [294, с.78].

Згідно з даними Г.Ушакова [390], суміжні розлади мають досить чітку вікову періодичність. Невроз не може виникнути в результаті тільки психічної травми. Його формування відбувається тоді, коли психічній травмі передують явища перенапруження, стомлення, виснаження психіки [390, с.56].

В останні роки було проведено ряд досліджень, які доводять, що однотипні психічні травми викликають різні форми реактивних станів, залежно від індивідуальності пацієнта. При цьому головна травма може як прямо передувати розладу, так і мати місце в минулому. У цьому випадку нові обставини астенизують нервову систему, і тоді найменший привід може призвести до неврозу, зміст якого виявляє зв'язок із раніше пережитою травмуючою ситуацією. В одних психічна травма ніколи не приводить до реактивного стану, в інших - та сама травма в аналогічних умовах викликає то параноїд, то депресію, то неврастенію, то невроз нав'язливих станів, то

істеричні розлади, то, нарешті, неврастенічний розвиток або інші варіанти розвитку.

Є. Краснушкін писав, що для виникнення неврозу необхідно, щоб діюча психічна травма була достатньо сильною і викликала дисфункцію вегетативної нервової системи чи щоб остання у даного індивіда виявилася преморбідно особливо вразливою [169, с.63]. М.Кабанов наголошував, що психічне життя людини формується "...під впливом навколишнього середовища, статі, віку і темпераменту"[149, с.45]. За даними О.Кербікова [158], вік обстежуваних, як правило, накладає свій відбиток на ступінь невротизації хворих. Середній вік, у якому завершився патологічний розвиток, для загальмованих особистостей - $13.3 \pm 1,4$ року, для істеричних — $14,7 \pm 1,9$ року, для збудливих - $22, \pm 1,9$ року [415, с.45]. При цьому, частота і виразність реакцій, як правило, тим більші, чим старший вік обстежуваних. Особливо яскраво виражені явища акцентуованості, а отже, й ризик виникнення суміжних розладів мають місце у віці, старшому за 21 рік, а ще більше - після 31 року, тобто фактор часу істотно впливає на виникнення, формування і розвиток суміжних нервово-психічних захворювань.

Давно відомо, що уроджений механізм центрального годинника індивіда запускається з моменту народження і безупинно вимірює хід пережитого часу протягом усього його життя [420]. Згідно з Б.Цукановим [421], життя індивіда від народження до смерті може бути розбитим на ряд періодів. Він же виділив у житті індивідів поворотні пункти, тобто певний вік, у якому відбуваються "психологічні злами", і назвав їх вузловими точками. Багато дослідників наводять вікову періодизацію онтогенетичного розвитку людини і виділяють фази соматичного, статевого, нервово-психологічного, інтелектуального дозрівання. Ці цикли і фази розвитку є часовими характеристиками і не можуть бути незалежні від ходу центрального годинника індивіда. У концепції психології часу неоднорідність онтогенетичного розвитку описана циклоїдною моделлю часу" [416, с.67].

Враховуючи те, що "хронотип" є базовою основою особистості, а також те, що суміжні нервово-психічні розлади мають вікову періодичність [415; 418], ми припустили, що можна виділити зону локалізації суміжних розладів відповідно до існуючих типологічних груп (і визначити часові рамки їхнього виникнення з погляду їх специфіки пережитого часу).

Наше дослідження проводилося на базі відділення неврології і психотерапії Первомайської центральної міської багатoproфільної лікарні. Обстежуваними стали пацієнти, що перебували на денному стаціонарі та проходили лікування в лікарів-психіатрів і психотерапевтів. Загальна кількість - 46 чоловік. Вік -у діапазоні від 20 до 50 років. За статевою ознакою: 13 чоловіків та 37 жінок.

Це цілком узгоджується з даними Г. Ушакова про те, що у хворих невротами переважає жіночий контингент [390], якому притаманна підвищена чутливість реагування та емоційність, зумовлена статевими особливостями фізіології жінок.

При вивченні анамнезу хворого і діагностики його стану ми користувалися тим діагнозом, який поставлений лікарями відділення на підставі МКБ-10 [223].

У нашому дослідженні був використаний метод хронометричної проби, за допомогою якого ми визначали індивідуальний хронотип для кожного пацієнта (табл. 3.18).

У спектрі хронотипів $0,7 \leq X_t \leq 1,1$, як результат, виділилась певна зона, яка знаходиться в діапазоні локалізації невротів (рис. 3.9.).

На графіку (рис.3.9) чітко видно найвищу точку, значення якої $X_t = 0,96$. Вертикальна шкала на графіку означає кількість повторень значень X_t , а на горизонтальній осі - самі значення X_t виділеної нами зони.

Далі ми прорахували параметри розподілу - його числові характеристики, що вказують, де "в середньому" розташовуються значення ознаки, з метою побачити, наскільки ці значення змінюються, і чи спостерігаються домінування певних значень ознаки [4].

Таблиця 3.18

Характеристика контингенту хворих на невротичні розлади

№	СТАТЬ	ВІК	ДІАГНОЗ	Xт	ТИП
1	Ж	25	Конверсійна істерія	0,7	Д.е.
2	Ч	24	Конверсійна істерія	0,7	Д.е.
3	Ж	28	Конверсійна істерія	0,7	Д.е.
4	Ж	40	Конверсійна істерія	0,7	Д.е.
5	Ж	38	Конверсійна істерія	0,72	Д.е.
6	Ч	37	Конверсійна істерія	0,72	Д.е.
7	Ж	36	Конверсійна істерія	0,72	Д.е.
8	Ч	35	Конверсійна істерія	0,72	Д.е.
9	Ж	38	Конверсійна істерія	0,72	Д.е.
10	Ж	39	Конверсійна істерія	0,74	Д.е.
11	Ж	40	Конверсійна істерія	0,74	Д.е.
12	Ж	40	Конверсійна істерія	0,74	Д.е.
13	Ч	38	Конверсійна істерія	0,74	Д.е.
14	Ж	40	Конверсійна істерія	0,75	Д.е.
15	Ж	39	Конверсійна істерія	0,75	Д.е.
16	Ч	38	Конверсійна істерія	0,75	Д.е.
17	Ж	39	Конверсійна істерія	0,75	Д.е.
18	Ч	40	Конверсійна істерія	0,75	Д.е.
19	Ж	40	Конверсійна істерія	0,75	Д.е.
20	Ж	38	Неврастенія	0,91	П.і.
21	Ж	37	Неврастенія	0,91	П.і.
22	Ж	21	Неврастенія	0,91	П.і.
23	Ж	38	Неврастенія	0,92	П.і.
24	Ч	37	Неврастенія	0,92	П.і.
25	Ж	20	Неврастенія	0,92	П.і.
26	Ч	39	Неврастенія	0,92	П.і.
27	Ж	40	Неврастенія	0,92	П.і.
28	Ж	37	Неврастенія	0,94	П.і.
29	Ж	36	Неврастенія	0,94	П.і.
30	Ж	35	Неврастенія	0,94	П.і.
31	Ч	39	Неврастенія	0,94	П.і.
32	Ж	40	Неврастенія	0,94	П.і.
33	Ж	24	Неврастенія	0,94	П.і.
34	Ж	26	Неврастенія	0,96	П.і.
35	Ж	40	Неврастенія	0,96	П.і.
36	Ж	38	Неврастенія	0,96	П.і.
37	Ч	37	Неврастенія	0,96	П.і.
38	Ж	36	Неврастенія	0,96	П.і.
39	Ж	35	Неврастенія	0,96	П.і.
40	Ж	40	Неврастенія	0,96	П.і.
41	Ж	40	Неврастенія	0,96	П.і.
42	Ж	40	Неврастенія	0,99	П.і.
43	Ж	38	Неврастенія	0,99	П.і.
44	Ч	39	Неврастенія	0,99	П.і.
45	Ж	40	Неврастенія	0,99	П.і.
46	Ч	40	Обсесивно-компульсивні розл.	1,01	Д.і.
47	Ж	35	Обсесивно-компульсивні розл.	1,01	Д.і.
48	Ч	34	Обсесивно-компульсивні розл.	1,02	Д.і.
49	Ж	37	Обсесивно-компульсивні розл.	1,02	Д.і.
50	Ч	38	Обсесивно-компульсивні розл.	1,03	Д.і.

Умовні позначення типу: д.е.-дуже екстравертований; п.і.-помірно інтровертований; д.і.-дуже інтровертований.

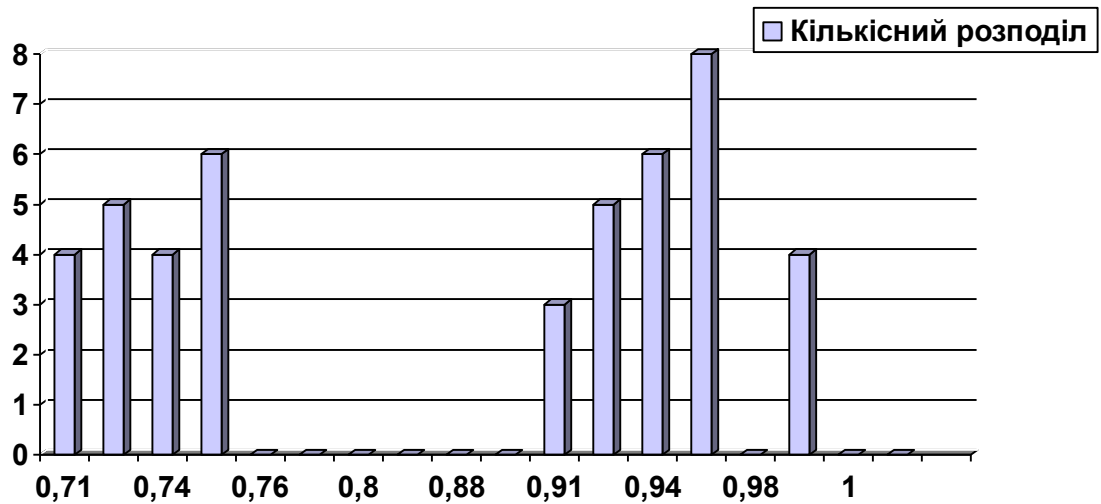


Рис. 3.9. Зона локалізації суміжних нервово-психічних розладів

Вісь абсцис: значення хронотипу

Вісь ординат: кількісний розподіл хворих на суміжні нервово-психічні розлади

Квадратичне відхилення дорівнює 0,05:

$$\sigma = \sqrt{s^2} = 0,05$$

Це досить високий результат, що доводить точність наших досліджень.

Таким чином, наш середньостатистичний індивід має $X_T = 0,96 \pm 0,05$.

Зона локалізації **конверсійної істерії** знаходиться в діапазоні:

0,7 < X_T < 0,75. У діапазоні: **0,91 < X_T < 0,99** – **неврастенія**. А у діапазоні: **1,0 < X_T < 1,0** – **обсесивно-компульсивні розлади**.

Отже, у ході дослідження з позиції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань нам вдалося виділити зону найменшого опору у індивідів, які страждають на неврастенічні розлади. Це вказує на їх належність до типологічної групи. Так, **неврастенії** є місцем найменшого опору у **помірно інтровертованих**. Отже, давно відомо, що помірний інтроверт - це людина зі слабкою нервовою системою, що має підвищену чутливість навіть до слабких подразників. У нього виражена інтроверсія і високий нейротизм, а гальмування в два рази перевищує збудження. Сильний стрес у помірно інтровертованого може спровокувати невротичний розлад.

Конверсійна істерія локалізується у межах **дуже екстравертованої** групи. Дійсно, виражений екстраверт – це людина, яка має неврівноважену нервову систему, у якій збудження переважає над гальмуванням, явно виражена екстраверсія.

Цілком можна пояснити, чому в зоні локалізації **обсесивно-компульсивних** розладів виявилися представники **дуже інтровертованої** групи. У "чистого" інтроверта нервова система стабільна, інертна, збудження і гальмування врівноважують одне одного, явно виражена інтроверсія, а настрої зазвичай рівний. Але саме "чистий" інтроверт у цю зону не потрапляє. До неї належать індивіди з X_T від 1,01 до 1,03. Це вже не помірні інтроверти, але ще не дуже інтровертовані, а отже, їхню нервову систему сильною назвати не можна.

Така диференціація невротичних розладів необхідна і в медицині, й у психології тому, що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть виникнути неврастенічні розлади.

До порушень нейровегетативної регуляції організму відносять *соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи* (ВСД). Перебіг цієї хвороби може бути за гіпотонічним або гіпертонічним типом. Хворих пацієнтів із ВСД за гіпотонічним типом було обстежено 223 індивіда.

Результати проведеного нами дослідження показали, що хронотип у цих хворих переважно складає два діапазони інтервалів:

$0,7 \leq X_T < 0,8$ (95 хворих) та $1,0 < X_T \leq 1,1$ (90 хворих), що відповідає дуже екстравертованій та дуже інтровертованій групам індивідів у типологічних групах спектру „хронотипів” (табл. 3.18).

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом.

1. Хвора Л. ($X_T = 0,73$). Дата народження: 12.07.1962 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія за гіпотонічним типом.
2. Хвора Р. ($X_T = 0,76$). Дата народження: 1.09.1951 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія за гіпотонічним типом.

3. Хвора О. ($X_T = 1,1$). Дата народження: 4.11.1973 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія за гіпотонічним типом.

У діапазоні: $0,8 \leq X_T \leq 0,86$ (210 індивідів) та $0,94 \leq X_T \leq 1,0$ (180 хворих) знаходиться хронотип хворих, які страждають на ВСД за гіпертонічним типом (табл. 3.18).

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи хворих, які страждають на ВСД за гіпертонічним типом.

Таблиця 3.19

Локалізація ВСД у спектрі «хронотипів»

Клінічний діагноз	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (754 = 100 %)	
		кількість осіб	%
ВСД за гіпотонічним типом	$0,7 \leq X_T < 0,8$	95	13
	$0,8 \leq X_T \leq 1,0$	38	5
	$1,0 < X_T \leq 1,0$	90	12
ВСД за гіпертонічним типом	$0,7 \leq X_T < 0,8$	56	7
	$0,8 \leq X_T \leq 1,0$	210	28
	$0,86 < X_T < 0,94$	48	6
	$0,94 \leq X_T \leq 1,0$	180	24
	$1,0 < X_T \leq 1,0$	37	5

1. Хвора Д. ($X_T = 0,8$). Дата народження: 10.08.1967 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом.

2. Хвора А. ($X_T = 0,81$). Дата народження: 2.07.1962 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом.

3. Хвора К. ($X_T = 1,0$). Дата народження: 4.10.1971 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом.

Порівнюючи ці розподіли, неважко переконатись у тому, що хворі на ВСД за гіпертонічним типом мають переважно значення хронотипу в тих зонах, у яких у здорових „хронотипів” має місце

гіпертонічна хвороба [421, с.94]. Самі хворі пацієнти із ВСД чітко визначили дві межі ($X_T = 0,8$ та $X_T = 1,0$), у спектрі „хронотипів”, в яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної.

ВСД за гіпертонічним типом визначила межі обох груп помірно екстравертованими та помірно інтровертованими. Тому пацієнти, у яких однакова форма «переважаючої» хвороби, мають відмінності у психологічному характері. Методом клінічної бесіди виявлено, що одна група хворих скаржиться на постійний дефіцит часу при виконанні будь-якої роботи. Це саме індивіди з хронотипом в діапазоні: $0,8 \leq X_T \leq 0,86$, тобто це помірно екстравертована група індивідів. Інша група хворих із хронотипом в діапазоні: $0,94 \leq X_T \leq 1,0$ не відчуває дефіциту часу при виконанні справ, тобто це помірно інтровертована група хворих. Це ще раз підтверджує відповідність типологічних груп та доміантних хвороб у спектрі хронотипів [412, с.94] на контингенті хворих на ВСД.

3.6. Суб'єктивна виразність болю у типологічних групах

Для медичної практики у зв'язку з „сигнальним” значенням болю дуже важливою є характеристика больового відчуття. Водночас труднощі об'єктивної характеристики болю пов'язані з тим, що за своїм характером біль є суб'єктивним відчуттям, що залежить не тільки від діючого подразника, але і від психічної реакції особистості на біль. Більше того, досі не існує об'єктивних методів оцінки інтенсивності больового відчуття у людини. У лікарняній практиці суб'єктивній оцінці болю не надається достатньої уваги внаслідок його суб'єктивності. Тому у клініці усні повідомлення порівнюють із даними лікарського обстеження і доповнюють деякими прийомами, які дозволяють контролювати ступінь суб'єктивності в оцінці болю пацієнтом. Але ці прийоми не дають позитивного результату без оцінки болю самим

хворим. Не мали успіху в оцінці кількісних та якісних аспектів відчуття болю методики експериментально викликаного болю, використання їх у сполученні з психофізичними вимірами болю й обміну повідомлень пацієнтів про вплив на біль аналгетичних препаратів [167,196].

Так, електричні потенціали для вивчення сенсорних процесів у корі великого мозку людини використовували для оцінки суб'єктивної інтенсивності болю [171]. Цей метод використовують також для вивчення аналгетичного ефекту. Однак, викликані потенціали дають різну амплітуду у кожного окремого індивіда, а також піддаються дії суб'єктивних факторів (чекання й увага), які важко усунути [171]. Тому сучасні методи дослідження об'єктивних фізіологічних корелятивів якості й інтенсивності болю у людини не є ефективними та дійсними. Перевага надається суб'єктивній оцінці виразності болю у кожного окремого індивіда. Адже кожен окремий пацієнт, як з'ясовує медична практика, по-різному реагує на один і той же біль, оцінює його по-різному і по-різному оцінює вплив аналгетичних препаратів на його організм. Це вказує на те, що індивідуальна суб'єктивна оцінка є провідною в оцінці болю і потребує диференціації для оцінки кожним хворим.

Щодо хронічного болю, то, порівняно з гострим, він має особливості за своїм механізмом, фізіологією, а також суб'єктивною оцінкою цього симптому. Це пов'язано з тим, що тривалий больовий вплив викликає додаткові нейрофізіологічні реакції у нервовій системі людини, а також зростання впливу психологічних факторів на нейрофізіологічні механізми болю. Тому диференціальна діагностика хронічного болю, а також лікування з метою зняття цього симптому – це одна з головних проблем боротьби за здоров'я людини, яку потрібно вирішувати в межах психосоматичного підходу.

Разом з тим відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання ступеня виразності больового синдрому. Відомо, що

больові відчуття, які виходять із внутрішніх органів, не можна точно локалізувати. Дуже часто захворювання будь-якого із внутрішніх органів дає відбитий чи неправильно локалізований біль. Тому у своїх дослідженнях ми з'ясували ступінь суб'єктивної виразності болю та її форму вияву при окремих психосоматичних захворюваннях.

Ступінь суб'єктивної виразності болю оцінювали самі хворі за семибальною шкалою та ці дані зіставлялися із визначенням хронотипу індивіда.

Наше завдання – дослідити у хворих ступінь суб'єктивної виразності болю при розладах типу «психосоматичні захворювання» – враховувало вивчення залежності ступеня суб'єктивної виразності болю від індивідуальних особливостей психіки кожного окремого індивіда.

Мета дослідження: з'ясувати ступінь суб'єктивної виразності болю при розладах типу «психосоматичні захворювання» у типологічних групах спектру „хронотипів”.

Результати проведеного дослідження показали, що хронотип у людей, які страждають на вегето-судинну дистонію за гіпертонічним типом, склала два діапазони інтервалів:

$$0,8 \leq X_T \leq 0,86 \quad \text{та} \quad 0,94 \leq X_T \leq 1,0.$$

Але між індивідами цих груп є також ряд якісних відмінностей у ступені суб'єктивної виразності болю. Суб'єктивна виразність болю у пацієнтів із хронотипом в діапазоні: $0,8 \leq X_T \leq 0,86$ вказує на різкий характер перебігу хвороби (рис.3.10). Місце локалізації болю – ділянка серця з іррадіацією у ліву руку.

Суб'єктивна виразність болю у хворих з хронотипом в діапазоні: $0,94 \leq X_T \leq 1,0$ від 1 до 3 балів, тобто перебіг хвороби характеризується меншою виразністю суб'єктивної оцінки болю (рис.3.10). Згідно з рис. 3.9 хворі на вегето-судинну дистонію за гіпертонічним типом відрізняються своїми типологічними групами спрямованості особистості.

У діапазоні: $0,8 \leq X_T \leq 0,86$ знаходяться індивіди із помірно екстравертованим типом спрямованості.

У діапазоні: $0,94 \leq X_T \leq 1,0$ знаходяться індивіди із інтровертованим типом спрямованості.

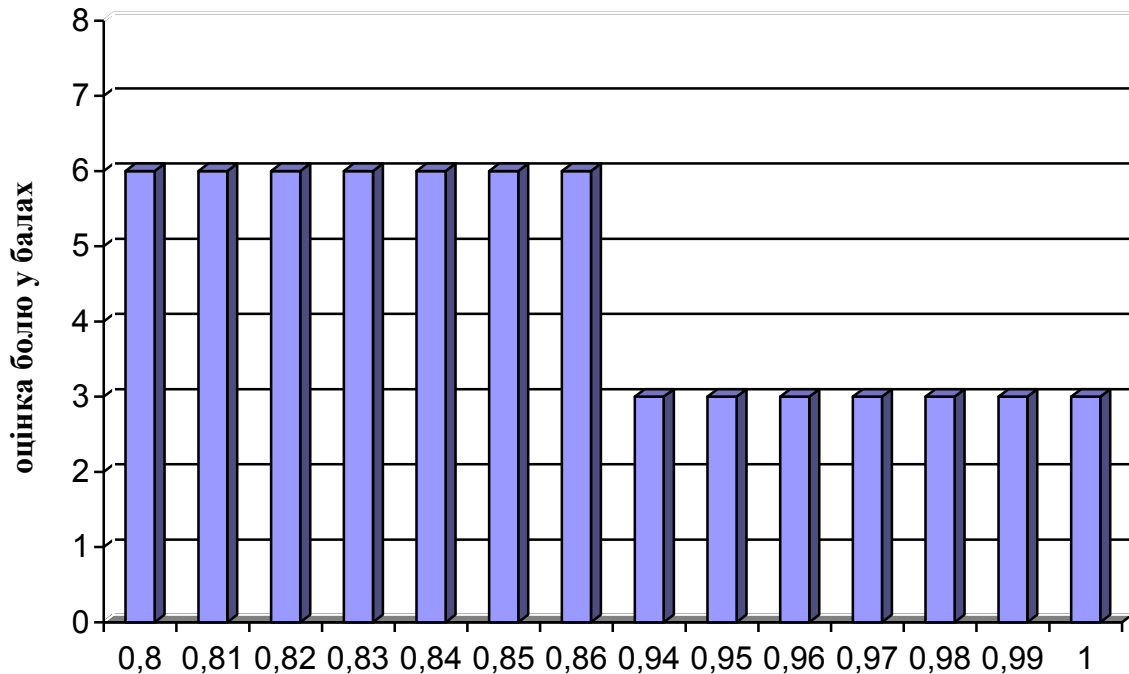


Рис. 3.10. Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю у хворих на вегето-судинну дистонію за гіпертонічним типом у типологічних групах

Вісь абсцис: значення хронотипу

Вісь ординат: ступінь суб'єктивної виразності болю у хворих на вегето-судинну дистонію за гіпертонічним типом

Необхідно відзначити ще одну якісну відмінність психологічного характеру хворих на вегето-судинну дистонію помірно екстравертованої та помірно інтровертованої групи, яка виявлена в ознаках „синдрому коронарної поведінки” [415,с.123]. Методом клінічної бесіди у кожного хворого виявлялася виразність ознак синдрому (конкурентність, прихована агресивність, квапливість, нетерпіння, постійне відчуття цейтноту, відповідальність, напруженість м'язів обличчя та рук). Статистична обробка даних показала, що ступінь прояву ознак синдрому однакова на усьому діапазоні „хронотипів” помірно екстравертованої та помірно інтровертованої групи. Але до однієї з них – „постійне відчуття цейтноту”

– в обох групах спостерігалось полярне відношення. Більшість хворих помірно екстравертованої групи скаржилась на постійну гостру нестачу часу під час виконання шкільних та домашніх робіт. У помірно інтровертованій групі, навпаки, більшість хворих стверджували, що не відчують дефіциту часу під час виконання роботи. Різне відношення до часу у хворих на вегето-судинну дистонію за гіпертонічним типом пов'язане з величиною індивідуального „хронотипу”.

Розподіл суб'єктивної виразності болю хворих на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом у спектрі „хронотипів” показує, що хворі цих двох діапазонів спрямованості: $1,0 < X_T \leq 1,1$ та $0,7 \leq X_T < 0,8$ відрізняються показниками ступеня суб'єктивної виразності болю. Суб'єктивна оцінка болю у хворих із хронотипом в діапазоні: $0,7 \leq X_T < 0,8$ від 4 до 7 балів (115 хворих) (рис.3.11). А у індивідів із „ X_T ” у діапазоні: $1,0 < X_T \leq 1,1$ від 1 до 3 балів (рис.3.11) (108 хворих). Ці дві групи хворих відрізняються своїми типологічними групами. У діапазоні: $0,7 \leq X_T < 0,8$ знаходяться хворі із дуже екстравертованим типом спрямованості.

У діапазоні $1,0 < X_T \leq 1,1$ знаходяться індивіди з дуже інтровертованим типом спрямованості.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих, які страждають на психосоматичні захворювання органів серцево-судинної системи.

1. Хворий Ф. ($X_T = 0,8$). Діагноз: вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом. Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.
2. Хворий Р. ($X_T = 0,81$). Діагноз: вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.
3. Хворий З. ($X_T = 0,85$). Діагноз: вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

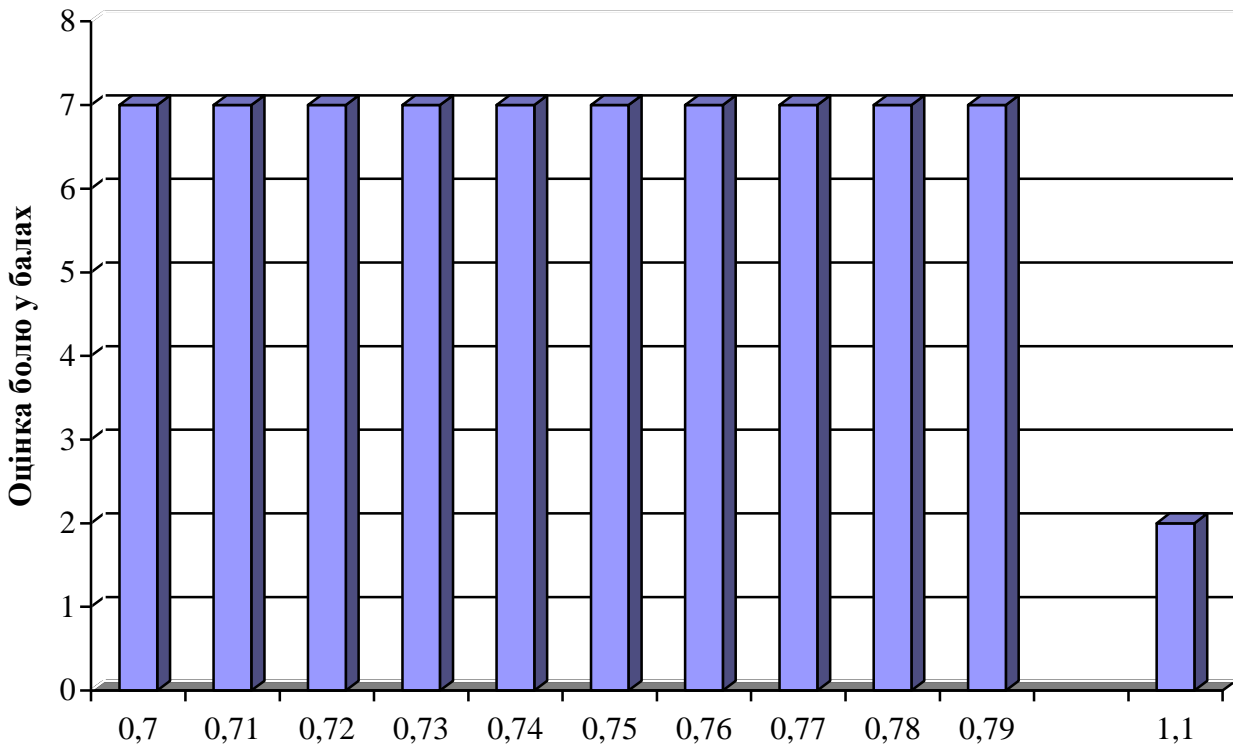


Рис. 3.11. Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю у хворих на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом у типологічних групах

Вісь абсцис: значення хронотипу

Вісь ординат: ступінь суб'єктивної виразності болю у хворих на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом

Хронотип осіб, які хворі на бронхіальну астму та рецидивуючий трахеобронхіт визначилась у діапазоні: $0,7 \leq X_T < 0,8$, що відповідає дуже екстравертованому типу спрямованості у типологічній групі „хронотипів”. Суб'єктивна виразність болю у цих хворих від 4 до 7 балів (гострий та нестерпний біль) (рис. 3.12). Місце локалізації болю – ділянка грудної клітини.

Наведемо індивідуальні дані хворих на хронічні психосоматичні захворювання органів дихання.

1.Хворий Р. ($X_T = 0,7$). Діагноз: бронхіальна астма.

Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

2.Хвора Ф. ($X_T = 0,8$). Діагноз: рецидивуючий трахеобронхіт.

Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.

3.Хворий Ш. ($X_T = 0,81$). Діагноз: бронхіальна астма.

Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

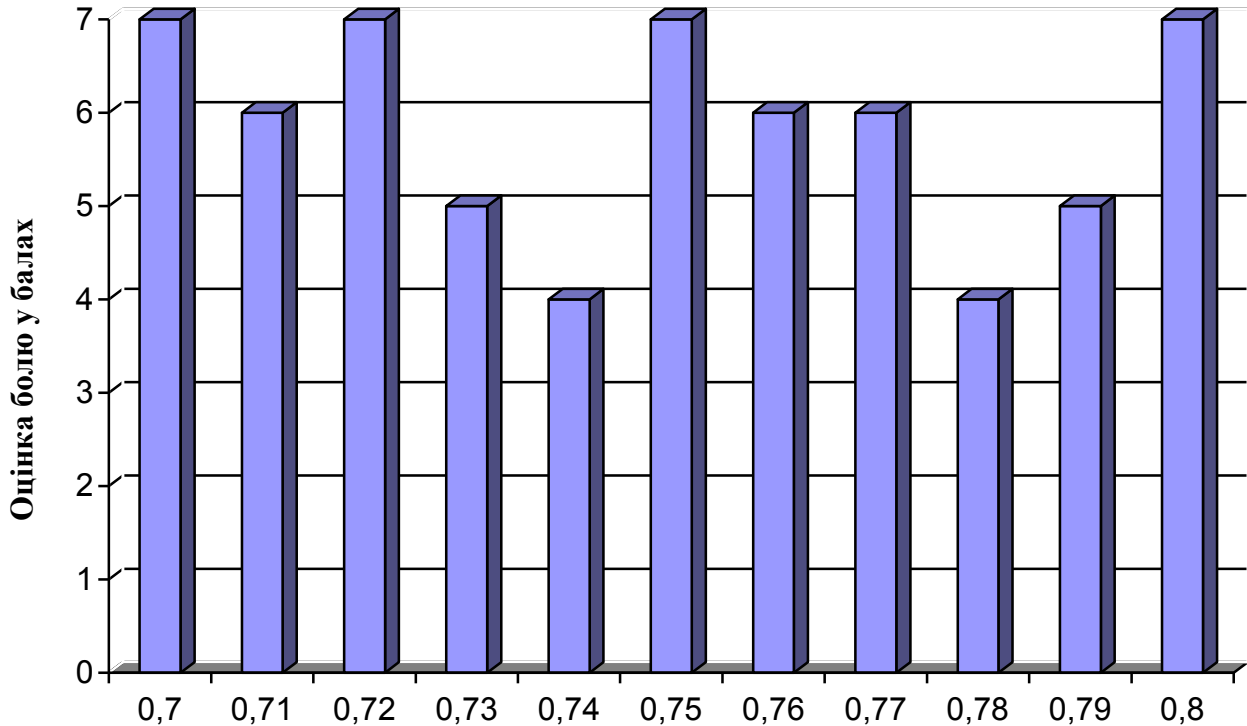


Рис. 3.12. Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю у осіб із хронічними захворюваннями органів дихання у типологічних групах

Вісь абсцис: значення хронотипу.

Вісь ординат: ступінь суб'єктивної виразності болю у хворих на захворювання органів дихання.

Оцінка суб'єктивної виразності болю у індивідів із хронічними захворюваннями органів дихання переконує нас, що ступінь суб'єктивної виразності болю узгоджується із значенням хронотипу.

Нами були обстежені 298 пацієнтів, які страждають на хронічні захворювання нирок та сечовивідних шляхів у період загострення. Із них: 144 пацієнти із хронічним гломерулонефритом, 22 - пацієнти із хронічним циститом, 72 - пацієнти із дизметаболічними нефропатіями.

Усі обстежені хворі по „хронотипу” розподілились у групі з діапазоном: $0,86 \leq X_T \leq 0,94$, що відповідає локалізації хвороби нирок у типологічних групах спектру „хронотипів” [414,с.94]. Суб'єктивна

виразність болю пацієнти даної групи оцінюють від 4 до 5 балів (тупий, помірний, гострий та нестерпний біль) із локалізацією у поперековій ділянці та іррадіацією у абдомінальну ділянку тіла. Цей діапазон хронотипу враховує амбівертний тип спрямованості (рис.3.13).

Наведемо індивідуальні дані хворих на хронічні захворювання нирок та сечовивідних шляхів.

1. Хворий Ф. ($X_T = 0,86$). Діагноз: хронічний пієлонефрит.

Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.

2. Хвора Л. ($X_T = 0,89$). Діагноз: хронічний гломерулонефрит.

Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Оцінка ступеня виразності болю у хворих, які страждають на психосоматичні захворювання нирок та сечовивідних шляхів показує, що цей показник болю узгоджується із значенням хронотипу у спектрі „хронотипів”.

Серед захворювань шлунково-кишкового тракту було обстежено у різні періоди хвороби: 139 пацієнтів - із хронічним гастритом, 92 пацієнти – із виразковою хворобою, 112 хворих на хронічний холецистит, 111 хворих на хронічний панкреатит, 69 хворих на дискинезію жовчовивідних шляхів.

Ступінь суб'єктивної виразності болю в діапазоні від $0,7 \leq X_T < 0,8$ - від 4 до 7 балів (гострий та нестерпний біль). Ступінь суб'єктивної виразності болю в діапазоні: $1 \leq X_T \leq 1,1$ - від 1 до 3 балів (слабкий, тупий, помірний біль) (рис.3.14).

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих на хронічні захворювання органів травлення.

1. Хворий Л. ($X_T = 0,7$). Діагноз: хронічний гастрит.

Суб'єктивна виразність болю: 4 бали – гострий.

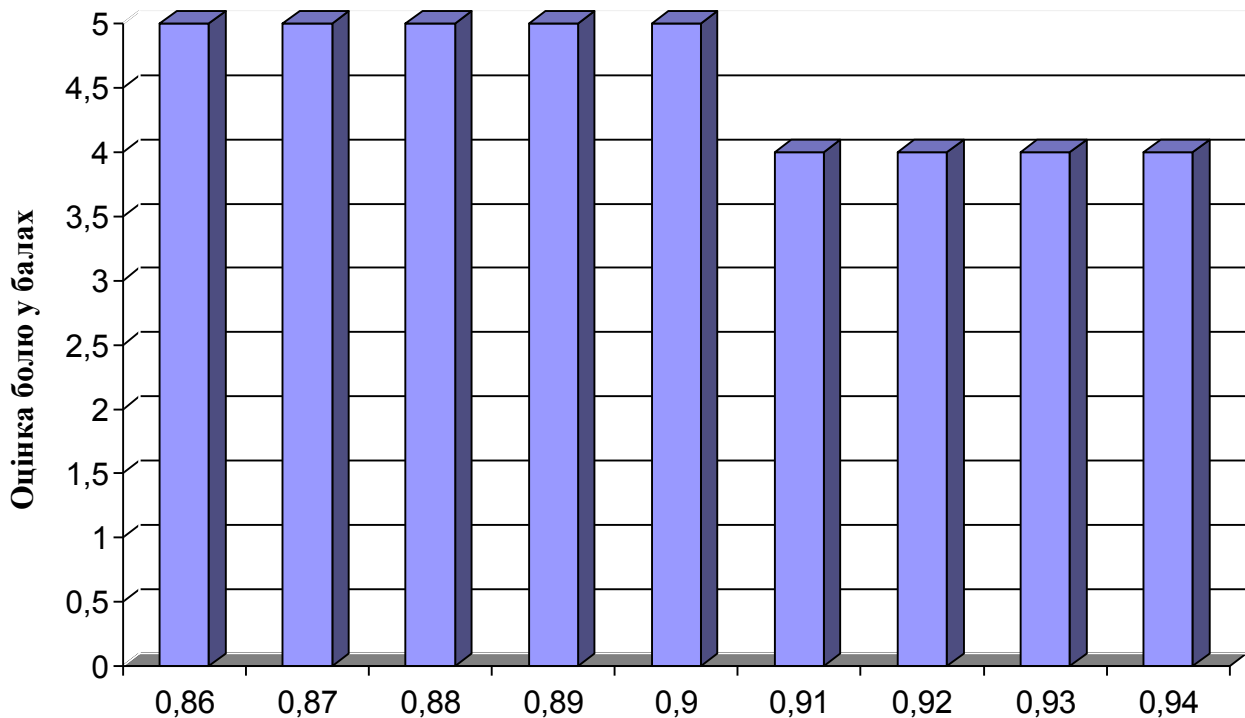


Рис. 3.13. Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю у хворих на хронічні нефроурологічні захворювання у типологічних групах

Вісь абсцис: значення хронотипу.

Вісь ординат: ступінь суб'єктивної виразності болю у хворих на нефроурологічні захворювання.

2. Хвора К. ($X_T = 0,72$). Діагноз: виразкова хвороба шлунка.
Суб'єктивна виразність болю: 5 балів – гострий.
3. Хворий Р. ($X_T = 0,73$). Діагноз: виразкова хвороба шлунка.
Суб'єктивна виразність болю: 5 балів – гострий.
4. Хвора М. ($X_T = 0,74$). Діагноз: хронічний гастрит.
Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.
5. Хворий П. ($X_T = 0,76$). Діагноз: виразкова хвороба шлунка.
Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

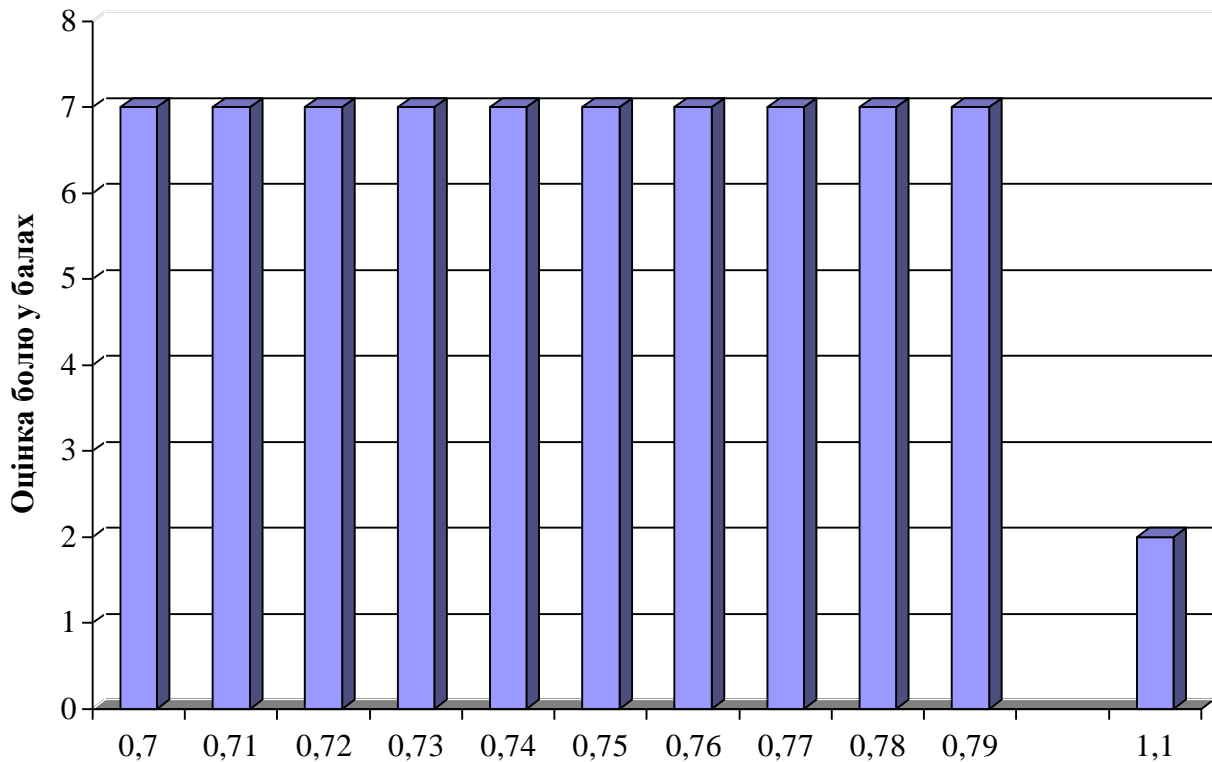


Рис. 3.14. Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю у хворих на хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту у типологічних групах

Вісь абсцис: значення хронотипу.

Вісь ординат: ступінь суб'єктивної виразності болю у хворих на захворювання шлунково-кишкового тракту.

Підводячи підсумки на основі результатів дослідження, можна стверджувати, що ступінь суб'єктивної виразності болю при розладах типу «психосоматичні захворювання» узгоджується із хронотипом індивіда у типологічній групі спрямованості, тобто має чітку типологічну локалізацію.

Висновки до розділу 3

1. Проводячи систематичне визначення хронотипу хворих віком від 27 до 60 років, які страждають на психосоматичні захворювання органів дихання, серцево-судинної системи, травлення, виділення, ми

підтвердили припущення, що домінуюча хвороба локалізується у межах своєї типологічної групи.

2. Результати дослідження переконують: ІХС локалізується у межах переважно двох типологічних груп індивідів, для яких вона є «переважаючою», та за межі цих груп практично не виходить. Сама хвороба окреслила межі двох груп «чистими» екстравертами та «чистими» інтровертами, які перенесли інфаркт міокарда. Між індивідами цих груп є ряд суттєвих якісних відмінностей у перебігу клінічної форми хвороби. Так, у індивідів помірно екстравертованої групи переважає ІХС з інфарктом міокарда здебільшого трансмуральної та крупновогнищевої форми. Повторний інфаркт загрожує життю людини. Процес відновлення у цих хворих протікає повільно. У індивідів помірно інтровертованої групи, навпаки, плин хвороби має переважно прояви стенокардії, а інфаркт міокарда зустрічається у дрібновогнищевій формі. Такі хворі можуть перенести два – три та більше інфарктів, але процес їх відновлення відбувається значно швидше.

3. Артеріальна есенціальна гіпертензія узгоджується із гіпертонічною тенденцією у здорових індивідів за локалізацією у спектрі «хронотипу». Було виявлено суттєву відмінність психологічного характеру хворих на артеріальну есенціальну гіпертензію помірно екстравертованої групи від інтровертованої, яка проявляється в ознаках «синдрому коронарної поведінки». Методом клінічної бесіди у кожного хворого на АЕГ було виділено ознаки синдрому (конкурентність, потяг до досягнень, приховану агресію, поспішливість, нетерплячість, тривожність, постійне відчуття цейтноту, відповідальність, поспішлива мова, напруженість м'язів обличчя та рук). Статистична обробка даних показала, що ступінь виразності ознак синдрому однакова протягом усього діапазону «хронотипів» помірно екстравертованої та помірно інтровертованої груп хворих на АЕГ. Однак до однієї із них – «постійне відчуття цейтноту» - в обох групах спостерігалось

полярне відношення. Переважна більшість хворих помірно екстравертованої групи скаржилась на постійну гостроту дефіциту часу у житті. В помірно інтровертованій групі, навпаки, практично більшість хворих стверджує, що не відчують дефіциту часу. Протилежне відношення до часу у хворих на АЕГ помірно екстравертованої групи («поспішаючі» суб'єкти) та помірно інтровертованої групи («точні» суб'єкти) пов'язані з величиною індивідуального «хронотипу».

4. Досліджуючи одну із «переважаючих» форм порушення роботи серця, ми переконуємось, що функціональне порушення ритму серця локалізується переважно у межах своїх типологічних груп, а саме: розлади ритму з тахікардією переважають у помірно екстравертованому спектрі «хронотипів», а розлади ритму з брадикардією переважають у помірно інтровертованому спектрі «хронотипів».

Водночас, за даними спостережень, хворі з функціональними порушеннями ритму серця, в залежності від формовияву, відрізняються специфічними проявами поведінки. Так, індивіди, у яких функціональні порушення ритму супроводжуються тахікардіями, у поведінці наполегливі, схильні брати на себе відповідальність за власні дії, контролювати події. Вони мало прислухаються до думок інших, зокрема, лікарів, що виявляється в негативізмі. Водночас, більшість таких пацієнтів не сприймає своє захворювання як психогенне, наполегливо шукає допомоги у лікарів (скажімо, хворий кілька разів приходив до лікарні і вимагав, щоб його почали лікувати), проте під кінець лікування типовою є позиція, що їм нічого не допомогло і вони навіть стали почувати себе гірше.

Хворі, у яких функціональні порушення ритму супроводжуються брадикардіями, відрізняються вразливістю, тривожністю, хоча й намагаються її «придушити», «побороти» у собі, що підтверджує існування саме дисфункціональних думок у таких пацієнтів. До того ж, очікування сумних подій у майбутньому, їх у край песимістичні інтерпретації, негативна думка про себе у стресових ситуаціях породжують тривогу, зневіру в

позитивне розв'язання життєвих проблем, недовіру до оточуючих. А з іншого боку, присутні контролюючі судження типу «потрібно», «треба» та «слід», що свідчить про велику кількість яскраво виражених соціальних стереотипів.

Отже, у хворих з функціональними порушеннями ритму серця існує конфлікт між бажанням бути соціально «правильними» і прийнятими навколишніми, з одного боку, і недовірою до світу та інших людей – з іншого. Це вказує на психогенний характер функціональних порушень ритму серця.

Якщо порівняти відношення до часу індивідів із різними формами прояву аритмій, то з'ясується, що суб'єкти з відносною тахікардією мають тенденцію до переоцінки та недовідмірювання запропонованих проміжків часу. Суб'єкти з відносною брадикардією недооцінюють та перевідмірюють проміжки часу. Для порівняння відзначимо, що суб'єкти з нормокардією (без порушень ритму) дають приблизно однакове число відхилень як в сторону перевідмірювання та недооцінки, так і в сторону недовідмірювання та переоцінки інтервалів.

5. Хронотип обстежених хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки знаходиться переважно у діапазоні $1,0\text{с} < \tau \leq 1,1\text{с}$, що відповідає групі індивідів, у яких домінують хвороби шлунку типологічного масиву одного з п'яти сегментів спектру «спрямованості на час».

Індивіди з хронотипом (X_{τ}) у діапазоні від 1,0 до 1,1, які страждають на хронічні хвороби шлунку, вирізняються вираженою інтроверсією та стабільністю, високим рівнем збудження і гальмування, що врівноважують один одного, а рухливість у них вдвічі нижча, ніж у «хронотипів» інших індивідів. Ось чому вони спокійні, продуктивно працюють у знайомій ситуації, а типологічно віднести їх можна до «суто інтровертів».

6. Спостерігається узгодження між «хронотипом» та клінічним проявом хронічного захворювання печінки та жовчного міхура на контингенті пацієнтів, хронотип яких знаходиться у діапазоні від 0,7 до 0,8.

Результати проведеного нами дослідження показали, що хронотип хворих, які страждають на хронічний холецистит, знаходиться у діапазоні $0,7 \leq X_T \leq 0,72$, панкреатит – $0,73 \leq X_T \leq 0,75$ та дискинезії жовчовивідних шляхів - $0,7 \leq X_T < 0,8$, що відповідає групі індивідів, у яких «переважають» хвороби печінки та жовчного міхура.

Такі індивіди характеризуються високою екстраверсією, стабільністю, а збудження у них в 2 рази переважає над гальмуванням. До того ж вони цілеспрямовані та агресивні у поведінці. Індивіди з таким «хронотипом» наближаються до категорії «суто екстравертованих».

7. Хронічні закрепи мають місце переважно в анкіозних та депресивних, зовнішньо спокійних, а внутрішньо напружених, некомпанійських та невпевнених у собі пацієнтів.

Результати проведеного нами дослідження дають можливість пересвідчитись, що хронотип у пацієнтів, які страждають на хронічні закрепи, переважно (53%) знаходиться у діапазоні $0,94 < X_T \leq 1,0$, що відповідає групі індивідів, у яких «переважають» хвороби безпосередньо кишечника.

8. Особистість, яка страждає на емоційну діарею, характеризується страхом перед авторитарними фігурами та відчуттям безпорадної залежності. У сфері особистості домінують бажання визнання власної значущості та можливостей у сукупності з латентною свідомістю надмірності вимог та своєї слабкості.

Для суб'єктів із соматичними порушеннями кишкового тракту характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками екстраверсія – інтроверсія й нейротизм – стабільність домінує серединний або амбівертний тип спрямованості із помірно екстравертними проявами.

Таким чином, враховуючи психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда, схильного до захворювань шлунково-кишкового тракту, є можливість спрогнозувати місце його найменшого опору, зокрема, такі хвороби шлунку, як гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, холецистити, панкреатити, дискинезії жовчовивідних шляхів, закрепи, емоційні діареї.

9. Обстеження хворих на нефроурологічні захворювання підтверджує припущення, що сечова система є місцем найменшого опору у людей із хронотипом у діапазоні: $0,86 \leq X_T \leq 0,94$, куди відносяться індивіди із «суто» амбівертним типом спрямованості, а також із помірно екстравертними та помірно інтровертними проявами. Застосування цього методу психодіагностики хронотипу індивіда надасть можливість спрогнозувати «місце найменшого опору» індивідів, які схильні до нефроурологічних порушень в організмі.

У результаті проведеного обстеження уточнено поняття амбівертного типу спрямованості. Амбівертний тип спрямованості – це своєрідна умовна критична точка, через яку проходить межа між двома типами спрямованості: помірно екстравертним і помірно інтровертним.

При незначній тенденції відхилення типу спрямованості показників екстравертності або інтровертності, в людини будуть проявлятися ті або інші свої специфічні індивідуально-психологічні особливості.

Отже, для суб'єктів із соматичними порушеннями нефроурологічного профілю характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками «екстраверсія-інтроверсія» й «нейротизм-стабільність» домінує серединний або амбівертний тип спрямованості. Також встановлено, що серед зазначених суб'єктів існує кількісна перевага індивідів інтровертованоспрямованих типів темпераменту над екстравертованими. Аналіз показників хронотипу, який також відноситься до властивостей нервової системи, засвідчив, що більшість обстежуваних належить до амбівертного типу спрямованості (від

0,86 до 0,94). Хронотип з параметрами 0,9 – це критична точка, що поділяє два типи спрямованості особистості на час – помірно екстравертований і помірно інтровертований типи, і вона належить амбівертному типу спрямованості. Часова характеристика суб'єкта амбівертного типу спрямованості представлена тим, що він поспішає, але часу йому вистачає, тобто він живе сьогоднішнім, поведінка характеризується "обережністю без страху". У цілому дані дослідження дозволили встановити систему взаємозв'язку і взаємозалежності, що прямо залежить від психолого-фізіологічних, психологічних, індивідуально-типологічних особливостей організму суб'єкта, зокрема, тенденції спрямованості типу темпераменту (баланс процесів збудження-гальмування), а також часових параметрів (часових характеристик суб'єкта, фактора часу, хронотипу) при соматичних порушеннях.

10. У ході дослідження з позиції реляційної концепції часу нам вдалося виділити зону найменшого опору у індивідів, які страждають на неврастенічні розлади. Це вказує на їх належність до типологічної групи. Так, неврастенії є місцем найменшого опору у помірно інтровертованих. Отже, давно відомо, що помірний інтроверт - це людина зі слабкою нервовою системою, що має підвищену чутливість навіть до слабких подразників. У нього виражена інтроверсія і високий нейротизм, а гальмування в два рази перевищує збудження. Сильний стрес у помірного інтроверта може спровокувати невротичний розлад.

Істеричний невроз локалізується у межах дуже екстравертованої групи. Дійсно, «чисто» екстраверт – це людина, яка має неврівноважену нервову систему, у якій збудження переважає над гальмуванням, явно виражена екстраверсія.

Цілком можна пояснити, чому в зоні локалізації неврозів нав'язливих станів виявилися представники дуже інтровертованої групи. У інтроверта нервова система стабільна, інертна, збудження і гальмування врівноважують

одне одного, явно виражена інтроверсія, а настрої зазвичай рівний. Але саме "чистий" інтроверт у цю зону не потрапляє. До неї належать індивіди з X_T від 1,01 до 1,03. Це вже не помірні інтроверти, але ще не «чисті» інтроверти, а отже, їхню нервову систему сильною назвати не можна. Така диференціація неврастенічних розладів необхідна і в медицині, й у психології тому, що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть виникнути неврастенічні розлади.

11. Хворі на ВСД за гіпертонічним типом мають переважно хронотип в тих зонах, у яких у здорових „хронотипів” має місце гіпертонічна хвороба. Самі хворі пацієнти із ВСД чітко визначили дві межі ($X_T = 0,8$ та $X_T = 1,0$), у спектрі „хронотипів”, в яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної. Вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом визначила межі обох груп «суто» помірними екстравертами та «суто» помірними інтровертами. Тому пацієнти, у яких однакова форма «переважаючої» хвороби, мають відмінності у психологічному характері. Методом клінічної бесіди виявлено, що одна група хворих скаржиться на постійний дефіцит часу при виконанні будь-якої роботи. Це саме індивіди з хронотипом в діапазоні: $0,8 \leq X_T \leq 0,86$, тобто це помірно екстравертована група індивідів. Інша група хворих із хронотипом в діапазоні: $0,94 \leq X_T \leq 1,0$ не відчуває дефіциту часу при виконанні справ, тобто це помірно інтровертована група хворих. Це ще раз підтверджує відповідність типологічних груп та домінуючих хвороб у спектрі хронотипів на контингенті хворих на вегето-судинні дистонії.

12. Ступінь суб'єктивної виразності болю при розладах типу «психосоматичні захворювання» узгоджується із хронотипом індивіда у типологічній групі спектру „спрямованості на час”, тобто має чітку типологічну локалізацію.

Належність індивіда до типологічної групи, яка визначає «місце найменшого опору», не означає приреченості захворіти саме цією

хворобою. Вона тільки вказує, що в організмі цього індивіда є система, в якій у певний період життя може розпочатись розвиток хвороби. Такий період життя має назву періоду ризику і саме в цей час необхідно посилити профілактику захворювання.

Розділ 4

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ХРОНОТИП ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОНТОГЕНЕТИЧНІЙ РОЗГОРТЦІ

Відповідно до даних наукової літератури [394; 425; 435], 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 [421]. Виділені багатодобові, багатомісячні та багатолітні цикли [415; 418; 420]. 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*. Сьогодні ми з упевненістю говоримо про те, що в масштабі С-періодів відбувається віковий розвиток психіки, коливання успішності діяльності, загострення хронічних неінфекційних захворювань, а також психосоматичні кризи особистості [311].

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 [314]. 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 С-періоду [416, с.134-166]. А саме, співвідношення тривалості періодів біфуркації та періодичності загострення психосоматичного захворювання.

На достатньо чітку вікову повторюваність при межових нервово-психічних розладах вказував ще О.Кербіков [158, с.134-140]. У дослідженнях Б.Цуканова [420] 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 порівняти періодизацію онтогенетичного розвитку людини та періоди загострення психосоматичних захворювань.

Загалом, багато дослідників наводять вікову періодизацію онтогенетичного розвитку людини та виділяє 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 [172, с.123]; J.Birren [456] - у віковій психології; R.Brun [459, с.263-268] - у психології людського віку. Б.Ананьєв вказує, що ці цикли та фази розвитку „є характеристики часові ” [20, с.186] і вони не можуть бути незалежними від ходу центральних годин індивіда. Враховуючи безперервність ходу центральних годин, Б.Цуканов [417] висунув припущення, що передаточне число 1:4 зберігається у індивідів, які знаходяться в діапазоні $0,8с \leq \tau \leq 1,0с$ при переживанні ними багатодобових, багатомісячних та багаторічних циклів. Спираючись на ряд досліджень [394; 437; 459], 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 [430] та П.Фресс [394]. В дослідженнях Б.Цуканова [415, 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 [456, с.96-98].

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

Цей період був названий Б.Цукановим [420, 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 загально соматичного, статевого та нервово-психічного дозрівання” [418, 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 [20, 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 $\frac{1}{4} C$ [416]. 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 [456, с.110].

4.1. Хронопсихологічний прогноз перебігу кардіологічних захворювань

У наших попередніх дослідженнях було доведено, що в межах $0,8 \leq X_t \leq 1,0$ здебільшого локалізуються дві групи індивідів, у яких переважають

серцево-судинні 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» [9; 13; 219], то ми статистично обробили вікові дані хворих на серцево-судинні захворювання.

Для пояснення гетерохронності періодичності захворювань у людей, які страждають на хронічні захворювання серцево-судинної 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.

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

За законом переживання власного часу суб'єктом [416, с.153], великий біологічний цикл індивіда визначається за формулою:

$$C = 8,5X_T \text{ (років)}$$

де X_T – індивідуальний хронотип. 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. Експериментальна вибірка склала 3304 хворих віком від 17 до 60 років, які страждають на кардіологічні розлади. Із них: 1240 хворих на ішемічну хворобу серця зі стенокардією та інфарктом міокарда; 1014 – на артеріальну есенціальну гіпертензію та 1050 – на функціональні аритмії.

Дані результатів дослідження хворих на ішемічну хворобу серця, у яких хронотип знаходився у діапазонах: $0,8 \leq X_T \leq 0,82$ та $0,95 \leq X_T \leq 1,0$, підлягли статистичній обробці вікових даних. Для кожної групи розраховувався середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання у значенні великого біологічного циклу та переведений у роки. Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених хворих на ішемічну хворобу серця у період загострення захворювання зведені у таблицю 4.1.

Отримані дані свідчать, що вірогідно відрізняються періоди загострення хвороби у чоловіків та жінок даного «хронотипу». Так середній вік прояву *ішемічної хвороби серця* (гіпертонічний криз, стенокардія, інфаркт міокарда) у чоловіків, які знаходяться у межах $0,8 \leq X_T \leq 0,82$, дорівнює $41 \pm 6,9$ року. У чоловіків, які потрапляють у межі $0,83 \leq X_T \leq 0,85$, середній вік дорівнює 54 ± 5 років.

Середній вік початку захворювання у жінок, які знаходяться у межах $0,8 \leq X_T \leq 0,83$, дорівнює 44 ± 10 років. А у жінок, хронотип яких знаходиться у межах $0,83 \leq X_T \leq 0,85$, дорівнює 56 ± 7 років.

У чоловіків із хронотипом у межах $0,95 \leq X_T \leq 1,0$ вік початку захворювань складає 49 ± 10 років, а у жінок цієї групи - 55 ± 4 роки.

Розрахунковий та статистичний вік зведений до таблиці 4.1. Порівняння розрахункового та статистичного віку показує, що у «середньогрупових хворих» порушення серця починаються у віці, який визначається через ціле або дробове число С-періодів, а початок хвороб співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті.

Таблиця 4.1

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення
ішемічної хвороби серця

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
			5С	6С	7С			
Чоловіки (180інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	5С	6С	7С	34,1-41-47,9	1,3	0,001
			34,5	41,4	48,3			
Жінки (192інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	5С	6½С	7¾С	34-44-54	1,1	
			34,5	44,8	53,5			
Чоловіки (203інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	7С	7¾С	8½С	49-54-59	1,6	
			49	54,3	59,6			
Жінки (174інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	7С	8С	9¼С	49-56-64	1,3	
			49	56	64,7			
Чоловіки (154інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	4¾С	6С	7¼С	39-49-59	1,2	
			38,9	49,2	59,4			
Жінки (337інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	6С	6½С	7С	51-55-59	1,1	
			51	55,2	59,5			

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи індивідів, які страждають на ішемічну хворобу серця. У них спостерігається „С-періодичність” прояву захворювання.

Хворий Д. ($X_T = 0,8$ С = 6,8 р.). Дата народження: 15.03.1961 р.

Перше загострення ІХС: 15.03.1995 р. - у віці 34 років.

Друге загострення: 30.04.2001 р. - у віці 40 років 1 місяця 15 днів.

Третє загострення: 15.09.2003 р. - у віці 47 років 6 місяців.

Розрахунковий вік першого загострення: 5С.

Розрахунковий вік другого загострення: 6С.

Розрахунковий вік третього загострення: 7С.

Періодичність загострення: С.

Хвора К. ($X_T = 0,81$ С = 6,9 р.). Дата народження: 2.01.1956 р.

Перше загострення міокардиту: 2.09.2000 р. - у віці 44 років 8 місяців.

Друге: 2.07.2009 р. - у віці 53 років 6 місяців.

Розрахунковий вік першого загострення: 6½ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 7¾С.

Періодичність загострення: $1\frac{1}{2} C$.

Хворий Л. ($X_T = 0,82$ $C = 6,97$ р.). Дата народження: 6.01.1966 р.

Перше загострення: 7.06.2000 р. - у віці 34 років 6 місяців 1 дня.

Друге загострення: 12.05.2007 р. - у віці 41 року 4 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 5С.

Розрахунковий вік другого загострення: 6С.

Періодичність загострення: С.

Середній вік прояву *артеріальної есенціальної гіпертензії* у чоловіків, які знаходяться у межах $0,8 \leq X_T \leq 0,82$, дорівнює $32 \pm 5,2$ року. У чоловіків, які попадають у межі $0,83 \leq X_T \leq 0,85$, середній вік дорівнює $38 \pm 3,5$ року. Середній вік початку захворювання у жінок, які знаходяться у межах $0,8 \leq X_T \leq 0,83$ вірогідно відрізняється від чоловіків та дорівнює $31 \pm 3,5$ року. А у жінок, хронотип яких знаходиться у межах $0,83 \leq X_T \leq 0,85$, дорівнює 50 ± 14 років. У чоловіків із хронотипом у межах $0,95 \leq X_T \leq 1,0$ вік початку захворювань складає 49 ± 2 роки, а у жінок цієї групи - 55 ± 2 роки.

Розрахунковий та статистичний вік зведений до таблиці 4.2. Порівняння розрахункового та статистичного віку показує, що у «середньогрупових хворих» артеріальна есенціальна гіпертензія починаються у віці, який визначається через ціле або дробове число прожитих великих біологічних циклів, а початок хвороб співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи індивідів, які страждають на артеріальну есенціальну гіпертензію. У них спостерігається „С-періодичність” прояву захворювання.

Хворий Д. ($X_T = 0,81$ $C = 6,9$ р.). Дата народження: 15.03.1971 р.

Перше загострення АЕГ - 18.09.1998 р. у віці 27 років 6 місяців 3 днів.

Друге загострення - 5.12.2003 р. у віці 32 років 8 місяців 2 днів.

Третє загострення - 18.03.2009 р. - у віці 38 років 3 днів.

Таблиця 4.2

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення
артеріальної есенціальної гіпертензії

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
Чоловіки (124інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	4С	$4\frac{3}{4}С$	$5\frac{1}{2}С$	27-32-38	1,4	0,001
			27,6	32,8	38			
Жінки (176інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	4С	$4\frac{1}{2}С$	5С	27-31-34	1,2	
			27,6	31	34,5			
Чоловіки (213інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	5С	$5\frac{1}{2}С$	6С	35-38-42	1,6	
			35	38,5	42			
Жінки (194інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	$5\frac{1}{4}С$	$7\frac{1}{4}С$	$9\frac{1}{4}С$	36-50-64	1,3	
			36,8	50,8	64,8			
Чоловіки (174інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	$5\frac{3}{4}С$	6С	$6\frac{1}{4}С$	47-49-51	1,2	
			47,2	49,2	51,3			
Жінки (133інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	6С	$6\frac{1}{2}С$	7С	51-55-59	1,1	
			51	55,2	59,5			

Розрахунковий вік першого загострення: 4С.

Розрахунковий вік другого загострення: $4\frac{3}{4}С$.

Розрахунковий вік третього загострення: $5\frac{1}{2}С$.

Періодичність загострення: $\frac{3}{4}С$.

Хвора К. ($X_T = 0,81$ С = 6,9 р.). Дата народження: 2.01.1976 р.

Перше загострення АЕГ - 2.08.2003 р. у віці 27 років 7 місяців.

Друге - 5.01.2007 р. у віці 31 року 3 дні.

Розрахунковий вік першого загострення: 4 С.

Розрахунковий вік другого загострення: $4\frac{1}{2}С$.

Періодичність загострення: $\frac{1}{2}С$.

Хворий Л. ($X_T = 0,84$ С = 7 р.). Дата народження: 6.01.1972 р.

Перше загострення - 7.06.2000 р. у віці 35 років 1 дня.

Друге загострення - 6.07.2010 р. у віці 38 років 6 місяців.

Розрахунковий вік першого загострення: 5С.

Розрахунковий вік другого загострення: $5\frac{1}{2}С$.

Періодичність загострення: $\frac{1}{2}С$.

Середній вік прояву *функціональної аритмії з тахікардіями* у чоловіків, які знаходяться у межах $0,8 \leq X_T \leq 0,82$, дорівнює $29 \pm 8,6$ року. У чоловіків, які попадають у межі $0,83 \leq X_T \leq 0,85$, середній вік дорівнює $38 \pm 3,5$ року. Середній вік початку захворювання у жінок, які знаходяться у межах $0,8 \leq X_T \leq 0,83$, дорівнює $34 \pm 6,9$ року. А у жінок, хронотип яких знаходиться у межах $0,83 \leq X_T \leq 0,85$, дорівнює $40 \pm 5,3$ року.

Середній вік прояву *функціональної аритмії з брадикардіями* у чоловіків та жінок вірогідно відрізняється. Так у чоловіків із хронотипом у межах $0,95 \leq X_T \leq 1,0$, вік початку захворювань складає 49 ± 2 роки, а у жінок цієї групи - 55 ± 2 роки.

Розрахунковий та статистичний вік зведений до таблиці 4.3. Порівняння розрахункового та статистичного віку показує, що у «середньогрупових хворих» функціональна аритмія, незалежно від форми прояву, починається у віці, який визначається через ціле або дробове число прожитих великих біологічних циклів, а початок хвороб співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті.

Таблиця 4.3

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення
функціональної аритмії

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
Чоловіки (103інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	3С	$4\frac{1}{4}С$	$5\frac{1}{2}С$	20-29-37	1,4	0,001
			20,7	29,3	37,9			
Жінки (154інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	4С	5С	6С	27-34-41	1,2	
			27,6	34,5	41,4			
Чоловіки (267інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	5С	$5\frac{1}{2}С$	6С	35-38-42	1,7	
			35	38,5	42			
Жінки (196інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	5С	$5\frac{3}{4}С$	$6\frac{1}{2}С$	35-40-46	1,3	
			35	40,3	46,5			
Чоловіки (204інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	$5\frac{3}{4}С$	6С	$6\frac{1}{4}С$	47-49-51	1,4	
			47,2	49,2	51,3			
Жінки (126інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	6С	$6\frac{1}{2}С$	7С	51-55-59	1,2	
			51	55,2	59,5			

Подамо індивідуальні дані деяких хворих із групи індивідів, які страждають на функціональну аритмію. У них спостерігається „С-періодичність” прояву захворювання.

Хворий Д. ($X_T = 0,8$ $C = 6,89$ р.). Дата народження: 15.03.1973 р.

Перше загострення - 18.10.1993 р. у віці 20 років 7 місяців 3 днів.

Друге загострення - 17.06.2002 р. у віці 29 років 3 місяців 2 днів.

Третє загострення - 18.12.2010 р. у віці 37 років 9 місяців 3 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 3С.

Розрахунковий вік другого загострення: $4\frac{1}{4}$ С.

Розрахунковий вік третього загострення: $5\frac{1}{2}$ С.

Періодичність загострення: $1\frac{1}{4}$ С.

Хвора К. ($X_T = 0,8$ $C = 6,89$ р.). Дата народження: 2.01.1967 р.

Перше загострення ФА - 2.07.2001 р. у віці 34 років 6 місяців.

Друге - 5.05.2008 р. у віці 41 року 4 місяців 3 дні.

Розрахунковий вік першого загострення: 5 С.

Розрахунковий вік другого загострення: 6 С.

Періодичність загострення: С.

Хворий Л. ($X_T = 0,83$ $C = 7$ р.). Дата народження: 6.01.1972 р.

Перше загострення - 7.06.2000 р. у віці 35 років 1 дня.

Друге загострення - 6.07.2010 р. у віці 38 років 6 місяців.

Розрахунковий вік першого загострення: 5С.

Розрахунковий вік другого загострення: $5\frac{1}{2}$ С.

Періодичність загострення: $\frac{1}{2}$ С.

4.2.Хронопсихологічний прогноз перебігу пульмонологічних захворювань

Було обстежено 940 пацієнтів із захворюваннями органів дихання. Із них: на бронхіальну астму страждало 730 хворих, рецидивуючий трахеобронхіт - 210 хворих.

Статистичній обробці підліг вік хворих на *бронхіальну астму*, у яких хронотип знаходиться у діапазоні: $0,7 \leq X_T \leq 0,79$.

У даних груп хворих (92% від загальної кількості із експериментальної вибірки) спостерігається „С-періодичність” загострення захворювання, що співпадає з $\frac{1}{2}C$, $\frac{3}{4}C$, C , $1\frac{1}{4}C$, $1\frac{1}{2}C$. Розрахункові та статистичні роки обстежених індивідів, що мають хвороби органів дихання у період загострення, зведені до таблиці 4.4.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи індивідів, які страждають на хронічні пульмонологічні розлади. У них спостерігається „С – періодичність” прояву захворювання.

Таблиця 4.4

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення
бронхіальної астми

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
Чоловіки (122інд.)	$0,7 \leq X_T \leq 0,72$	6,0	5С	7С	9С	30-42-72	1,7	0,001
			30	42	72			
Жінки (124інд.)	$0,7 \leq X_T \leq 0,72$	6,0	5С	$6\frac{1}{2}C$	8С	30-39-48	1,3	
			30	39	48			
Чоловіки (120інд.)	$0,73 \leq X_T \leq 0,75$	6,29	7С	$7\frac{3}{4}C$	$8\frac{1}{2}C$	44-46-53	1,2	
			44	46,7	53,5			
Жінки (126інд.)	$0,73 \leq X_T \leq 0,75$	6,29	$7\frac{1}{4}C$	8С	$9\frac{3}{4}C$	45-50-61	1,1	
			45,6	50	61,3			
Чоловіки (128інд.)	$0,76 \leq X_T \leq 0,79$	6,64	$4\frac{3}{4}C$	6С	$7\frac{1}{4}C$	31-39-48	1,6	
			31,5	39,8	48,1			
Жінки (100інд.)	$0,76 \leq X_T \leq 0,79$	6,64	6С	$6\frac{1}{2}C$	7С	39-43-46	1,3	
			39,8	43,12	46,5			

Хворий Ц. ($X_T = 0,71$ С = 6,0 років). Дата народження: 15.09.1947 р.

Потрапив у терапевтичне відділення лікарні у віці 42 років з діагнозом: бронхіальна астма, період загострення.

З анамнезу хвороби: перше загострення - у віці 30 років.

Розрахунковий вік другого загострення: 7С.

Розрахунковий вік першого загострення: 5С.

Періодичність загострення: 2С.

Хворий Л. ($X_T = 0,73$ С = 6,2 р.). Дата народження: 7.05.1943 р. На диспансерному обліку в поліклініці з діагнозом: бронхіальна астма з 43 років 4 місяців.

Розрахунковий вік: 7С.

Друге загострення захворювання - 48 років 12 днів.

Розрахунковий вік: $7\frac{3}{4}$ С.

Третє загострення - 52 роки 7 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік: $8\frac{1}{2}$ С.

Періодичність загострення: $\frac{3}{4}$ С.

Хвора Т. ($X_T = 0,76$ С = 6,46 р.). Дата народження: 25.07.1967 р.

Потрапила у терапевтичне відділення з діагнозом: бронхіальна астма, період загострення - у віці 42 років 8 днів.

Розрахунковий вік: $6\frac{1}{2}$ С.

Перше загострення - 38 років 8 місяців 16 днів.

Розрахунковий вік: 6С.

Періодичність загострення: $\frac{1}{2}$ С.

Наступне загострення захворювання потрібно очікувати у віці 45 років 3 місяці 19 днів. До цього часу необхідно спланувати психопрофілактичні заходи щодо загострення захворювання та запобігти подальшому розвитку цієї хвороби.

Серед хворих, які страждають на *рецидивуючий трахеобронхіт*, було обстежено 210 пацієнтів. Хронотип цих індивідів визначилась у діапазоні: $0,79 \leq X_T \leq 0,86$, що вказує на певну локалізацію хронічної пневмонії у спектрі „хронотипів”.

Дані результатів дослідження підлягли статистичній обробці вікових даних хворих на хронічні захворювання органів дихання у значенні великого біологічного циклу та переведені у роки. У даних груп пацієнтів, які страждають на хронічні захворювання органів дихання, спостерігається „С-періодичність” їх загострення, що співпадає з $5\frac{1}{4}$ С, $7\frac{1}{2}$ С, $9\frac{3}{4}$ С. Розрахункові

та статистичні літа-роки обстежених пацієнтів, що мають хвороби органів дихання у період загострення, зведені до таблиці 4.5.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на хронічні пульмонологічні розлади у вигляді рецидивуючого трахеобронхіта. У них спостерігається „С – періодичність” прояву захворювання.

Хворий В. ($X_T = 0,8$ $C = 6,8$ р.). Дата народження: 2.01.1947 р.

На диспансерному обліку у поліклініці - з 34 років з діагнозом: хронічний трахеобронхіт.

Друге загострення - 47 років 7 місяців 6 днів.

Третє загострення - 62 роки 1 місяць 6 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 5С.

Розрахунковий вік другого загострення: 7С

Розрахунковий вік третього загострення: 9С.

Періодичність загострення: С – 2С.

Хвора Ц. ($X_T = 0,82$ $C = 0,82$ р.). Дата народження: 05.02.1955 р.

Таблиця 4.5

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення
рецидивуючого трахеобронхіту

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
			5С	7С	9С			
Чоловіки (35інд.)	$0,79 < X_T \leq 0,82$	6,9	5С	7С	9С	34-48-62	1,3	0,001
			34,5	48,3	62,1			
Жінки (32інд.)	$0,79 < X_T \leq 0,82$	6,9	5С	6½С	8С	34-48-55	1,1	
			34,5	48,4	55,2			
Чоловіки (31інд.)	$0,82 < X_T \leq 0,84$	7,0	7С	7¾С	8½С	49-55-59	1,2	
			49	55	59,5			
Жінки (34інд.)	$0,82 < X_T \leq 0,84$	7,0	7¼С	8С	9¾С	49-56-68	1,1	
			49	56	68,3			
Чоловіки (48інд.)	$0,84 < X_T \leq 0,86$	7,3	4¾С	6С	7¼С	35-44-53	1,6	
			34,7	43,8	53			
Жінки (30інд.)	$0,84 < X_T \leq 0,86$	7,3	6С	6½С	7С	43-47-51	1,3	
			43,8	47,5	51			

Потрапила у терапевтичне відділення лікарні у віці 55 років 2 місяці 12 днів з діагнозом: рецидивуючий трахеобронхіт.

З анамнезу хвороби: перше загострення - у віці 34 років 6 місяців.

Друге загострення - у віці 48 років 4 місяців 24 днів.

Розрахунковий вік третього загострення: 8 С.

Розрахунковий вік другого загострення: $6\frac{1}{2}$ С.

Розрахунковий вік першого загострення: 5 С.

Періодичність загострення: $\frac{1}{2}$ - $1\frac{1}{2}$ С.

Хворий Л. ($X_T = 0,83$ С = 7р.). Дата народження: 7.01.1951р. На диспансерному обліку в поліклініці з діагнозом: неінфекційний трахеобронхіт у віці 49 років.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{4}$ С.

Друге загострення захворювання - 49 років.

Розрахунковий вік: $7\frac{3}{4}$ С.

Третє загострення - 59 років 6 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік: $8\frac{1}{2}$ С.

Періодичність загострення: $\frac{1}{4}$ С.

4.3. Хронопсихологічний прогноз перебігу уронефрологічних захворювань

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 [136, с.48-53].

Важливо також підкреслити, що неухильно збільшується середній вік хворих, які знаходяться на гемодіалізі; при цьому приблизно $\frac{1}{3}$ 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 [136, с.57-61].

Усе це робить надзвичайно актуальним зосередження зусиль клініцистів та психологів на пошуку засобів та способів, використання яких дозволяє максимально збільшити час додіалізного періоду розвитку хронічного 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.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених хворих на хронічний гломерулонефрит у період загострення хвороби, зведені у таблицю 4.6.

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.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи людей, які страждають на хронічний гломерулонефрит. У них спостерігається „С-

періодичність” прояву захворювання.

Хворий Н. ($X_T = 0,86$ $C = 7,3р.$). Дата народження 3.01.1946 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 65 р. 8 міс. 12 днів з високим нирковим тиском, набряками на верхніх повіках, зміни в загальному аналізі сечі (протеїнурія, гематурія, циліндрурія). В аналізі крові: прискорена ШОЕ.

Розрахунковий вік: 9 С.

Із анамнезу хвороби:

Перше загострення захворювання - у віці 36 років 6 місяців.

Розрахунковий вік: 5 С.

Друге загострення захворювання - у віці 51 рік 1 місяць 6 днів.

Розрахунковий вік: 7 С.

Таблиця 4.6

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення
гломерулонефриту

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

Хвора Ч. ($X_T = 0,87$ $C = 7,4р.$) Дата народження: 1.12.1962 р. У віці 48 років 1 місяця 6 днів з'явилися набряки на верхніх повіках, біль у поперековій та абдомінальній ділянці. В загальному аналізі сечі: протеїнурія, макрогематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіпопротеїнемія, гіперліпідемія,

прискорена ШОЕ.

Розрахунковий вік: $6\frac{1}{2}$ С.

Із анамнезу хвороби:

Перше загострення захворювання у віці 29 років 7 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік: 4 С.

Періодичність загострення - $1\frac{1}{2}$ С.

Наступне загострення захворювання, якщо не вжити напередодні дієвих медичних та профілактичних заходів, передбачається у віці 59 років 2 місяців 12 днів.

Хворий А. ($X_T = 0,89$ с. $C = 7,6$ р.). Дата народження: 6.02.1952 р. У віці 58 років 10 місяців 24 днів хворий звернув увагу на зміни кольору сечі та скарги на біль в абдомінальній ділянці. В загальному аналізі сечі: протеїнурія, макрогематурія, циліндрурія. В аналізі крові: прискорена ШОЕ. Клінічно: помірний синдром набряків, гіпертензійний синдром.

Розрахунковий вік: $7\frac{3}{4}$ С.

Із анамнезу хвороби:

Перше загострення захворювання - у віці 53 роки 2 місяці 12 днів.

Розрахунковий вік: 7 С.

Періодичність загострення - $\frac{3}{4}$ С.

Наступне загострення захворювання, якщо не вжити напередодні дієвих медичних та профілактичних заходів, передбачається у віці 64 років 7 місяців 12 днів.

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.4.7).

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на хронічний пієлонефрит. У них спостерігається „С – періодичність” прояву захворювання.

Хворий Т. ($X_T = 0,88$, $C = 7,4$ р.) Дата народження: 5.12.1963 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 37 років з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період загострення.

У хворого відмічались симптоми інтоксикації (підвищення температури тіла, блювота), дизурічний синдром, больовий синдром у поперековій ділянці.

Розрахунковий вік загострення хвороби: 5 С.

Таблиця 4.7

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення
пієлонефриту

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

Із анамнезу хвороби відомо, що перше загострення було у віці 22 років 2 місяців 12 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 3 С.

Друге загострення захворювання - у віці 29 років 7 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік 2-го загострення: 4С.

Періодичність загострення: С.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених індивідів, хворих на дизметаболічні нефропатії у період загострення, зведені у таблицю 4.8.

Порівняння розрахункових та статистичних років показує, що у „середньогрупових” хворих *дизметаболічні нефропатії* починаються у віці, який визначається через ціле або дробове число пережитих великих біологічних циклів, а загострення хвороби співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на *дизметаболічні нефропатії*. У них спостерігається „С-періодичність” прояву захворювання.

Таблиця 4.8

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення
дизметаболічної нефропатії

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
			3С	4С	5С			
Чоловіки (135інд.)	0,8 < X _T < 0,86	7,0	3С	4С	5С	21-28-35	1,3	0,001
			21	28	35			
Жінки (141інд.)	0,8 < X _T ≤ 0,86	7,1	4С	5½С	7С	28-39-49	1,1	
			28,4	39,05	49,7			
Чоловіки (135інд.)	0,87 ≤ X _T ≤ 0,89	7,4	7С	7¾С	8½С	51-57-62	1,2	
			51,8	57,4	62,9			
Жінки (137інд.)	0,89 ≤ X _T < 0,9	7,6	7¼С	8С	9¾С	55-60-74	1,1	
			55,1	60,8	74,1			
Чоловіки (132інд.)	0,9 ≤ X _T ≤ 0,93	7,8	4¾С	6С	7¼С	37-46-56	1,6	
			37,1	46,8	56,6			
Жінки (138інд.)	0,9 ≤ X _T ≤ 0,92	7,7	6С	6½С	7С	46-50-53	1,3	
			46,2	50,1	53,9			

Хворий С. (X_T = 0,81 С = 7,0 р.) Дата народження: 20.12.1961 р. Потрапив у терапевтичне відділення зі скаргами на біль у поперековій ділянці, поліартралгію.

Об’єктивно: вегетативні розлади (гіпотонія, підвищена пітливість), сечовий синдром. В аналізі сечі: уратурія, гіперстенурія.

Вік хворого: 35 років.

Із анамнезу захворювання: у віці 21 року спостерігались транзиторні зміни у сечі (протеїнурія, фосфатурія, лейкоцитурія).

Розрахунковий вік 1-го загострення: 3С.

Розрахунковий вік 2-го: 5С.

Періодичність загострення: 2С.

Хворий П. ($X_T = 0,82$ $C = 7,0p.$). Дата народження: 14.02.1962 р. На диспансерному обліку у терапевта міської поліклініки з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, рання стадія, оксалатурія.

Із анамнезу відомо: перше загострення захворювання мало місце у віці 28 років, друге – у віці 35 років.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 4С.

Розрахунковий вік 2-го: 5С.

Періодичність загострення: С.

Хвора А. ($X_T = 0,81$ $C = 7,1p.$) Дата народження: 21.12.1939 р. Потрапила у терапевтичне відділення у віці 39 років 1 місяця 6 днів з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, рання стадія, фосфатурія.

Із анамнезу хвороби: 1-е загострення – у віці 28 років 4 місяців 24 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 4С.

Розрахунковий вік 2-го - $5\frac{1}{2}$ С.

Періодичність загострення: $1\frac{1}{2}$ С.

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

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених індивідів, хворих на функціональний енурез, зведені у таблицю 4.9.

Порівняння розрахункових та статистичних років показує, що у „середньогрупових” хворих *функціональний енурез* починається у віці, який визначається через ціле або дробове число пережитих великих біологічних циклів.

Розрахунковий та статистичний вік початку прояву
функціонального енурезу

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
			3½С	4½С	5½С			
Чоловіки (133інд.)	0,8 < X _T < 0,86	7,0	3½С	4½С	5½С	24-31-38	1,4	0,001
			24,5	31,5	38,5			
Жінки (132інд.)	0,8 < X _T ≤ 0,86	7,1	4¼С	5С	5¼С	30-35-37	1,2	
			30,2	35,5	37,1			
Чоловіки (133інд.)	0,87 ≤ X _T ≤ 0,89	7,4	3С	4С	5С	22-29-37	1,7	
			22,2	29,6	37			
Жінки (1236інд.)	0,89 ≤ X _T < 0,9	7,6	4½С	5С	5½С	34-38-41	1,3	
			34,2	38	41,8			
Чоловіки (139інд.)	0,9 ≤ X _T ≤ 0,93	7,8	4¾С	6С	7¼С	37-46-56	1,7	
			37,1	46,8	56,6			
Жінки (145інд.)	0,9 ≤ X _T ≤ 0,92	7,7	6С	6½С	7С	46-50-53	1,6	
			46,2	50,1	53,9			

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на функціональний енурез. У них спостерігається „С-періодичність” початку прояву захворювання.

Хворий О. (X_T = 0,81 С = 7,0 р.) Дата народження: 5.03.1970 р. У віці 24 років 6 місяців з’явилися симптоми нетримання сечі. Загальний аналіз сечі – без патології. Аналізі крові – без патології. За результатами проведеної цистоскопії – нейрогенний гіперрефлекторний сечовий міхур.

Розрахунковий вік: 3½ С.

Хворий П. (X_T = 0,82 С = 7,0р.). Дата народження: 11.03.1961 р. У віці 31 року 6 місяців 19 днів з’явилися симптоми нічного нетримання сечі.

Під час обстеження у терапевтичному відділенні не було виявлено патології в загальному аналізі сечі. Аналіз крові – без патології. Розрахунковий індекс: 4 ½ С.

Хворий Д. (X_T = 0,83 С = 7,1 р.). Дата народження: 10.02.1969 р.

У віці 38 років 6 місяців з’явилися симптоми нетримання сечі.

При обстеженні не виявлені зміни в загальному аналізі сечі. В аналізі

крові – без патології.

Розрахунковий вік: $5\frac{1}{2}$ С.

Для усіх обстежених спільним є те, що прояви енурезу співпадають із кінцями чверті тривалих циклів або повних циклів в залежності від значення хронотипу у спектрі „часової спрямованості суб'єкта”.

4.4. Хронопсихологічний прогноз перебігу гастроентерологічних захворювань

Було досліджено перебіг гастроентерологічних психосоматичних захворювань у 2121 хворих. Із них: 999 хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, 560 хворих - на холецистити, панкреатити та дискинезії жовчовивідних шляхів, 562 хворих - на хронічні закрепи.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених пацієнтів, хворих на *органи шлунково-кишкового тракту* у період загострення, зведені до таблиці 4.10.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту. У них спостерігається „С- періодичність ” прояву захворювання.

Таблиця 4.10

Розрахунковий та статистичний вік початку прояву виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
			5С	$5\frac{1}{2}$ С	6С			
Чоловіки (240інд.)	$0,94 < X_T \leq 1,0$	8,3	5С	$5\frac{1}{2}$ С	6С	41-45-49	1,5	0,01
			41,5	45,7	49,8			
Жінки (242інд.)	$0,95 < X_T \leq 1,0$	8,1	$4\frac{1}{4}$ С	5С	$5\frac{3}{4}$ С	34-40-46	1,2	
			34,4	40,5	46,6			
Чоловіки (244інд.)	$1,0 < X_T \leq 1,1$	9,3	3С	4С	5С	27-37-46	1,3	
			27,9	37,2	46,5			
Жінки (273інд.)	$1,0 \leq X_T \leq 1,1$	9,4	$4\frac{1}{2}$ С	5С	$5\frac{1}{2}$ С	41-47-51	1,1	
			41,9	47	51,7			

Хворий Д. ($X_T = 1,1$ $C = 9,3$ р.). Дата народження: 2.01.1970 р. Потрапив у терапевтичне відділення з діагнозом: виразкова хвороба шлунку у віці 46 років 6 місяців.

Розрахунковий вік: $5\frac{3}{4}$ С.

Перше загострення: віком 34 роки 4 місяці 24 дні.

Розрахунковий вік: $4\frac{1}{4}$ С.

Періодичність захворювання: $1\frac{1}{2}$ С.

Можливо спрогнозувати наступне загострення захворювання у віці 65 років 1 місяця 6 днів, якщо своєчасно не провести вторинну медико-психологічну профілактику захворювання.

Розрахунковий вік можливого загострення захворювання: 7С.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених пацієнтів, хворих на органи жовчовивідних шляхів у період загострення, зведені до таблиці 4.11.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на хронічні захворювання органів жовчовивідних шляхів.

Таблиця 4.11

Розрахунковий та статистичний вік початку прояву
захворювань органів жовчовивідних шляхів

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
			6С	7С	8С			
Чоловіки (93інд.)	$0,7 \leq X_T \leq 0,73$	6,1	6С	7С	8С	36-42-48	1,3	0,001
			36,6	42,7	48,8			
Жінки (91інд.)	$0,7 < X_T \leq 0,73$	6,2	$6\frac{1}{4}$ С	$7\frac{1}{2}$ С	$9\frac{1}{2}$ С	38-45-58	1,1	
			38,15	45,8	58,9			
Чоловіки (92інд.)	$0,73 < X_T \leq 0,76$	6,4	$6\frac{1}{2}$ С	$7\frac{1}{2}$ С	$8\frac{1}{2}$ С	39-45-52	1,2	
			39,8	45,9	52			
Жінки (93інд.)	$0,73 \leq X_T < 0,76$	6,3	$6\frac{3}{4}$ С	7С	$7\frac{1}{4}$ С	41-42-44	1,1	
			41,3	42,7	44,3			
Чоловіки (92інд.)	$0,77 \leq X_T \leq 0,79$	6,6	$7\frac{3}{4}$ С	8С	$8\frac{1}{4}$ С	47-52-66	1,4	
			47,7	52,8	66			
Жінки (99інд.)	$0,77 < X_T \leq 0,79$	6,7	7С	$7\frac{1}{2}$ С	8С	46-50-53	1,2	
			46,9	50,3	53,6			

Хворий К. ($X_T = 0,7$ $C = 6,0$ р.). Дата народження: 10.07.1962 р.

На диспансерному обліку у поліклініці з діагнозом: хронічний панкреатит із 36 років.

Розрахунковий вік: 6 С.

Друге загострення захворювання відбулося у віці 42 років, коли з'явилися скарги на біль у лівому підребер'ї, нудота, відсутність апетиту, апатія, субфебрилітет.

Розрахунковий вік другого загострення: 7 С.

Третє загострення – у віці 48 років.

Розрахунковий вік: 8 С.

Періодичність загострення: С.

Хвора Д. ($X_T = 0,76$ $C = 6,4$ р.). Дата народження: 12.07.1952 р.

На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів віком 58 років 10 місяців 24 днів, коли з'явилися скарги на гострий біль у ділянці живота після прийому їжі, млявість.

Розрахунковий вік: $9\frac{1}{2}$ С.

Перше загострення захворювання було у віці 38 років 9 місяців 18 днів.

Розрахунковий вік: $6\frac{1}{4}$ С.

Друге загострення – у віці 46 років 6 місяців.

Розрахунковий вік: $7\frac{1}{2}$ С.

Періодичність захворювання: С.

Хворий С. ($X_T = 0,74$ $C = 6,3$ р.). Дата народження: 12.01.1951 р.

На диспансерному обліку у поліклініці з діагнозом: хронічний холецистит. Перше загострення - у віці 40 років 10 місяців 24 днів.

Розрахунковий вік: $6\frac{1}{2}$ С.

Друге загострення у віці 47 років 3 місяців 18 днів.

Розрахунковий вік: $7\frac{1}{2}$ С.

Третє загострення - 53 роки 6 місяців.

Розрахунковий вік: $8\frac{1}{2}$ С.

Періодичність загострення – С.

Хвора К. ($X_T = 0,73$ $C = 6,2$ р.). Дата народження: 2.04.1950 року.

Потрапила у терапевтичне відділення з діагнозом: хронічний панкреатит, період загострення – у віці 41 року 9 місяців 18 днів.

Розрахунковий вік: $6\frac{3}{4}C$.

З анамнезу хвороби відомо, що перше загострення мало місце у віці 41 року 9 місяців 18 днів.

Розрахунковий вік: $6\frac{3}{4}C$.

Друге загострення – у віці 43 років 4 місяців 24 днів.

Розрахунковий вік: $7C$.

У даних хворих спостерігається „С – періодичність ” прояву захворювання. Розрахунковий вік - $\frac{1}{2}C$.

Періодичність загострення: C .

Результати дослідження „С-метрики” упродовж прояву хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту показують, що періодичність загострення цих захворювань становить $\frac{1}{2}C$ та $\frac{1}{4}C$.

4.5. Хронопсихологічний прогноз невротичних, пов’язаних зі стресом, і соматоформних розладів

За даними О.Кербікова, вік обстежуваних, як правило, накладає свій відбиток на ступінь невротизації хворих. Середній вік, у якому завершився патологічний розвиток для загальмованих особистостей – $13,3 \pm 1,4$ року, для істеричних — $14,7 \pm 1,9$ року, для збудливих - $22, \pm 1,9$ року [158, с.45]. При цьому частота і виразність реакцій, як правило, тим більші, чим старший вік обстежуваних. Особливо яскраво виражені явища акцентуованості, а отже, й ризик виникнення суміжних розладів мають місце у віці, старшому за 21 рік, а ще більше - після 31 року, тобто фактор часу істотно впливає на виникнення, формування і розвиток суміжних нервово-психічних захворювань. З метою перевірки припущення та прогнозування перебігу цих розладів, порівняємо тривалість біологічного циклу кожного окремого хворого та періоди загострення хвороби.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених пацієнтів, хворих на конверсійну істерію, зведені до таблиці 4.13.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на *конверсійну істерію*.

Хворий К. ($X_T = 0,7$ $C = 6,0$ р.). Дата народження: 17.09.1963 р.

На диспансерному обліку у поліклініці з діагнозом: істеричний невроз з 36 років. Розрахунковий вік: 6 С.

Друге загострення захворювання відбулося у віці 42 років.

Розрахунковий вік другого загострення: 7 С.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених пацієнтів, хворих на конверсійну істерію, зведені до таблиці 4.13.

Таблиця 4.13

Розрахунковий та статистичний вік початку прояву
конверсійної істерії

Група	„хронотип” (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
Чоловіки (12інд.)	$0,7 \leq X_T < 0,72$	6,0	6С	7С	8С	36-42-48	1,3	0,001
			36	42	48			
Жінки (18інд.)	$0,7 < X_T \leq 0,72$	6,1	$6\frac{1}{4}С$	$7\frac{1}{2}С$	$9\frac{1}{2}С$	38-45-58	1,1	
			38,1	45,8	58			
Чоловіки (16інд.)	$0,72 < X_T \leq 0,74$	6,3	$6\frac{1}{2}С$	$7\frac{1}{2}С$	$8\frac{1}{2}С$	41-47-53	1,2	
			41	47,3	53,6			
Жінки (15інд.)	$0,72 \leq X_T < 0,74$	6,2	$6\frac{3}{4}С$	7С	$7\frac{1}{4}С$	41-43-45	1,1	
			41,9	43,4	45			
Чоловіки (14інд.)	$0,74 < X_T \leq 0,75$	6,4	$7\frac{3}{4}С$	8С	$8\frac{1}{4}С$	49-51-52	1,6	
			49,6	51,2	52,8			
Жінки (13інд.)	$0,74 < X_T < 0,75$	6,3	7С	$7\frac{1}{2}С$	8С	44-47-50	1,3	
			44,1	47,3	50,4			

Хвора Д. ($X_T = 0,72$ $C = 6,1$ р.). Дата народження: 2.09.1958 р.

На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: істеричний невроз у віці 58 років.

Розрахунковий вік: $9\frac{1}{2}$ С.

Перше загострення захворювання було у віці 38 років 1 місяця 6 днів.

Розрахунковий вік: $6\frac{1}{4}$ С.

Друге загострення – у віці 45 років 9 місяців 18 днів.

Розрахунковий вік: $7\frac{1}{2}$ С.

Періодичність захворювання: С.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених пацієнтів, хворих на обсессивно-компульсивні розлади, зведені до таблиці 4.14.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на *обсессивно-компульсивні розлади*.

Таблиця 4.14

Розрахунковий та статистичний вік початку прояву
обсессивно-компульсивних розладів

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
Чоловіки (11інд.)	$0,91 \leq X_T < 0,93$	7,8	4С	$4\frac{3}{4}$ С	$5\frac{1}{2}$ С	31-37-42	1,4	0,001
			31,2	37,1	42,9			
Жінки (12інд.)	$0,92 \leq X_T < 0,93$	7,7	$4\frac{1}{4}$ С	$5\frac{1}{4}$ С	$6\frac{1}{2}$ С	32-40-50	1,2	
			32,7	40,4	50,1			
Чоловіки (19інд.)	$0,94 < X_T \leq 0,96$	8,2	$5\frac{1}{2}$ С	6С	$6\frac{1}{2}$ С	45-49-53	1,2	
			45,1	49,2	53,3			
Жінки (10інд.)	$0,94 \leq X_T < 0,96$	8,1	5С	6С	7С	40-48-56	1,1	
			40,5	48,6	56,7			
Чоловіки (13інд.)	$0,97 < X_T \leq 0,99$	8,4	$3\frac{3}{4}$ С	$4\frac{1}{4}$ С	$4\frac{3}{4}$ С	31-35-39	1,6	
			31,5	35,7	39,9			
Жінки (15інд.)	$0,97 < X_T < 0,99$	8,3	4С	$4\frac{1}{2}$ С	5С	33-37-41	1,3	
			33,2	37,4	41,5			

Хворий Д. ($X_T = 0,95$ С = 8,2 р.). Дата народження: 14.11.1947 р.

Знаходився на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні з діагнозом: невроз нав'язливих станів, вік 53 роки 3 місяці 18 днів.

Розрахунковий вік: $6\frac{1}{2}$ С.

Хвора С. ($X_T = 0,99$ С = 8,3 р.). Дата народження: 13.06.1946 р.

На диспансерному обліку у поліклініці з діагнозом: невроз нав'язливих станів.

Перше загострення: вік - 33 роки 2 місяці 12 днів.

Розрахунковий вік: 4С.

Друге загострення - у віці 37 років 4 місяців 24 днів.

Розрахунковий вік: $4\frac{1}{2}$ С.

Третє загострення: 41 рік 6 місяців.

Розрахунковий вік: 5 С.

Періодичність захворювання: $\frac{1}{2}$ С.

Хворий К. ($X_T = 0,98$ $C = 8,4$ р.). Дата народження: 17.06.1956 року.

Звернувся за лікуванням до невролога з діагнозом: невроз нав'язливих станів, вік - 35 років 10 місяців 24 дні.

Розрахунковий вік: $4\frac{1}{4}$ С.

Із анамнезу хвороби відомо, що перше загострення - у віці 31 року 6 місяців.

Розрахунковий вік: $3\frac{3}{4}$ С.

Періодичність загострення: $\frac{1}{2}$ С.

Хворий Т. ($X_T = 0,91$ $C = 7,8$ р.) Дата народження: 3.07.1939 р. Знаходиться на лікуванні у неврологічному відділенні, вік - 42 роки 10 місяців 24 дні, діагноз: невроз нав'язливих станів. Третє загострення захворювання.

З анамнезу відомо, що перше загострення розпочалось у віці 31 року 2 місяців 12 днів, друге загострення - у віці 37 років 1 місяця 6 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 4 С.

Розрахунковий вік другого: $4\frac{3}{4}$ С.

Розрахунковий вік третього: $5\frac{1}{2}$ С.

Періодичність загострення: $\frac{3}{4}$ С.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на *неврастенію*.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених пацієнтів, хворих на неврастенію, зведені до таблиці 4.15.

Розрахунковий та статистичний вік початку прояву
неврастенії

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
			4С	4 ³ / ₄ С	5 ¹ / ₂ С			
Чоловіки (12інд.)	1,0 ≤ Хт ≤ 1,03	8,7	4С	4 ³ / ₄ С	5 ¹ / ₂ С	34-41-47	1,3	0,001
			34,8	41,3	47,9			
Жінки (11інд.)	1,0 < Хт ≤ 1,03	8,6	4 ¹ / ₄ С	5 ¹ / ₄ С	6 ¹ / ₄ С	36-45-56	1,1	
			36,6	45,2	56			
Чоловіки (10інд.)	1,04 ≤ Хт ≤ 1,07	8,8	5 ¹ / ₂ С	6С	6 ¹ / ₂ С	48-52-57	1,4	
			48,4	52,8	57,2			
Жінки (13інд.)	1,04 < Хт ≤ 1,07	9,0	5С	6С	7С	45-54-63	1,2	
			45	54	63			
Чоловіки (12інд.)	1,07 ≤ Хт ≤ 1,1	9,2	3 ³ / ₄ С	4 ¹ / ₄ С	4 ³ / ₄ С	34-39-43	1,6	
			34,5	39,1	43,7			
Жінки (11інд.)	1,07 < Хт ≤ 1,1	9,3	4С	4 ¹ / ₂ С	5С	37-41-46	1,3	
			37,2	41,9	46,5			

Хворий Д. (Хт = 1,0 С = 8,5 р.). Дата народження: 14.10.1961 р.

Знаходився на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні з діагнозом: неврастенія, вік - 41 рік 3 місяці 18 днів.

Розрахунковий вік: 4³/₄ С.

Перше загострення захворювання у віці 34 років 9 місяців 18 днів.

Розрахунковий вік: 4 С.

Хвора Д. (Хт = 1,01 С = 8,6 р.). Дата народження: 2.01.1954 р.

Потрапила у неврологічне відділення з діагнозом: неврастенія, вік - 56 років.

Розрахунковий вік: 6¹/₄ С.

Перше загострення: вік - 36 років 7 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: 4¹/₄ С.

Друге загострення: вік - 45 років 2 місяці 12 днів.

Розрахунковий вік: 5¹/₄ С.

Періодичність захворювання: С.

4.6. Суб'єктивна виразність болю та тривалість біологічного циклу життя індивіда

Результати попередніх досліджень дали можливість з'ясувати, що існує диференціація суб'єктивної виразності больової реакції в різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції, ремісії) (див. параграф 3.6). Тому проблема дослідження суб'єктивної виразності болю при розладах типу психосоматичних захворювань далека від свого повного розв'язання, оскільки виникає запитання: чи має суб'єктивна виразність болю часову розгортку і чи узгоджується ступінь суб'єктивної виразності болю із тривалістю біологічного циклу життя індивіда?

Наше завдання - зіставити результати оцінки ступеня суб'єктивної виразності болю із періодами тривалості біологічного циклу життя індивіда – враховувало обстеження пацієнтів в різні періоди хвороби. Зокрема, обстеження в період загострення проводилося в стаціонарних умовах, а в період ремісії та реконвалесценції – під час поліклінічного обстеження.

Статистичні літа-роки обстежених пацієнтів та *ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання нирок* (ниркова коліка) в період загострення хвороби зведені до таблиці 4.16.

Порівняння тривалостей біологічного циклу життя індивіда та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у «середньогрупових хворих» максимальна суб'єктивна оцінка болю – 6-7 балів (гострий та нестерпний біль) співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті, що відповідає 3С; 4С; 5С.

Порівняння ступеня виразності болю із захворюваннями нирок у період загострення хвороби показує, що найбільш чутливими до болю є 3С та 5С біологічні цикли, переважно у жінок.

Таблиця 4.16

Ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання нирок
в період загострення

Група	„хронотип”	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
			3С	біль	4С	біль	5С	біль	
Чоловіки (32інд.)	$0,86 \leq X_T \leq 0,88$	7,4	3С	біль	4С	біль	5С	біль	5
			22,2	5	29,6	6	37	5	
Жінки (34інд.)	$0,86 \leq X_T < 0,87$	7,3	4С	біль	5½С	біль	7С	біль	7
			29,6	7	40,2	6	51,1	7	
Чоловіки (36інд.)	$0,89 \leq X_T \leq 0,91$	7,7	7С	біль	7¾С	біль	8½С	біль	5
			53,9	5	59,7	4	65,5	5	
Жінки (31інд.)	$0,89 \leq X_T < 0,90$	7,5	7¼С	біль	8С	біль	9¾С	біль	6
			54,4	6	60	5	73,1	6	
Чоловіки (33інд.)	$0,92 \leq X_T \leq 0,93$	7,9	4¾С	біль	6С	біль	7¼С	біль	5
			37,5	5	47,4	5	57,2	6	
Жінки (37інд.)	$0,92 \leq X_T < 0,93$	7,8	6С	біль	6½С	біль	7С	біль	6
			46,8	7	50,7	6	54,6	6	

Таблиця 4.17

Ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання нирок
в період реконвалесценції

Група	„хронотип”	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
			3¼С	біль	3¾С	біль	4¼С	біль	
Чоловіки (23інд.)	$0,86 \leq X_T \leq 0,88$	7,4	3¼С	біль	3¾С	біль	4¼С	біль	4
			22,1	4	27,8	3	31,5	4	
Жінки (24інд.)	$0,86 \leq X_T < 0,87$	7,3	4¾С	біль	5¾С	біль	6¾С	біль	4
			34,7	3	42	4	49,3	4	
Чоловіки (22інд.)	$0,89 \leq X_T \leq 0,91$	7,7	7¼С	біль	8С	біль	8¾С	біль	4
			55,8	4	61,6	4	67,4	3	
Жінки (21інд.)	$0,89 \leq X_T < 0,90$	7,5	7½С	біль	8½С	біль	9С	біль	4
			56,3	4	48,8	3	67,5	4	
Чоловіки (20інд.)	$0,92 \leq X_T \leq 0,93$	7,9	4С	біль	5С	біль	7С	біль	3
			31,6	3	39,5	3	55,3	4	
Жінки (18інд.)	$0,92 \leq X_T < 0,93$	7,8	5¾С	біль	6¾С	біль	7¾С	біль	4
			44,9	4	52,7	4	60,5	3	

Статистичні літа-роки обстежених хворих та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання нирок в період реконвалесценції зведені до таблиці 4.17.

Таблиця 4.18

Ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання нирок
в період ремісії

Група	„хронотип”	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
Чоловіки (23інд.)	$0,86 \leq X_T \leq 0,88$	7,4	3½С	біль	4½С	біль	5½С	біль	2
			25,6	2	33,3	1	40,7	2	
Жінки (22інд.)	$0,86 \leq X_T < 0,87$	7,3	4¼С	біль	5¼С	біль	6¼С	біль	2
			31	2	38,3	2	45,6	2	
Чоловіки (21інд.)	$0,89 \leq X_T \leq 0,91$	7,7	7½С	біль	8¼С	біль	9С	біль	1
			57,8	2	63,5	1	69,3	1	
Жінки (20інд.)	$0,89 \leq X_T < 0,90$	7,5	7С	біль	7¾С	біль	8¾С	біль	2
			52,5	2	58,1	2	65,6	1	
Чоловіки (18інд.)	$0,92 \leq X_T \leq 0,93$	7,9	3¾С	біль	5½С	біль	7¼С	біль	2
			29,6	2	43,5	2	57,3	1	
Жінки (17інд.)	$0,92 \leq X_T < 0,93$	7,8	5½С	біль	7½С	біль	9½С	біль	1
			42,9	1	58,5	1	74,1	2	

Статистичні літа-роки обстежених хворих та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на хронічні захворювання нирок в період ремісії зведені до таблиці 4.18.

Порівняння тривалостей біологічного циклу життя індивіда та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у «середньогрупових хворих» чоловіків максимальна суб'єктивна оцінка болю під час ниркової коліки – 5 балів (гострий біль) співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті, що відповідає 3С, 4С, 4¾С, 5С, 6С, 7С, 7¼С, 7¾ С, 8½С.

Порівняння тривалостей біологічного циклу життя індивіда та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у «середньогрупових хворих» жінок максимальна суб'єктивна оцінка болю під час ниркової коліки – 7 балів

(нестерпний біль) співпадає з кінцем тривалого циклу або його чверті, що відповідає 4С, 5½С, 7С.

Порівняння тривалостей біологічного циклу життя індивіда та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у «середньогрупових хворих» жінок суб'єктивна оцінка болю під час ниркової коліки – 6 балів (гострий біль) співпадає з кінцем тривалого циклу чи його чверті, що відповідає 6С, 6½ С, 7С, 7¼С, 8С, 9¾С.

Суб'єктивна оцінка болю – 4 бали (помірний біль) у чоловіків щодо періоду реконвалесценції хвороби нирок відповідає 3¼ С, 3¾С, 4¼С, 7¼С, 8С, 8¾С.

Суб'єктивна оцінка болю – 3 бали (тупий біль) у чоловіків щодо періоду реконвалесценції хвороби нирок відповідає 4С, 5С та 7С.

Суб'єктивна оцінка болю – 4 бали (помірний біль) у період реконвалесценції хвороби нирок у жінок відповідає 4¾С, 5¾С, 6¾С, 7½С, 7¾С, 8½С, 9С.

Суб'єктивна оцінка болю – 2 бали (тупий та помірний біль) у період ремісії хворих чоловіків на хронічні захворювання нирок відповідає 3½С; 3¾С; 5½С, 7½С.

Суб'єктивна оцінка болю – 1 бал (тупий та помірний біль) у період ремісії хворих чоловіків на хронічні захворювання нирок відповідає 4¼С; 7¼С, 8¼С, 9С.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на хвороби нирок. У них спостерігається *узгодженість* між ступенем суб'єктивної виразності болю та тривалістю великого біологічного циклу життя індивіда.

Хворий Т. (Хт = 0,88 С = 7,4 р.) Дата народження: 5.12.1963 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 37 років з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Розрахунковий вік загострення хвороби: 5С.

Суб'єктивна виразність болю – 5балів.

Хвора Д. (Хт = 0,87 С = 7,4 р.) Дата народження: 2.02.1966 р.

У віці 40 років 2 місяців 12 днів потрапила у терапевтичне відділення із скаргами на біль у поперековій ділянці, порушення сечовиділення. Загострення захворювання розпочалося у віці 29 років 7 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік: $5\frac{1}{2}C$.

Суб'єктивна виразність болю – 6 балів.

Хвора О. ($X_T = 0,91$ $C = 7,7p$.) Дата народження: 2.01.1951 р. На диспансерному обліку у нефролога міської поліклініки з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: $7\frac{3}{4}C$.

Суб'єктивна виразність болю – 4 бали.

Хвора К. ($\tau = 0,92$ с. $C = 7,8$ р.) Дата народження: 5.02.1953 р. На диспансерному обліку у терапевта міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період ремісії.

Суб'єктивна виразність болю – 2 бали.

Розрахунковий вік: $7C$.

Хвора П. ($X_T = 0,89$ $C = 7,5p$.) Дата народження: 12.11.1937 р. На диспансерному обліку у нефролога міської поліклініки з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період ремісії.

Розрахунковий вік: $7\frac{1}{2}C$.

Суб'єктивна виразність болю – 1 бал.

Хвора Б. ($X_T = 0,92$ $C = 7,8$ р.) Дата народження: 22.12.1952 р. Знаходиться на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні у віці 54 роки 7 місяців 6 днів з діагнозом: гострий пієлонефрит, період загострення, із збереженою функцією нирок.

Розрахунковий вік загострення: $6\frac{1}{2}C$.

Суб'єктивна виразність болю – 6 балів.

Для обстежених спільним є те, що ступінь суб'єктивної виразності болю чітко узгоджується із тривалістю біологічного циклу життя індивіда, який страждає на хвороби нирок.

Результати проведеного обстеження хворих на хронічні захворювання нирок переконують нас, що у різних індивідів їх суб'єктивна оцінка болю узгоджується з певною „С-періодичністю”. Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що максимальна суб'єктивна оцінка болю виявляється 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 психосоматичних захворювань та суб'єктивне сприйняття болю оцінюється як гострий та нестерпний біль.

Дані результатів дослідження *суб'єктивного сприйняття болю хворих на серцево-судинні захворювання* підлягли статистичній обробці вікових даних. По кожній групі розраховувався середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання у значенні великого біологічного циклу та переведений у роки, і ці дані зіставлялися із ступенем суб'єктивного сприйняття болю. Статистичні літа-роки обстежених індивідів, хворих на кардіологічні захворювання та ступінь суб'єктивної оцінки болю у період загострення захворювання, зведені до таблиці 4.19.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю показує, що у хворих чоловіків на серцево-судинні захворювання максимальна суб'єктивна оцінка болю - 6-7 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем $4\frac{3}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 37,5р.); 5C (відповідно: 34,5р.); 6C (відповідно: 41,4р.; 47,4р.); 7C (відповідно: 48,3р.; 53,9р.); $7\frac{1}{4}C$ (відповідно: 57,2р.; $7\frac{3}{4}$ (відповідно: 59,7р.); $8\frac{1}{2}$ (відповідно: 65,5р.).

Максимальна суб'єктивна оцінка болю у жінок, які страждають на серцево-судинні захворювання, - 7 балів - відповідає циклам: 5C, 6C, $6\frac{1}{2}C$, $7\frac{3}{4}C$, 8C (відповідно роки за циклами: 29,6р., 46,8р., 50,7р., 51,1р.).

Суб'єктивна оцінка болю – 6 балів у жінок, які страждають на серцево-судинні захворювання, відповідає циклам: $6\frac{1}{2}C$, 7C, $9\frac{1}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 40,2р., 54,4р., 54,6р., 73,1р.).

Таблиця 4.19

Ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання серцево-судинної системи в період загострення

Група	„хронотип”	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
Чоловіки (16інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	5С	біль	6С	біль	7С	біль	6
			34,5	6	41,4	6	48,3	5	
Жінки (14інд.)	$0,8 \leq X_T < 0,82$	6,9	5С	біль	6½С	біль	7¾С	біль	7
			29,6	7	40,2	6	51,1	7	
Чоловіки (16інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	7С	біль	7¾С	біль	8½С	біль	6
			53,9	6	59,7	6	65,5	5	
Жінки (18інд.)	$0,83 \leq X_T < 0,85$	7,0	7С	біль	8С	біль	9¼С	біль	6
			54,4	6	60	7	73,1	6	
Чоловіки (17інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	4¾С	біль	6С	біль	7¼С	біль	6
			37,5	6	47,4	5	57,2	6	
Жінки (21інд.)	$0,95 \leq X_T < 1,0$	8,2	6С	біль	6½С	біль	7С	біль	7
			46,8	7	50,7	7	54,6	6	

Таблиця 4.20

Ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання серцево-судинної системи в період реконвалесценції

Група	„хронотип”	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
Чоловіки (22інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	5¼С	біль	6¼С	біль	7¼С	біль	4
			36,2	4	43,1	3	50,0	4	
Жінки (30інд.)	$0,8 \leq X_T < 0,82$	6,9	5½С	біль	6¾С	біль	8С	біль	3
			38,0	3	46,6	4	55,2	3	
Чоловіки (26інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	7¼С	біль	8С	біль	8¾С	біль	3
			55,7	3	56	3	61,3	4	
Жінки (27інд.)	$0,83 \leq X_T < 0,85$	7,0	7¼С	біль	8¼С	біль	9½С	біль	4
			50,8	4	57,8	4	66,5	3	
Чоловіки (23інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	5С	біль	6½С	біль	7½С	біль	3
			41	3	53,3	4	61,5	3	
Жінки (26інд.)	$0,95 \leq X_T < 1,0$	8,2	6¼С	біль	6¾С	біль	7¼С	біль	3
			51,3	3	55,4	3	59,5	4	

Статистичні літа-роки обстежених пацієнтів та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на серцево-судинні захворювання в період реконвалесценції зведені до таблиці 4.20.

Статистичні літа-роки обстежених пацієнтів та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на серцево-судинні захворювання в період ремісії зведені до таблиці 4.21.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю у період реконвалесценції показує, що у хворих чоловіків на серцево-судинні захворювання суб'єктивна оцінка болю - 4 бали проявляється у віці, який співпадає з кінцем 5С (відповідно роки за циклами: $6\frac{1}{2}С$ (відповідно роки за циклами: 53,3р.); $7\frac{1}{4}С$ (відповідно: 50,0р., 55,7р.); $8\frac{3}{4}С$ (відповідно: 61,3р.).

Суб'єктивна оцінка болю – 3 бали у чоловіків, які страждають на серцево-судинні захворювання відповідає циклом: 5С (відповідно роки за циклом: 41р.), $6\frac{1}{4}С$ (відповідно роки за циклом: 43,1р.), $7\frac{1}{2}С$ (відповідно роки за циклом: 61,5р.), 8С (відповідно роки за циклами: 56,0р.),

Таблиця 4.21

Ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання серцево-судинної системи в період ремісії

Група	„хронотип”	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
Чоловіки (21інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	$5\frac{1}{2}С$	біль	$6\frac{1}{2}С$	біль	$7\frac{1}{2}С$	біль	2
			38	2	44,9	1	51,8	2	
Жінки (20інд.)	$0,8 \leq X_T < 0,82$	6,9	$5\frac{3}{4}С$	біль	7С	біль	$8\frac{1}{2}С$	біль	1
			39,7	2	48,3	1	58,7	1	
Чоловіки (19інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	$7\frac{1}{2}С$	біль	$8\frac{1}{4}С$	біль	9С	біль	2
			52,5	2	57,8	2	63	1	
Жінки (22інд.)	$0,83 \leq X_T < 0,85$	7,0	$7\frac{1}{2}С$	біль	$8\frac{1}{2}С$	біль	$9\frac{3}{4}С$	біль	1
			52,5	2	59,5	1	68,3	1	
Чоловіки (21інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	$5\frac{1}{2}С$	біль	7С	біль	$7\frac{3}{4}С$	біль	1
			45,1	1	57,4	1	63,6	2	
Жінки (25інд.)	$0,95 \leq X_T < 1,0$	8,2	$4\frac{1}{4}С$	біль	$5\frac{3}{4}С$	біль	$7\frac{1}{2}С$	біль	2
			34,9	2	47,2	2	61,5	2	

Суб'єктивна оцінка болю у жінок, які страждають на серцево-судинні захворювання, в період реконвалесценції - 4 бали - відповідає циклам: $6\frac{3}{4}C$, $7\frac{1}{4}C$, $8\frac{1}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 46,6р., 50,8р., 59,5р., 57,8р.

Суб'єктивна оцінка болю – 3 бали у жінок, які страждають на серцево-судинні захворювання, відповідає циклам: $5\frac{1}{2}C$, $6\frac{1}{4}C$, $6\frac{3}{4}C$, $8C$, $9\frac{1}{2}$ (відповідно роки за циклами: 38р., 51,3р., 55,4р., 59,5р., 55,2р., 66,5р.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на захворювання серцево-судинної системи. У них спостерігається „С-періодичність” прояву ступеня суб'єктивної виразності болю.

Хворий Д. ($X_T = 0,8$ $C = 6,9р.$). Вік хворого – 34, 5 р.

На стаціонарному лікуванні з діагнозом: ішемічна хвороба серця, період загострення.

Розрахунковий вік: $5C$. Суб'єктивна оцінка болю: 6 балів.

Хвора К. ($X_T = 0,8$ $C = 6,9 р.$). Вік хворої – 29, 5р. На диспансерному обліку в поліклініці з діагнозом: есенціальна артеріальна гіпертензія, період загострення.

Розрахунковий вік: $5C$. Суб'єктивна оцінка болю: 7 балів.

Хворий Л. ($X_T = 0,83$ $C = 7,0 р.$). Вік хворого – 65,5р. На стаціонарному лікуванні з діагнозом: ішемічна хвороба серця, період загострення.

Розрахунковий вік: $7C$. Суб'єктивна оцінка болю: 5 балів.

Дані результатів дослідження суб'єктивного сприйняття болю хворих на гастроентерологічні захворювання підлягли статистичній обробці вікових даних.

Статистичні літа-роки обстежених пацієнтів та *ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання жовчовивідних шляхів* в період загострення зведені до таблиці 4.22.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю у період загострення показує, що у хворих чоловіків на захворювання жовчовивідних шляхів суб'єктивна оцінка болю - 6 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем $6C$ (відповідно роки за циклами: 36,6р.); $6\frac{1}{2}C$

(відповідно: 39,8р.); 7С (відповідно: 42,7р.), 7½ (45,9р.), 7¾ (відповідно: 47,7р.), 8С (відповідно: 48,8р., 52,8р.); 8¼ (відповідно: 66р.); 8½ (відповідно: 52р.).

Суб'єктивна оцінка болю у жінок, які страждають на захворювання жовчовивідних шляхів, в період загострення - 6-7 балів відповідає циклам: 6¼С, 6¾С, 7С, 7½ С, 7¼С, 8С, 9½С (відповідно роки за циклами: 38,2р., 45,8р., 58,9р., 41,3р., 42,7р., 44,3р., 46,9р., 50,3р., 53,6р.).

Статистичні літа-роки обстежених пацієнтів та *ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки* в період загострення зведені до таблиці 4.23.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю у період загострення виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки показує, що у хворих чоловіків суб'єктивна оцінка болю – 5-6 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем 5С (відповідно роки за циклами: 41,5р.); 5½С (відповідно: 45,7р.); 3С (відповідно: 27,9р.), 4С (37,2р.), 5С (відповідно: 46,5р.), 6С (відповідно: 49,8р.).

Таблиця 4.22

Ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання жовчовивідних шляхів в період загострення

Група	„хронотип”	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
			6С	біль	7С	біль	8С	біль	
Чоловіки (21інд.)	$0,7 \leq X_T \leq 0,73$	6,1	6С	біль	7С	біль	8С	біль	6
			36,6	6	42,7	6	48,8	5	
Жінки (24інд.)	$0,7 < X_T \leq 0,73$	6,2	6¼С	біль	7½С	біль	9½С	біль	7
			29,6	7	40,2	6	51,1	7	
Чоловіки (23інд.)	$0,73 < X_T \leq 0,76$	6,4	6½С	біль	7½С	біль	8½С	біль	6
			39,8	6	45,9	6	52	5	
Жінки (21інд.)	$0,73 \leq X_T < 0,76$	6,3	6¾С	біль	7С	біль	7¼С	біль	6
			54,4	6	60	7	73,1	6	
Чоловіки (25інд.)	$0,77 \leq X_T \leq 0,79$	6,6	7¾С	біль	8С	біль	8¼С	біль	6
			37,5	6	47,4	5	57,2	6	
Жінки (24інд.)	$0,77 < X_T \leq 0,79$	6,7	7С	біль	7½С	біль	8С	біль	7
			46,9	7	50,3	7	53,6	6	

Таблиця 4.23

Ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання
виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки
в період загострення

Група	„хронотип”	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
			5С	біль	5½С	біль	6С	біль	
Чоловіки (17інд.)	0,94 < X _T ≤ 1,0	8,3	5С	біль	5½С	біль	6С	біль	6
			41,5	6	45,7	6	49,8	5	
Жінки (18інд.)	0,95 < X _T ≤ 1,0	8,1	4¼С	біль	5С	біль	5¾С	біль	7
			34,4	7	40,5	6	46,6	7	
Чоловіки (19інд.)	1,0 < X _T ≤ 1,1	9,3	3С	біль	4С	біль	5С	біль	6
			27,9	6	37,2	6	46,5	5	
Жінки (17інд.)	1,0 ≤ X _T ≤ 1,1	9,4	4½С	біль	5С	біль	5½С	біль	6
			41,9	6	47	7	51,7	6	

Суб'єктивна оцінка болю у жінок, які страждають на захворювання виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки, в період загострення - 6-7 балів - відповідає циклам: 4¼С, 5С, 5¾С, 4½ С, 5С, 5½С (відповідно роки за циклами: 34,4р., 40,5р., 46,6р., 41,9р., 47р., 51,7р.).

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на захворювання шлунково-кишкового тракту. У них спостерігається „С-періодичність” прояву ступеня суб'єктивної виразності болю.

Хворий Д. (X_T = 0,7 С = 6,1 р.). Дата народження: 14.10.1961 р.

Знаходився на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: виразкова хвороба шлунку, вік - 41 рік 6 місяців.

Розрахунковий вік: 5 С.

Суб'єктивна виразність болю – 6 балів.

Хворий Д. (X_T = 1,1 С = 9,3 р.). Дата народження: 2.01.1970 р. Потрапив у терапевтичне відділення з діагнозом: виразкова хвороба шлунку, вік - 46 років 6 місяців.

Розрахунковий вік: 5¾ С.

Суб'єктивна виразність болю – 5 балів.

Хворий Д. ($X_T = 1,1$ $C = 9,35p.$). Дата народження: 2.01.1963 р. Потрапив у терапевтичне відділення з діагнозом: виразкова хвороба шлунку, вік - 37 років 2 місяці 12 днів.

Розрахунковий вік: 4 С.

Суб'єктивна виразність болю – 5 балів.

Хвора К. ($X_T = 0,73$ $C = 6,2 p.$). Вік – 36,6 року.

На диспансерному обліку у поліклініці з діагнозом: хронічний панкреатит, період загострення.

Розрахунковий вік: 6 С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора Д. ($\tau = 0,72c$ $C = 6,1 p.$). Вік – 45,8 року.

На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів, період загострення.

Розрахунковий вік: $7\frac{1}{2}C$.

Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Статистичні літа-роки обстежених пацієнтів та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання жовчовивідних шляхів в період реконвалесценції зведені до таблиці 4.24.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю у період реконвалесценції показує, що у чоловіків із захворюваннями жовчовивідних шляхів суб'єктивна оцінка болю – 3-4 бали проявляється у віці, який співпадає з кінцем $6\frac{1}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 36,1р.); $6\frac{3}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 43,2р.); $7\frac{1}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 44,2р.), $7\frac{1}{2}C$ (відповідно роки за циклами: 49,5р.), $7\frac{3}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 49,6р.), $8\frac{1}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 50,3р.); $8\frac{1}{2}C$ (відповідно роки за циклами: 50,7р.), $8\frac{3}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 56), $9\frac{1}{2}C$ (відповідно роки за циклами: 62,7).

Суб'єктивна оцінка болю у жінок, які страждають на захворювання жовчовивідних шляхів, в період реконвалесценції - 3-4 бали відповідає циклам: $6\frac{1}{2}C$, $6\frac{3}{4}C$, $7\frac{3}{4}C$, $7\frac{1}{2}C$, $7\frac{1}{6}C$, $8\frac{1}{2}C$, $8\frac{1}{6}C$, $9\frac{3}{4}C$ (відповідно роки за циклами: 40,3р., 48,1р., 60,5р., 41р., 47,3р., 53,6р., 45,3р., 48р., 54,7р.).

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на захворювання шлунково-кишкового тракту у період реконвалесценції. У них спостерігається „С-періодичність” прояву ступеня суб’єктивної виразності болю.

Хворий У. ($X_T = 0,75$ $C = 6,2$ р.).

Таблиця 4.24

Ступінь суб’єктивної виразності болю хворих на захворювання жовчовивідних шляхів в період реконвалесценції

Група	„хронотип”	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
			$6\frac{1}{4}C$	біль	$7\frac{1}{4}C$	біль	$8\frac{1}{4}C$	біль	
Чоловіки (25інд.)	$0,7 \leq X_T \leq 0,73$	6,1	$6\frac{1}{4}C$	біль	$7\frac{1}{4}C$	біль	$8\frac{1}{4}C$	біль	4
			38,1	4	44,2	3	50,3	4	
Жінки (24інд.)	$0,7 < X_T \leq 0,73$	6,2	$6\frac{1}{2}C$	біль	$7\frac{3}{4}C$	біль	$9\frac{3}{4}C$	біль	3
			40,3	3	48,1	3	60,5	3	
Чоловіки (22інд.)	$0,73 < X_T \leq 0,76$	6,4	$6\frac{3}{4}C$	біль	$7\frac{3}{4}C$	біль	$8\frac{3}{4}C$	біль	4
			43,2	4	49,6	4	56	5	
Жінки (21інд.)	$0,73 \leq X_T < 0,76$	6,3	$6\frac{1}{2}C$	біль	$7\frac{1}{2}C$	біль	$8\frac{1}{2}C$	біль	3
			41	4	47,3	3	53,6	3	
Чоловіки (23інд.)	$0,77 \leq X_T \leq 0,79$	6,6	$7\frac{1}{2}C$	біль	$8\frac{1}{2}C$	біль	$9\frac{1}{2}C$	біль	4
			49,5	4	50,7	4	62,7	3	
Жінки (26інд.)	$0,77 < X_T \leq 0,79$	6,7	$6\frac{3}{4}C$	біль	$7\frac{1}{6}C$	біль	$8\frac{1}{6}C$	біль	4
			45,3	4	48	4	54,7	3	

Знаходиться у терапевтичному відділенні, вік - 43,2р., діагноз: хронічний панкреатит.

Розрахунковий вік: $6\frac{3}{4}C$. Суб’єктивна виразність болю - 4 бали.

Хворий У. ($X_T = 0,71$ $C = 6,1$ р.). Вік хворого - 38,1 року.

Знаходиться у терапевтичному відділенні з діагнозом: хронічний панкреатит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: $6\frac{1}{4}C$. Суб’єктивна виразність болю: 4 бали.

Хвора Н. ($X_T = 0,73$ $C = 6,2$ р.). Вік хворого – 48,1 року.

Знаходиться на терапевтичному лікуванні у лікарні з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів.

Розрахунковий вік: $7\frac{3}{4}C$. Суб’єктивна виразність болю: 3 бали.

Хворий Д. ($X_T = 0,75$ $C = 6,4p.$). Вік хворого – 56 років. На диспансерному обліку в поліклініці з діагнозом: ДЖВШ, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: $8\frac{3}{4}C$. Суб'єктивна виразність болю: 5 балів.

Хвора А. ($X_T = 0,74$ $C = 6,4p.$). Вік хворої – 41 рік. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: хронічний панкреатит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: $6\frac{1}{2}C$. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Статистичні літа-роки обстежених пацієнтів та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання жовчовивідних шляхів в період ремісії зведені до таблиці 4.25.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю у період ремісії показує, що у хворих чоловіків на захворювання шлунку та дванадцятипалої кишки суб'єктивна оцінка болю – 1-2 бали проявляється у віці, який співпадає з кінцем $6\frac{1}{2}C$; $7C$, $7\frac{1}{4}C$, $7\frac{1}{2}C$, $8C$, $8\frac{1}{2}C$, $8\frac{3}{4}C$, $9\frac{3}{4}C$ (відповідно

Таблиця 4.25

Ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на захворювання жовчовивідних шляхів в період ремісії

Група	„хронотип”	C	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. пок. болю
Чоловіки (21інд.)	$0,7 \leq X_T \leq 0,73$	6,1	$6\frac{1}{2}C$	біль	$7\frac{1}{2}C$	біль	$8\frac{1}{2}C$	біль	1
			39,7	2	45,8	1	51,9	1	
Жінки (20інд.)	$0,7 < X_T \leq 0,73$	6,2	$6\frac{3}{4}C$	біль	$8\frac{1}{4}C$	біль	$10C$	біль	2
			41,9	2	51,2	2	62	3	
Чоловіки (25інд.)	$0,73 < X_T \leq 0,76$	6,4	$7C$	біль	$8C$	біль	$9C$	біль	2
			44,8	1	51,2	2	57,6	2	
Жінки (27інд.)	$0,73 \leq X_T < 0,76$	6,3	$7\frac{3}{4}C$	біль	$8\frac{3}{4}C$	біль	$9\frac{3}{4}C$	біль	2
			48,8	2	55,1	2	61,4	1	
Чоловіки (26інд.)	$0,77 \leq X_T \leq 0,79$	6,6	$7\frac{1}{4}C$	біль	$8\frac{3}{4}C$	біль	$9\frac{3}{4}C$	біль	2
			47,9	2	57,8	1	64,4	2	
Жінки (24інд.)	$0,77 < X_T \leq 0,79$	6,7	$6\frac{1}{2}C$	біль	$7C$	біль	$8C$	біль	2
			43,6	2	46,9	2	53,6	2	

роки за циклами: 39,7р., 45,8р., 51,9р., 44,8р., 51,2р., 57,6р., 47,9р., 57,8р., 64,4р.);

Суб'єктивна оцінка болю у жінок, які страждають на захворювання шлунку, в період ремісії - 1-2 бали відповідає циклам: $6\frac{3}{4}C$, $6\frac{1}{2}C$, $7\frac{3}{4}C$, $7\frac{1}{4}C$, $8\frac{1}{4}C$, $8\frac{3}{4}C$, $9\frac{3}{4}C$, $10C$ (відповідно роки за циклами: 41,9р., 51,2р., 62р., 48,8р., 55,1р., 61,4р., 43,6р., 46,9р., 53,6р.).

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи пацієнтів, які страждають на захворювання шлунку у період ремісії. У них спостерігається „С-періодичність” прояву ступеня суб'єктивної виразності болю.

Хворий Л. ($X_T = 0,7$ $C = 6,0$ р.). Вік хворого – 39,7 року.

Потрапив на профілактичне лікування у терапевтичне відділення з діагнозом: хронічний холецистит.

Розрахунковий вік: $6\frac{1}{2}C$. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хвора В. ($X_T = 0,73$ $C = 6,2$ р.). Вік – 41,9 року.

Знаходилась на амбулаторному лікуванні у гастроентеролога з діагнозом: ДЖВШ, період ремісії.

Розрахунковий вік: $6\frac{3}{4}C$. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хворий С. ($X_T = 0,74$ $C = 6,4$ р.). Вік хворого – 44,8 року.

Потрапив у терапевтичне відділення на профілактичне лікування з діагнозом: хронічний холецистит, період ремісії.

Розрахунковий вік: $7C$. Суб'єктивна виразність болю: 1 бал.

Таким чином, проведене дослідження показало, що індивідуальна „С-метрика” суб'єктивної виразності больової реакції визначається законом суб'єктивного відліку часу і залежить від значення хронотипу, тобто „часової спрямованості суб'єкта” (X_T).

Висновки до розділу 4

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 психосоматичних захворювань. А чому саме у цих точках відбувається загострення хвороби? Відповідь на поставлене запитання знаходимо у припущенні, що природа часової спрямованості особистості 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 домінантних хвороб. Арка циклоїда відображає повний оберт „колеса” біологічного циклу. Якщо площі під аркою надати зміст біоенергетичного потенціалу індивіда, як пропонував Ю.Кривоногов у своїх дослідженнях, то початок психосоматичних 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.

Ступінь суб'єктивної виразності болю узгоджується із значенням хронотипу індивіда у типологічній групі спектру „часової спрямованості”, тобто має чітку вікову та типологічну локалізацію.

Індивідуальна „С-метрика” суб'єктивної виразності больової реакції визначається законом суб'єктивного відліку часу і залежить від тривалості великого „кроку” (ХТ).

Незалежно від індивідуальної розмірності великого біологічного циклу точки суб'єктивної виразності болю визначаються єдиною „С-метрикою” на життєвому шляху особистості з різним типом психосоматичних розладів.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у хворих на психосоматичні захворювання максимальна суб'єктивна оцінка болю - 6-7 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем $1\frac{1}{4}$ С; $1\frac{1}{2}$ С; $1\frac{3}{4}$ С. Середній ступінь суб'єктивної виразності болю – 4-5 балів (гострий біль) проявляється у віці, який співпадає з кінцем $1\frac{1}{3}$ С; $1\frac{7}{12}$ С. Мінімальний ступінь суб'єктивної виразності болю – 1-3 бали (слабкий, тупий біль) проявляється у віці , який співпадає з кінцем $1\frac{1}{6}$ С; $1\frac{5}{12}$ С; $1\frac{2}{3}$ С.

Є всі підстави стверджувати, що моменти проходження хворим фазової сингулярності призводять до максимальної суб'єктивної виразності больової реакції.

Встановлена диференціація суб'єктивної виразності больової реакції залежно від „хронотипу” важлива у медицині, тому що її відстеження дасть змогу лікарю передбачити її ступінь у кожного окремого хворого при загостреннях психосоматичних захворювань в онтогенезі та своєчасно провести профілактику хвороби.

Розділ 5

«ХРОНОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ОСОБИСТОСТІ»

ХВОРИХ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Здоров'я людей – найважливіший показник розвитку та благополуччя суспільства, який насамперед визначається організацією медико-психолого-профілактичної допомоги в державі. Розширення мережі спеціалізованих служб у системі охорони здоров'я України та покращення технічного стану медицини, на жаль, не забезпечили високий рівень якості діагностики, лікування, збереження та зміцнення здоров'я населення нашої країни.

І тепер, як і в минулі роки, медичні працівники, запроваджуючи різноманітну новітню медичну техніку в процес діагностики і лікування хворих людей, недостатньо уваги звертають на суб'єктивні відчуття своїх пацієнтів та зміни в їх психіці в цілому. Лікарі, як правило, більше орієнтуються на результати лабораторних і рентгенівських досліджень, які, на їхню думку, є основою для встановлення діагнозу, а особистість пацієнта, як така з її суб'єктивними відчуттями часто випадає з поля зору медиків.

Відомий клініцист Я.Циммерман зазначав, що успіхи механізування, титрування, фільтрування, колориметрування і тому подібних методів призводять до того, що лікар іноді майже забуває про самого хворого. А між тим лабораторні дослідження соматичних змін без урахування психічних – шлях помилковий. Їх обов'язково треба розглядати у тісному взаємозв'язку [413].

Ще лікарі античної епохи соматичний компонент хвороби не протиставляли психічному. Так Платон у трактаті «Хармід» вустами Сократа стверджував: «Як не можна почати лікування ока, не думаючи про голову, або лікувати голову, не думаючи про цілий організм, так само не можна лікувати тіло, не лікуючи душу; і величезна помилка, що існують лікарі тіла і лікарі душі, тоді, коли це, по суті, неподільне; і саме це недооцінюють лікарі, і тому від них втікає багато хвороб; вони ніколи не бачать перед собою цілого. Треба всю свою увагу віддавати єдиному цілому організму, тому що там, де ціле

почуває себе погано, частини його, без сумніву, не можуть бути здоровими» [262]. У працях відомого лікаря-філософа давнини Гіппократа, коли йшлося про методи дослідження хворого, наголошується, що поряд з вимогами враховувати не тільки значні, а і малопомітні ознаки хвороби, слід вивчати душевний стан хворого, стан його думок, мови і мовчання. При цьому він радить аналізувати не тільки настрій хворого, а і його сновидіння, оскільки вони можуть відображати соматичні розлади [108].

Викладені та проаналізовані в параграфі 1.3 найважливіші положення психосоматичного підходу до розуміння механізму перебігу психосоматичних захворювань можна вважати найбільш адекватною методологічною основою при вирішенні завдань прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

Підтверджуючи припущення, що домінуюча хвороба локалізується у межах переважно своєї типологічної групи, спробуємо визначитись із психологічним портретом хворих на психосоматичні захворювання.

Обстеження індивідів, які страждають на різні за нозологічними формами хронічні психосоматичні захворювання, дасть можливість прогнозувати розподіл психологічних симптомів цих хвороб у типологічних групах безперервного спектру «т-типів» та побудувати *«психологічний профіль особистості»* таких хворих. Це надасть можливість виокремити основні психологічні діагностичні критерії прояву кожної окремої патології та з їх урахуванням розробити відповідні медико-психологічні реабілітаційні заходи щодо попередження загострення хронічного психосоматичного процесу.

5.1. Психологічне прогнозування перебігу психосоматичних захворювань у типологічних групах безперервного спектру «т – типів»

Хворі потребують комплексного психолого-соматичного обстеження психосоматичного профілю з метою вивчення їх психологічного та соматичного стану. Дослідницька процедура нами була спрямована на виявлення взаємозв'язку і взаємозалежності індивідуально-типологічних особливостей у суб'єктів із соматичними порушеннями від часових

параметрів (часових характеристик, фактора часу, хронотипу) і співвідношення між ними.

Посилаючись на твердження Ф.Александера [9], що «психологічні фактори», впливаючи на фізіологічні процеси, повинні підлягати настільки ж детальному та ретельному вивченню, як це прийнято при дослідженні фізіологічних процесів», ми дослідили «актуальний психологічний стан» психосоматичного розладу за допомогою психодіагностичних методик і визначили кореляційний зв'язок отриманих діагностичних показників із тривалістю власної одиниці часу індивіда.

5.1.1. Прогностичні показники прояву реактивної та особистісної тривожності

Нами було висунуто припущення, що кожному емоційному стану властивий свій соматичний синдром, який узгоджується із локалізацією у типологічній групі спектру «хронотипу».

Практичне значення дослідження полягає в тому, що якщо враховувати специфічні психологічні особливості, характерні для певних захворювань, що локалізуються у певних типологічних групах, то це забезпечить умови ранньої діагностики та, відповідно, прогнозування перебігу соматичного ушкодження за психологічними ознаками пацієнта.

З цією метою спробували дослідити рівень та форму прояву тривожності, агресії, депресивного стану у спектрі «хронотипу».

Дослідження, метою яких було прослідкувати локалізацію рівня та форми прояву тривожності у спектрі «хронотипу», нами були проведені у терапевтичному відділенні Первомайської міської багатопрофільної централізованої лікарні.

У дослідженнях взяли участь 375 хворих. В ході досліджень використовувались: метод хронометричної проби та методика самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна.

Отримані дані щодо досліджень прояву особистісної та ситуативної тривожності наведені в табл. 5.1; 5.2. У них показані кореляційні відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем прояву особистісної та ситуативної тривожності.

Результати дослідження ситуативної тривожності підлягли кореляційному аналізу (див. табл.5.1), за допомогою якого підраховувалось кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву ситуативної тривожності як у прямому, так і у зворотному порядку. Зв'язок виявився досить високим в інтервалі: $0,8 \leq X_T < 0,86$, а саме,

- 1) $\eta_{X_T, T_c} = 0,98$;
- 2) $\eta_{T_c, X_T} = 0,99$.

Таблиця 5.1

Рівень ситуативної тривожності у спектрі «хронотипу»

«хронотип» (в сек)	Рівень тривожності T_c (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (185 = 100 %)		η_{X_T, T_c}	η_{T_c, X_T}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	31-35	35	19	0,76	0,65
$0,8 \leq X_T < 0,86$	45-47	40	22	0,98	0,99
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	28-30	38	21	0,34	0,28
$0,94 < X_T \leq 1,0$	32-36	37	19	0,77	0,68
$1,0 < X_T \leq 1,1$	26-30	35	19	0,28	0,19

η_{X_T, T_c} – кореляційне відношення між хронотипу та рівнем прояву ситуативної тривожності;

η_{T_c, X_T} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву ситуативної тривожності та значенням хронотипу індивіда

Існування високого зв'язку можна пояснити тим, що домінуючим проявом поведінки індивідів із значенням хронотипу в інтервалі:

$0,8 \leq X_T < 0,86$ є високий рівень ситуативної тривожності.

За допомогою попередніх досліджень ми переконались, що «місцем найменшого опору» індивідів, хронотип яких знаходиться у діапазоні: $0,8 \leq X_T <$

0,86, є такі хвороби серця, як ішемічна хвороба з інфарктом міокарда та артеріальна есенціальна гіпертензія, а також прояви функціональних розладів ритму з тахікардією (див. параграф 3.1).

Дані останніх досліджень переконують, що базовим емоційним забарвленням поведінки таких хворих є *ситуативна тривожність*, яка може виступити пусковим механізмом у патогенезі даних психосоматичних захворювань.

Таким чином, психокорекційна програма, розроблена для таких пацієнтів, має бути спрямована насамперед на зниження рівня ситуативної тривожності, саме в період входження хворим в фазову сингулярність.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем особистісної тривожності показує, що зв'язок виявився досить високим в інтервалі: $0,94 < X_T \leq 1,0$ (див. табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Рівень особистісної тривожності у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Рівень тривожності T ₀ (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (185 = 100 %)		η X _T , T _c	η T _c , X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	31-34	35	19	0,76	0,65
$0,8 \leq X_T < 0,86$	27-29	40	22	0,29	0,21
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	33-37	38	21	0,69	0,73
$0,94 < X_T \leq 1,0$	45-48	37	19	0,97	0,98
$1,0 < X_T \leq 1,1$	25-29	35	19	0,28	0,19

η X_T, T₀ – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву особистісної тривожності;

η T₀, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву особистісної тривожності та значенням хронотипу індивіда

За допомогою останніх досліджень можна стверджувати, що високою *особистісною тривожністю* характеризуються індивіди, хронотип яких знаходиться у діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$. Саме ці хворі «надають перевагу»

таким захворюванням серця як ішемічна хвороба серця зі стенокардією та функціональні розлади ритму з брадикардією. Тому фактор емоційного забарвлення психосоматичного захворювання таких пацієнтів є рушійним важелем у створенні програми ефективної первинної та вторинної психопрофілактики цих захворювань з урахування періоду спаду великого біологічного циклу життя індивіда.

Таким чином, результати досліджень дають можливість прослідкувати диференціацію проявів тривожності з урахуванням нозологічних форм психосоматичних захворювань у типологічній групі спектру «хронотипу».

5.1.2. Прогностичні показники форми прояву агресії

Стрімке зростання рівня агресивності багатьох психосоматичних хворих – одна з найбільш актуальних проблем сьогодення.

Аналіз наукової літератури показав, що ця проблема останнім часом викликає все більший інтерес дослідників і практиків, про що свідчить стрімкий ріст кількості досліджень та публікацій з питань агресії і конфліктів, що мають місце в психосоматичних хворих.

Низку праць присвячено дослідженню взаємозв'язку агресивності з тривожністю, невротизмом, окремими властивостями нервової системи людини, а також вивченню агресивних проявів в осіб з патопсихологічними відхиленнями (В.Блейхер [57], Б.Братусь [67], В.Бройтигам [68], А.Вейн [82], І.Ганеліна [100] та ін.) й агресивних дій психосоматичного характеру (К.Гейер [104], Є.Бойко [64], Л.Рохлін [285], М.Сандомирський [320], В.Симаненков [340], О.Смулевич [350] та ін.). Водночас результати досліджень залежності між рівнем агресивності та окремими індивідуально-психологічними характеристиками особистості не надають цілісної інформації про механізми детермінації агресивних поведінкових проявів, тому що їх симптоми розглядаються відокремлено, а не в комплексі формування психосоматичного порушення.

Сучасна медична практика свідчить про те, що з агресивними проявами у поведінці хворих стикаються лікарі терапевтичних відділень. Проте, більшу кількість наукових праць присвячено вивченню особливостей агресивної поведінки пацієнтів психіатричних клінік, тоді як психосоматичні хворі найчастіше вважаються нормослухняними, а їх агресивні реакції, вплив на перебіг психосоматичного порушення і необхідність корекції їх агресивної поведінки, як правило, залишаються поза увагою дослідників.

Дослідження, метою яких було прослідкувати локалізацію рівня та форми прояву агресії у спектрі «хронотипів», були проведені у терапевтичному відділенні Первомайської міської багатопрофільної централізованої лікарні.

У дослідженнях взяли участь 125 хворих. В ході досліджень використовувались: метод хронометричної проби та методика діагностики показників і форм агресії А.Басса та А.Дарки.

Отримані дані щодо досліджень прояву різних форм агресії наведені в табл. 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8; 5.9; 5.10. У них показані кореляційні відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву агресії.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем *фізичної агресії* (табл. 5.3) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалі: $0,7 \leq X_T < 0,8$.

Кореляційний відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем *вербальної агресії* (табл. 5.4) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотньому порядку виявляється саме в інтервалі: $0,7 \leq X_T < 0,8$.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем *непрямої агресії* (табл. 5.5) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотньому порядку виявляється саме в інтервалі: $0,7 \leq X_T < 0,8$.

Таблиця 5.3

Розподіл показників фізичної агресії у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник агресії Аф (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		r _{X_T, Аф}	r _{Аф, X_T}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	88-110	40	32	0,96	0,97
$0,8 \leq X_T < 0,86$	66-77	20	16	0,68	0,71
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	44-55	23	18	0,49	0,53
$0,94 < X_T \leq 1,0$	11-22	12	10	0,17	0,28
$1,0 < X_T \leq 1,1$	22-23	30	24	0,38	0,49

r_{X_T, Аф} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву фізичної агресії;

r_{Аф, X_T} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву фізичної агресії та значенням хронотипу індивіда

Таблиця 5.4

Розподіл показників вербальної агресії у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник агресії Ав (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		r _{X_T, Ав}	r _{Ав, X_T}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	88-104	39	31	0,98	0,99
$0,8 \leq X_T < 0,86$	64-80	18	14	0,65	0,70
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	64-72	21	17	0,47	0,51
$0,94 < X_T \leq 1,0$	16-24	14	11	0,16	0,27
$1,0 < X_T \leq 1,1$	40-48	33	26	0,35	0,46

r_{X_T, Ав} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву вербальної агресії;

r_{Ав, X_T} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву вербальної агресії та значенням хронотипу індивіда

Таблиця 5.5

Розподіл показників непрямої агресії у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник агресії Ан (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		η _{Хт, Ан}	η _{Ан, Хт}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	91-111	40	32	0,95	0,96
$0,8 \leq X_T < 0,86$	62-65	21	17	0,61	0,68
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	36-62	17	14	0,42	0,54
$0,94 < X_T \leq 1,0$	26-36	12	10	0,18	0,29
$1,0 < X_T \leq 1,1$	62-65	35	28	0,58	0,63

η_{Хт, Ан} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву непрямої агресії;

η_{Ан, Хт} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву непрямої агресії та значенням хронотипу індивіда

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем *негативізму* (табл. 5.6) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,7 \leq X_T < 0,8$ та $0,86 \leq X_T \leq 0,94$.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем *роздратування* (табл. 5.7) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалі: $0,7 \leq X_T < 0,8$.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем *підозрілості* (табл. 5.8) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Таблиця 5.6

Розподіл показників негативізму у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник негативізму Не (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		$\eta_{X_T, He}$	η_{He, X_T}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	60-80	32	26	0,97	0,98
$0,8 \leq X_T < 0,86$	40-60	24	19	0,60	0,67
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	60-80	30	24	0,96	0,97
$0,94 < X_T \leq 1,0$	20-40	19	15	0,28	0,29
$1,0 < X_T \leq 1,1$	20-40	20	16	0,28	0,30

$\eta_{X_T, He}$ – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву негативізму;

η_{He, X_T} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву негативізму та значенням хронотипу індивіда

Таблиця 5.7

Розподіл показників роздратування у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник роздратуван ня Ро (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		$\eta_{X_T, Po}$	η_{Po, X_T}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	90-99	38	30	0,98	0,99
$0,8 \leq X_T < 0,86$	32-45	26	21	0,31	0,42
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	45-48	31	25	0,42	0,47
$0,94 < X_T \leq 1,0$	18-24	18	14	0,22	0,29
$1,0 < X_T \leq 1,1$	9-18	12	10	0,18	0,13

$\eta_{X_T, Po}$ – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву роздратування;

η_{Po, X_T} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву роздратування та значенням хронотипу

Таблиця 5.8

Розподіл показників підозрілості у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник підозрілості Пі (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		η _{Хт, Пі}	η _{Пі, Хт}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	11-33	15	12	0,27	0,28
$0,8 \leq X_T < 0,86$	11-22	10	8	0,26	0,27
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	44-55	21	17	0,56	0,57
$0,94 < X_T \leq 1,0$	99-111	40	32	0,98	0,99
$1,0 < X_T \leq 1,1$	77-88	39	31	0,96	0,97

η_{Хт, Пі} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву підозрілості;

η_{Пі, Хт} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву підозрілості та значенням хронотипу індивіда

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем образи (табл. 5.9) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у

Таблиця 5.9

Розподіл показників образи у спектрі «хронотипу»

«τ – тип» (в сек)	Показник образи Об (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		η _{Хт, Об}	η _{Об, Хт}
		кількість осіб	%		
$0,7 \text{ с} \leq \tau < 0,8 \text{ с}$	26-39	12	10	0,26	0,27
$0,8 \text{ с} \leq \tau < 0,86 \text{ с}$	13-26	9	7	0,16	0,17
$0,86 \text{ с} \leq \tau \leq 0,94 \text{ с}$	52-65	29	23	0,55	0,58
$0,94 \text{ с} < \tau \leq 1,0 \text{ с}$	78-91	35	28	0,96	0,95
$1,0 \text{ с} < \tau \leq 1,1 \text{ с}$	91-104	40	32	0,99	0,98

η_{Хт, Об} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву образи;
η_{Об, Хт} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву образи та значенням хронотипу індивіда

зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *почуттям провини* (табл. 5.10) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Таблиця 5.10

Розподіл показників почуття провини у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник провини Пр (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		η X _T , Пр	η Пр, X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	0-11	11	9	0,16	0,17
$0,8 \leq X_T < 0,86$	0-11	9	7	0,17	0,19
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	44-55	27	22	0,51	0,54
$0,94 < X_T \leq 1,0$	88-99	40	32	0,98	0,99
$1,0 < X_T \leq 1,1$	66-77	38	30	0,95	0,96

η X_T, Пр – кореляційне відношення між значенням хронотипу та почуттям провини;
η Пр, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву почуття провини та значенням хронотипу індивіда

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *проявом аутоагресії* (табл. 5.11) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

На завершальному етапі дослідження підраховувались індекси агресивності та ворожості (табл. 5.12; 5.13).

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та індексом агресивності (табл. 5.12) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалі: $0,7 \leq X_T < 0,8$.

Таблиця 5.11

Розподіл показників аутоагресії у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник провини Ау (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		η X _T , Ау	η Ау, X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	0-12	12	9	0,17	0,18
$0,8 \leq X_T < 0,86$	0-11	8	7	0,18	0,19
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	46-56	28	22	0,52	0,53
$0,94 < X_T \leq 1,0$	87-98	39	32	0,97	0,98
$1,0 < X_T \leq 1,1$	96-97	38	30	0,96	0,97

η X_T, Ау – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем аутоагресії;
η Ау, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем аутоагресії та значенням хронотипу індивіда

Таблиця 5.12

Розподіл індексу агресивності у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник роздратування Іа (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		η X _T , Іа	η Іа, X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	90-99	38	30	0,98	0,99
$0,8 \leq X_T < 0,86$	32-45	26	21	0,31	0,42
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	45-48	31	25	0,42	0,47
$0,94 < X_T \leq 1,0$	18-24	18	14	0,22	0,29
$1,0 < X_T \leq 1,1$	9-18	12	10	0,18	0,13

η X_T, Іа – кореляційне відношення між значенням хронотипу та індексом агресивності;
η Іа, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між індексом агресивності та значенням хронотипу індивіда

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *індексом ворожості* (табл. 5.13) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Таким чином, індивіди, хронотип яких знаходиться в інтервалі: $0,7 \leq X_T < 0,8$, характеризуються високими показниками фізичної, вербальної та непрямой агресії, мають високий індекс агресивності.

Психокорекційна програма, розроблена для таких пацієнтів, має бути спрямована насамперед на зниження рівня агресії, саме в період входження хворим в фазову сингулярність.

Таблиця 5.13

Розподіл індексу ворожості у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник провини Ів (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		η X _T , Ів	η Ів, X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	0-11	11	9	0,16	0,17
$0,8 \leq X_T < 0,86$	0-11	9	7	0,17	0,19
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	44-55	27	22	0,51	0,54
$0,94 < X_T \leq 1,0$	88-99	40	32	0,98	0,99
$1,0 < X_T \leq 1,1$	66-77	38	30	0,95	0,96

η X_T, Ів – кореляційне відношення між значенням хронотипу та почуттям провини;

η Ів, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву почуття провини та значенням хронотипу індивіда

Індивіди, хронотип яких знаходиться в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$ характеризуються високими показниками підозрілості, образи та аутоагресії, мають високий індекс ворожості. Саме на зниження цих показників агресії має бути спрямована комплексна медико-психологічна корекційна програма.

5.1.3. Прогностичні показники прояву депресивних станів

Незважаючи на розвиток знань у галузі психіатрії, проблема діагностики та лікування депресивних розладів не втрачає актуальності. За даними ВООЗ щороку у світі на депресію, що клінічно діагностується, хворіють принаймні 200 млн. осіб, і ця цифра постійно зростає [136]. Кожна восьма людина хоч би раз за життя потребує спеціальної антидепресивної терапії. Приблизно 2/3 пацієнтів з депресією, що діагностовано, схильні до суїцидальних спроб і 10–15% здійснюють суїцид. 25% усіх пацієнтів первинної мережі медичної допомоги страждають на якийсь психічний розлад, головним чином депресивний і тривожний. Принаймні у 10% всіх користувачів первинної медичної мережі має місце велика депресія (Ф.Березін [45], В.Блейхер [56], В.Гиндикін [107], Б.Карвасарський [153], М.Коробіцина [174], О.Смулевич [346], Є.Соколова [358]).

Амбулаторна загальносоматична допомога є первинною ланкою медичної допомоги. Саме на цьому етапі відбувається первинна діагностика і, за необхідністю, подальша профільна лікувально-діагностична орієнтація пацієнтів. У 60–70% випадків при соматичних захворюваннях зустрічаються порушення психіки (О.Квасенко [159], О.Напресенко [238], В.Менделевич [225], В.Ніколаєнко [244], Р.Оганов [246], С.Парцерняк [255]).

За даними багатьох авторів у 1/3 випадків лікар загального профілю стикається з тими чи іншими психічними розладами, і лише 2–4% з цих пацієнтів у подальшому звертаються до психіатра. Така обставина великою мірою пов'язана зі страхом перед системою психіатричної допомоги, зі стигматизацією як психічно хворих, так і психіатричної служби, а також з історично сформованим упередженням населення щодо психіатричних захворювань. Найбільш складною в цьому плані є проблема психосоматичних і соматопсихічних розладів, психічний радикал яких пацієнту невідомий. Водночас пацієнти розуміють, що наслідком встановлення психіатричного діагнозу може бути взяття на диспансерний облік і, відповідно, певні соціальні обмеження. У зв'язку з цим від 30 до 50% хворих, які потребують

психіатричної допомоги, мігрують від фахівця до фахівця у пошуках матеріального субстрату свого страждання. Нерідко такі звернення призводять до встановлення помилкових діагнозів. Поряд з цим психічні розлади погіршують перебіг соматичного захворювання і, ускладнюючи їх клінічну картину, примушують лікарів до значної кількості непотрібних досліджень і лікувальних втручань. Найважливішою причиною подібних ситуацій є субдепресивні і депресивні стани, які необхідно *попередити на перших етапах* прояву психосоматичних розладів. За даними R.Malto 22% подібних хворих відбирають до 50% часу лікаря загальної практики [510]. Зважаючи на величезну кількість даремних досліджень і терапевтичних, а часом і хірургічних втручань, негативні наслідки стосуються не лише окремих пацієнтів, а й недоцільних економічних витрат системи охорони здоров'я в цілому.

Вказані проблеми викликають необхідність удосконалення системи клініко-психолого--діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення медичного обслуговування осіб з депресивними розладами в умовах загальносоматичної територіальної поліклініки та їх своєчасне прогнозування, а відповідно і попередження.

На базі терапевтичного кабінету територіальної поліклініки №2 міста Первомайська обстежено 350 пацієнтів: 186 (58,1%) жінок і 164 (46,9%) чоловіків. Відбір пацієнтів здійснювався з урахуванням їх діагнозу – нозологічної форми психосоматичного захворювання. Вік хворих коливався від 18 до 67 років, середній вік респондентів становив $51,6 \pm 17,2$ років. Всі пацієнти звернулися у поліклініку до дільничного терапевта з власної ініціативи. Звернення з приводу загострення хронічних захворювань становили 287 (82,0%) випадків і з приводу гострих станів – 63 (18,0%) випадків. 189 (54,0%) пацієнтів були у пенсійному віці, 161 (46,0%) – у працездатному віці. При цьому 133 (38,0%) респондентів пенсійного віку продовжували працювати, 56 (16,0%) пацієнтів, які не досягли пенсійного віку, протягом різних проміжків часу не мали роботи і перебували на утриманні своїх сімей. З різних причин 4

(1,7%) пацієнта мали I, 14 (4,0%) – II і 21 (6,0%) – III групу інвалідності. За тривалістю захворювання пацієнти розподілилися наступним чином: до 6 місяців – 82 (23,4%), від 7 до 12 місяців – 6 (1,7%), від 1 до 2 років 17 (3,8%), 3 та більше років – 245 (70,0%). Всі пацієнти, що звернулися до поліклініки, були обстежені клінічно з застосуванням необхідних лабораторних та інструментальних методів в залежності від їхнього основного захворювання.

Для верифікації соматичної патології результати об'єктивного загальноклінічного обстеження і документально підтверджені анамнестичні відомості обговорювались з лікарями соматичного профілю.

В процесі вивчення структури соматичної патології респондентів були отримані наступні дані: 5 (1,4%) – жовчнокам'яна хвороба, 16 (4,6%) – холецистит, 11 (3,1%) – хронічна недостатність кровообігу, 40 (11,4%) – хронічна ішемічна хвороба серця, 9 (2,6%) – хронічний коліт, 7 (2,0%) – цукровий діабет, 32 (9,1%) – функціональні розлади ритму серця з брадикардіями, 65 (18,6%) – інфаркт міокарда в анамнезі, 18 (5,1%) – артеріальна есенціальна гіпертензія, 7 (2,0%) – залишкові явища після порушення мозкового кровообігу, 73 (20,9%) – транзиторні ішемічні порушення мозкового кровообігу, 6 (1,7%) – хронічний гастрит, 17 (4,9%) – хронічний бронхіт, 11 (3,1%) – бронхіальна астма, 24 (6,9%) – гіпертонічна хвороба, 9 (2,6%) – залишкові явища після ОРВІ.

Клінічне психіатричне обстеження, використання дослідницьких критеріїв МКХ-10, шкали Гамільтона, а також опитувальника Бека дозволило виявити депресивні розлади у 265 (75,7%) хворих. Відповідно у 85 пацієнтів (24,3%) не було виявлено достатньої кількості ознак, необхідних для діагностування депресивних розладів. Ці особи розглядались в дослідженні як контрольна група по відношенню до респондентів з депресіями.

Статистична обробка отриманих даних містила в собі визначення середнього арифметичного відхилення та застосування, при наявності,

кореляційних відношень між значенням хронотипу індивіда та рівнем прояву депресивних станів (табл. 5.14).

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *рівнем прояву депресивного стану* (табл. 5.14) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах:

$$0,94 < X_T \leq 1,0 \quad \text{та} \quad 1,0 < X_T \leq 1,1.$$

При аналізі груп хворих за формами соматичної патології було виявлено, що у пацієнтів з депресією достовірно частіше спостерігались гіпертонічна хвороба, атеросклеротична енцефалопатія, хронічна ішемічна хвороба серця з інсультами, транзиторні ішемічні порушення кровообігу, функціональні розлади ритму серця з брадикардіями ($p < 0,05$).

Основні прояви, які дозволили віднести стан до депресивного, стосувались настрою, ідеаторної, моторної і соматичної сфер пацієнтів. У 20

Таблиця 5.14

Розподіл показників рівня депресивного стану у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник депресії Де (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		r _{X_T, Де}	r _{Де, X_T}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	7	16	4,6	0,16	0,17
$0,8 \leq X_T < 0,86$	8	6	1,7	0,17	0,19
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	12	21	6	0,51	0,54
$0,94 < X_T \leq 1,0$	28	265	75,7	0,98	0,99
$1,0 < X_T \leq 1,1$	18	42	12	0,95	0,96

r_{X_T, Де} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем депресивного стану;

r_{Де, X_T} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву депресивного стану та значенням хронотипу індивіда

випадках (23,5% від кількості осіб з депресіями) переважно в межах депресії легкого ступеню спостерігалась невиразність симптоматики, її поліморфізм та

надзвичайна мінливість.

У 23 (27,1%) пацієнтів спостерігалось пароксизмальне почуття туги. Воно виникало раптово, без видимої причини і нерідко супроводжувалось суїцидальними думками. У 17 досліджених були зареєстровані афективні порушення. Ці пацієнти відзначали почуття суму, спустошеності, байдужості, зниження інтересів та потягів. Вони відчували невпевненість у собі, були невдоволені будь-якими власними діями та вчинками.

У пацієнтів спостерігалось поступове зростання невпевненості в собі, негативне ставлення до власних вчинків, невдоволеність своїм станом. При цьому на тлі постійно заниженого настрою спостерігалась надзвичайна емоційна хиткість з переважною спрямованістю модуля афективних реакцій у бік поглиблення гіпотимії. Хворі як правило заперечували наявність заниженого настрою, однак, доволі часто відзначали афективну напруженість та висували численні скарги, що за суттю відповідали депресивному настрою. Більшість пацієнтів (71, 86%) користувались при цьому іншими (не характерними для депресії) лексичними формами.

Виділено наступні варіанти депресивних розладів.

Іпохондричний варіант. Депресивна симптоматика була тісно пов'язана з переживаннями соматичного дискомфорту і оцінювалась хворими як природна реакція на наявне, хоч і поки що не розпізнане соматичне захворювання. При виражених, стійких вісцero-вегетативних порушеннях, які спостерігались у 17 (20,3%) випадках, пацієнти повністю пов'язували власний стан з проявами основного захворювання, вважаючи такий фон настрою необхідним його компонентом. В 8 випадках було зафіксовано ритмічні погіршення у соматичній сфері, що за періодичністю нагадували добові коливання настрою.

Астенічний варіант. Депресивну симптоматику презентовано головним чином адинамічними, анергічними проявами зі скаргами на слабкість, втомлюваність, "знесилення", відсутність інтересу до всіх аспектів життя, окрім хвороби.

Дисфоричний варіант. На перший план виступала дратівливість, гнівливість, підозрілість пацієнтів. В амбулаторній практиці цей варіант спостерігався досить часто. Таких пацієнтів можна чути вже в коридорі за межами кабінету, оскільки з їх появою виникають галас та сварки. В кабінеті вони також сварливі, дратівливі, гнівливі, під час бесіди тримаються насторожено, а нерідко й агресивно, негативно ставляться до висновків лікаря і до призначеного лікування. В процесі тривалої бесіди вдавалось “пом’якшити” напруженість пацієнта, однак психотерапевтичний ефект в таких випадках був вельми нестабільним.

В таблиці 5.15 представлено перелік виявлених нами у терапевтичних пацієнтів симптомів депресивних станів та частоти, з якими вони зустрічались.

За ступенем прояву депресії згідно з МКХ-10 пацієнти розподілились наступним чином: легка – 60 (71%) хворих; поміркована – 19 (22%) пацієнтів; тяжка – 6 (7%) хворих. Для об’єктивізації ступеня тяжкості депресивних розладів та їх кількісного аналізу використовувалась школа Гамільтона для оцінки депресій (HDRS-21). Сумарне значення в 7–16 балів за шкалою розцінювалось як малий депресивний епізод, вище за 16 балів – як великий депресивний епізод.

При застосуванні даного діагностичного інструменту задля уникнення гіпердіагностики депресивного розладу або переоцінки ступеня її тяжкості соматичним пунктам (наприклад, відсутність апетиту, втомлюваність) надавалось меншого значення, ніж таким пунктам як суїцидальні думки, почуття вини, відчуття себе невдахою. Результати тестування завжди порівнювались з даними, отриманими в процесі патопсихологічного обстеження.

Таблиця 5.15

Основні симптоми афективних розладів у досліджених хворих (N=85)

Симптоми депресивних розладів	п	%
виражена втрата інтересу до діяльності, яка раніше завжди була приємною для цієї особи, або нездатність відчувати від неї задоволення	78	95,5
відсутність реакції на подію або дію, які в нормі викликають активний відгук	79	96,3
пробудження зранку на дві та більше години раніше звичайного часу	47	57,3
підсилення пригніченого настрою в ранішні години	51	62,1
об'єктивні ознаки вираженої психомоторної загальмованості або ажитації (відзначені та описані іншими особами)	26	31,7
помітне зниження апетиту	48	58,5
втрата маси тіла (5% або більше у порівнянні з показником, зареєстрованим у минулому місяці)	27	32,9
явна втрата лібідо	56	68,2
зниження життєвої енергії, активності	29	35,3
безсоння	27	32,9
втрата впевненості у собі, почуття неповноцінності	25	30,4
сльозливість	4	4,8
утруднення концентрування уваги	31	37,8
соціальна відгородженість	11	13,4
почуття безнадійності, відчаю	13	15,8
зниження говірливості	8	9,7
песимістичні погляди на майбутнє або похмурі роздуми про минуле	23	28,0

Встановлено наступну нозологічну структуру депресій: 44,6% (38) – реактивні (переважно нозогенні) депресії, 35,3% (30) – дистимії, 2,4% (2) – ендогенні, 7,0% (6) – органічні, 7,0% (6) – соматогенні, 3,5% (3) – ятрогенні депресії. До останньої категорії було віднесено пацієнтів з депресивною симптоматикою, яка виникла у зв'язку з вживанням депресогенних препаратів і нівелювалась після їх заміни.

Було виявлено, що нозогенні депресії частіше зустрічаються при *тяжких соматичних захворюваннях*, дистимії частіше сполучені з *затяжними*

хронічними захворюваннями, циклотимії – при гастроентерологічній патології, а судинні – при захворюваннях серцево-судинної системи.

Ятрогенні депресії мали місце при вживанні дигіталіса, кортикостероїдів, циметидіна.

Депресивні стани часто протікали під виглядом соматичної патології. Серед психопатологічних масок було виявлено тривожно-фобічні, obsесивно-компульсивні, іпохондричні, неврастенічні розлади. Безсоння і гіперсомнія розглядались як маски порушення біологічних ритмів.

Розповсюдженими були соматичні “маски” у вигляді синдрому вегето-судинної дистонії, запаморочення, функціональних порушень внутрішніх органів, нейродерміту, шкіряного свербіння, анорексії, булімії, імпотенції, порушень менструального циклу.

Серед “масок” у формі *алгій* спостерігались кардіалгії, абдоміналгії, фіброміалгії, невралгії, спонділоалгії, псевдоревматичні артралгії. Патохарактерологічні маски виявлялись через розлади потягів, антисоціальну поведінку, істеричні реакції.

Наявність “масок” було виявлено в 69 (81,2%) випадках. У 8 (9,4%) випадках було констатовано наявність психопатологічних масок, в 3 (3,5%) випадках вони спостерігались у формі порушень біологічного ритму, в 30 (35,3%) випадках – в формі вегето-судинних кризів, в 22 (25,9%) – в формі алгій і в 6 (7,0%) випадках – в формі патохарактерологічних зсувів.

Вказані “маски” мали різний розподіл серед виділених форм депресивних станів: психопатологічні маски частіше зустрічались при циклотимії, рідше – при дистимічних розладах і реактивних депресіях.

Порушення біоритмів сну з однаковою частотою зустрічалось у пацієнтів з реактивною, органічною і ятрогенною депресією. Вегетосоматичні маски були переважно притаманні дистиміям і реактивним депресіям, з однаковою частотою спостерігались при органічних депресіях і циклотимії, і лише один раз – при ятрогенії.

Алгічні “маски” були пріоритетні для реактивних станів, дещо менше –

для дистимій і з однаковою частотою зустрічались при органічних і соматогенних депресіях. Патохарактерологічні маски переважали при дистиміях, рідше спостерілись при реактивних депресіях і в одиничному випадку – при циклотимії.

Достовірної різниці між кількісними показниками розповсюдження різних масок при окремих видах соматичної патології виявлено не було, однак простежувались певні тенденції. Так, всі основні форми масок зустрічались дещо частіше при захворюваннях органів серцево-судинної системи. Алгії приблизно однаково часто спостерігались при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, центральної нервової і серцево-судинної систем. “Психопатологічні маски” депресії дещо частіше були сполучені із захворюваннями органів травлення.

Таким чином, система допомоги терапевтичним пацієнтам з депресивними розладами повинна будуватись на принципах комплексного підходу, що інтегрує різні області медичних і соціально-психологічних знань і практик. На нашу думку, з метою оптимізації надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в умовах первинної ланки медико-психологічної практики необхідне впровадження низки організаційних заходів, а саме:

- 1) підвищення освітнього рівня дільничних лікарів-терапевтів територіальних поліклінік за допомогою спеціально розроблених навчальних програм щодо розпізнання та лікування пацієнтів з афективною патологією;

- 2) інтеграція психологічної допомоги з соматичною патологією за принципом “на себе” (спільна робота психолога і лікаря-терапевта в умовах кабінету дільничного терапевта);

- 3) сортування пацієнтів з виокремленням певних годин і днів прийому для осіб з афективною патологією;

- 4) формулювання діагнозу таким чином, щоб на перший план було висунуто соматичну патологію, а афективна патологія була представлена як наслідок соматичного розладу або супутнє (не основне) захворювання;

5) здійснення просвітницької роботи серед пацієнтів з інформуванням про характер афективних розладів і необхідність своєчасної спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги, а також про її етичні принципи.

5.1.4. Прогностичні показники психологічної характеристики темпераменту

Опитувальник за методикою визначення психологічної характеристики темпераменту Д.Райгородського (див. додаток К) дозволив нам діагностувати наступні полярні його властивості: екстраверсію – інтроверсію, ригідність – пластичність, емоційну збудливість – емоційну врівноваженість, темп реакцій (швидкий – повільний), активність (високу – низьку) у типологічних групах безперервного спектру «т – типів».

Методика визначення психологічної характеристики темпераменту дозволила виявити індивідуально-типологічні властивості особистості у 760 хворих та їх локалізацію у спектрі «хронотипу» (табл. 5.16; 5.17; 5.18; 5.19; 5.20).

Як переконують результати дослідження прояви екстра-інтровертованості індивідів у спектрі «хронотипу» (табл. 5.16), у окремих діапазонах наступні:

$0,7 \leq X_T < 0,8$ – екстраверсія дуже висока;

$0,8 \leq X_T < 0,86$ – екстраверсія висока;

$0,86 \leq X_T \leq 0,94$ – середній рівень екстра-інтровертованості;

$0,94 < X_T \leq 1,0$ – інтроверсія висока;

$1,0 < X_T \leq 1,1$ – інтроверсія дуже висока

Таблиця 5.16

Рівень показників екстраверсії-інтроверсії у спектрі «хронотипу»

Екстраверсія (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
22-26	$0,7 \leq X_T < 0,8$	114	15
17-21	$0,8 \leq X_T < 0,86$	305	40
12-16	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	53	7
7-11	$0,94 < X_T \leq 1,0$	190	25
0-6	$1,0 < X_T \leq 1,1$	98	13

Результати дослідження (табл. 5.17) доводять, що показники прояву ригідності – пластичності у спектрі «хронотипу» мають наступний вигляд:

$0,7 \leq X_T < 0,8$ – пластичність дуже висока;

$0,8 \leq X_T < 0,86$ – пластичність висока;

$0,86 \leq X_T \leq 0,94$ – середній рівень пластичності-ригідності;

$0,94 < X_T \leq 1,0$ – ригідність висока;

$1,0 < X_T \leq 1,1$ - ригідність дуже висока.

Показники емоційної збудливості – врівноваженості у типологічних групах (табл. 5.18) мають наступний вигляд:

$0,7 \leq X_T < 0,8$ – емоційна збудливість дуже висока;

$0,8 \leq X_T < 0,86$ – емоційна збудливість висока;

$0,86 \leq X_T \leq 0,94$ – середній рівень емоційної збудливості - врівноваженості;

$0,94 < X_T \leq 1,0$ – емоційна врівноваженість висока;

$1,0 < X_T \leq 1,1$ – емоційна врівноваженість дуже висока.

Таблиця 5.17

Рівень показників ригідності - пластичності у спектрі «хронотипу»

Ригідність (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
0-2	$0,7 \leq X_T < 0,8$	116	15
3-6	$0,8 \leq X_T < 0,86$	303	40
7-11	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	50	7
12-15	$0,94 < X_T \leq 1,0$	195	25
16-23	$1,0 < X_T \leq 1,1$	100	13

Таблиця 5.18

Рівень показників емоційної збудливості - врівноваженості у спектрі «хронотипу»

Емоційна збудливість (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
18-20	$0,7 \leq X_T < 0,8$	115	15
14-17	$0,8 \leq X_T < 0,86$	304	40
8-13	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	54	7
4-7	$0,94 < X_T \leq 1,0$	194	25
0-3	$1,0 < X_T \leq 1,1$	97	13

Важливою характеристикою темпераменту є темп реакцій. Порівнюючи показники хронотипу індивіда та темпу реакцій (див. табл.5.19), приходимо до висновку, що в інтервалах:

$0,7 \leq X_T < 0,8$ – темп реакцій дуже високий;

- $0,8 \leq X_T < 0,86$ – темп реакцій високий;
 $0,86 \leq X_T \leq 0,94$ – темп реакцій середній;
 $0,94 < X_T \leq 1,0$ – темп реакцій повільний;
 $1,0 < X_T \leq 1,1$ – темп реакцій дуже повільний.

Таблиця 5.19

Рівень показників темпу реакцій у спектрі «хронотипу»

Темп реакцій (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
18-20	$0,7 \leq X_T < 0,8$	118	17
14-19	$0,8 \leq X_T < 0,86$	301	38
9-13	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	58	8
5-8	$0,94 < X_T \leq 1,0$	195	26
0-4	$1,0 < X_T \leq 1,1$	92	12

Висока та низька активність є складовою характеристики темпераменту.

Її розподіл у спектрі «хронотипів» наступний (див. табл. 5.20):

- $0,7 \leq X_T < 0,8$ – темп реакцій дуже високий;
 $0,8 \leq X_T < 0,86$ – темп реакцій високий;
 $0,86 \leq X_T \leq 0,94$ – темп реакцій середній;
 $0,94 < X_T \leq 1,0$ – темп реакцій повільний;
 $1,0 < X_T \leq 1,1$ – темп реакцій дуже повільний.

Отримані результати дослідження психологічних характеристик темпераменту дають змогу прийти до висновків, що темперамент індивіда, хронотип якого знаходиться в інтервалі:

1. $0,7 \leq X_T < 0,8$ характеризується дуже високою екстраверсією, дуже високою пластичністю, дуже високою емоційною збудливістю, дуже високим темпом реакцій та дуже високою активністю.

2. $0,8 \leq X_T < 0,86$ характеризується високою екстраверсією, високою

пластичністю, високою емоційною збудливістю, високим темпом реакцій та високою активністю.

Таблиця 5.20

Рівень показників активності у спектрі «хронотипу»

Темп реакцій (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
22-26	$0,7 \leq X_T < 0,8$	110	15
21-23	$0,8 \leq X_T < 0,86$	309	40
14-20	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	54	7
9-13	$0,94 < X_T \leq 1,0$	200	27
0-8	$1,0 < X_T \leq 1,1$	91	11

3. $0,86 \leq X_T \leq 0,94$ характеризується середнім рівнем екстраінтровертованості, ригідності – пластичності, емоційної збудливості – врівноваженості, середнім темпом реакцій та активності.

4. $0,94 < X_T \leq 1,0$ характеризується високою інтроверсією, ригідністю, емоційною врівноваженістю, низьким темпом реакцій та низькою активністю.

5. $1,0 < X_T \leq 1,1$ характеризується дуже високою інтроверсією, ригідністю, емоційною врівноваженістю, низьким темпом реакцій та низькою активністю.

Дані показники визначення психологічної характеристики темпераменту хворих на психосоматичні розлади виступили у якості прогностичних критеріїв хронопсихологічного прогнозування перебігу цих порушень, тобто визначили психотип «хронопсихологічного портрету» хворих на ці захворювання (див. параграф 5.3).

5.1.5. Прогностичні показники форми прояву локусу суб'єктивного контролю

Рівень суб'єктивного контролю пов'язаний із відчуттям людиною своєї сили, гідності, відповідальності за те, що відбувається, із самоповагою, соціальною зрілістю та самостійністю особистості.

Ці показники, а саме шкала інтернальності – ІЗ (індекс здоров'я), мають безпосереднє відношення і до стану здоров'я та хвороби (див. додаток В). Так високі показники ІЗ є підтвердженням того, що людина вважає себе багато в чому відповідальною за своє здоров'я: якщо вона хвора, то переважно звинувачує в цьому себе та вважає, що одужання переважно залежить від її дій. Людина з низьким ІЗ вважає здоров'я та хворобу результатом випадку та сподівається на те, що одужання настане внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів.

Таке відношення до здоров'я та хвороби має безпосередній зв'язок із тривалістю процесу реконвалесценції (одужання) пацієнта, який страждає на психосоматичне захворювання. У зв'язку з цим виникає запитання: чи узгоджуються показники інтернальності здоров'я зі значенням хронотипу?

Психологічне обстеження, а саме, застосування у якості психологічного інструментарію метода хронометричної проби та опитувальника РСК (рівня суб'єктивного контролю) Роттера дозволило діагностувати локалізацію контролю над значущими подіями та здоров'ям у 350 хворих. Цей опитувальник дозволив диференціювати людей двох типів – інтерналів та екстернатів у спектрі «хронотипів».

Статистична обробка отриманих даних містила в собі визначення середнього арифметичного відхилення та застосування, при наявності, кореляційних відношень між значенням хронотипу індивіда та рівнем суб'єктивного контролю (табл. 5.21; 5.22; 5.23).

Було проаналізовано кількісні та якісні показники РСК за шкалою ІЗ в окремих діапазонах інтернальності, порівнюючи отриманий «профіль» у спектрі «хронотипів» з нормою.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *рівнем суб'єктивного контролю* (табл. 5.21) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,7 \leq X_T < 0,8$ та $0,8 \leq X_T < 0,86$.

Таблиця 5.21

Рівень суб'єктивного контролю у спектрі «хронотипів» з відхиленням вліво (4 та менше стенів за шкалою ІЗ)

«хронотип»	Показник РСК (в стенах)	Кількісний розподіл досліджуваних (350 = 100 %)		η X _T , РСК	ηРСК, X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	1-2	265	75,7	0,98	0,99
$0,8 \leq X_T < 0,86$	3-4	42	12	0,65	0,70
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	3-4	21	6	0,47	0,51
$0,94 < X_T \leq 1,0$	4	16	4,6	0,26	0,27
$1,0 < X_T \leq 1,1$	4	6	1,7	0,15	0,16

η X_T, РСК – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем суб'єктивного контролю;

η РСК, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем суб'єктивного контролю та значенням хронотипу індивіда

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *рівнем суб'єктивного контролю* (табл. 5.22) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *рівнем суб'єктивного контролю* (табл. 5.23) показує, що високий зв'язок як у

прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалі: $0,86 \leq X_T \leq 0,94$.

Таким чином, дослідження самооцінки хворих на психосоматичні захворювання з різними типами суб'єктивного контролю показали, що хронотип індивідів з низьким РСК здебільшого знаходиться в діапазонах: $0,7 \leq X_T < 0,8$ та $0,8 \leq X_T < 0,86$. Вони відносяться до екстернального типу рівня суб'єктивного контролю.

Таблиця 5.22

Локалізація рівня суб'єктивного контролю у спектрі «хронотипів» з відхиленням вправо (6 та більше стенів за шкалою ІЗ)

«хронотип»	Показник РСК (в стенах)	Кількісний розподіл досліджуваних (350 = 100 %)		r _{X_T, РСК}	r _{РСК, X_T}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	6	14	4	0,16	0,15
$0,8 \leq X_T < 0,86$	8	6	1,7	0,12	0,19
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	12	18	5	0,31	0,34
$0,94 < X_T \leq 1,0$	28	136	73	0,96	0,95
$1,0 < X_T \leq 1,1$	18	176	49	0,98	0,99

r_{X_T, РСК} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем суб'єктивного контролю;

r_{РСК, X_T} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем суб'єктивного контролю та значенням хронотипу індивіда

Хронотип індивідів з високим РСК знаходиться в діапазонах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$. Вони відносяться до інтернального типу рівня суб'єктивного контролю. У діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$ знаходяться індивіди з нормальним значенням стена, тобто займають проміжне положення між екстернальним та інтернальним РСК.

Локалізація рівня суб'єктивного контролю у спектрі «хронотипів» з нормою

«хронотип»	Показник РСК (в стенах)	Кількісний розподіл досліджуваних (350 = 100 %)		η _{X_T} , РСК	η _{РСК} , X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	4-5	14	3	0,17	0,16
$0,8 \leq X_T < 0,86$	4-5	44	13	0,14	0,16
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	5	228	65	0,97	0,96
$0,94 < X_T \leq 1,0$	28	48	14	0,56	0,55
$1,0 < X_T \leq 1,1$	18	16	5	0,48	0,49

η_{X_T}, РСК – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем суб'єктивного контролю;

η_{РСК}, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем суб'єктивного контролю та значенням хронотипу індивіда

Хронотип індивідів з високим РСК знаходиться в діапазонах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$. Вони відносяться до інтернального типу рівня суб'єктивного контролю. У діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$ знаходяться індивіди з нормальним значенням стена, тобто займають проміжне положення між екстернальним та інтернальним РСК. Підводячи підсумки, можна стверджувати, що тип локусу суб'єктивного контролю узгоджується із значенням хронотипу у типологічних групах та визначає психотип особистості, яка страждає на психосоматичне захворювання.

5.1.6. Прогностичні показники прояву типу поведінки у конфлікті

Для опису «психологічного портрету» хворого на психосоматичне захворювання, важливим компонентом є опис типів поведінки таких людей у конфліктах.

Для опису типів поведінки людей у конфліктах К.Томас вважає, що можна застосувати двомірну модель регулювання конфліктів, в якій

основоположними є кооперація, пов'язана із увагою людини до інтересів інших людей, які залучені до ситуації, та настирливість, для якої характерний акцент на власних інтересах (див. додаток Ж).

Водночас людині притаманний певний тип поведінки в конфліктній ситуації, хоча іноді вона може пожалкувати, що саме так вчинила у розв'язанні проблеми. Тобто тип поведінки людини в конфліктній ситуації зумовлений, насамперед, типологією особистості. У зв'язку із цим спробуємо дослідити узгодженість між значенням хронотипу та типом поведінки в конфлікті.

У 340 досліджуваних тип поведінки у конфліктній ситуації практично узгоджується із значенням «хронотипу» (див. табл. 5.24).

Було виділено п'ять засобів регулювання конфліктів у спектрі «хронотипів», що визначаються у відповідності із двома засадними вимірюваннями (кооперація та конкуренція).

А саме:

1. Конкуренція. Цей тип поведінки (22%) переважає в індивідів із значенням хронотипу в діапазоні: $0,7 \leq X_T < 0,8$.

Вдаючись до такого типу поведінки, кожен із учасників конфлікту прагне перемоги, турбується лише про свої інтереси. Водночас, постійне прагнення перемогти має вплив на психосоматичний стан людини.

2. Уникання (втеча). Цей тип поведінки (17%) переважає в індивідів із значенням хронотипу в діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$.

Загалом, уникання, з одного боку, може бути “втечею” від проблеми та відповідальності, а з другого — цілком конструктивною реакцією на конфліктну ситуацію. І якщо людина ігнорує її, не виражає свого ставлення до неї, то цілком можливо, що конфлікт розв'яжеться сам собою. За інших умов людина може повернутися до проблеми тоді, коли відчує готовність до цього.

Таблиця 5.24

Прояви типу поведінки в конфліктній ситуації у спектрі «хронотипів»

«хронотип»	Кількісний розподіл дослід-их (340= 100 %)		Конку-ренція	Співробіт-ництво	Уникан-ня	Присто-сування	Комп-роміс
	кількі-сть осіб	%					
$0,7 \leq x < 0,8$	75	22	11-12	3-4	1-2	1-2	1-2
$0,8 \leq x < 0,86$	125	37	7-9	8-9	4-5	11-12	8-9
$0,86 \leq x \leq 0,94$	33	10	6-7	7-8	5-6	5-6	10-12
$0,94 < x \leq 1,0$	58	17	1-3	4-5	10-12	7-8	4-5
$1,0 < x \leq 1,1$	49	14	3-4	11-12	3-4	3-4	3-4
η_x, T_k			0,97	0,98	0,98	0,97	0,98
$\eta_{T_k, x}$			0,98	0,99	0,99	0,98	0,99

10-12 балів за шкалою – відповідає даному типу поведінки у конфлікті;
 7-9 балів за шкалою – частково відповідає даному типу поведінки (за певних обставин);
 < 9 балів за шкалою – не відповідає даному типу поведінки.

3. Пристосування. Цей тип поведінки (37%) переважає в індивідів із значенням хронотипу в діапазоні: $0,8 \leq X_t < 0,86$.

У кожному разі індивід іде на поступки, погоджується з тим, на чому наполягає його опонент.

Пристосування дещо нагадує уникання, оскільки передбачає перенесення вирішення проблеми на пізніше. Відмінність пристосування полягає в тому, що індивід діє разом зі своїм опонентом, пристає на його вимоги, пропозиції. Вдаючись до уникання, він нічого не робить для задоволення інтересів опонента, а просто відштовхує від себе проблему. Поступаючись, погоджуючись або жертвуючи своїми інтересами на користь протилежної сторони, індивід може пом'якшити конфліктну ситуацію і відновити гармонію. Нерідко він використовує період затишшя, щоб виграти час і потім домогтися бажаного рішення.

Отже, пристосовуючись до думки іншого, людина пом'якшує конфліктну ситуацію, що може відновити гармонію.

4. Співробітництво. Така поведінка (14%) переважає в індивідів із значенням хронотипу в діапазоні: $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Спрямована на пошук рішення, яке б задовольняло інтереси всіх сторін. Тому втягнуті в конфлікт сторони, захищаючи свої інтереси, намагаються плідно співпрацювати. Цей тип поведінки вимагає тривалішої роботи, оскільки індивіди спочатку висловлюють свої турботи, інтереси, потреби, а потім обговорюють їх. За наявності достатнього часу, актуальності проблеми для обох сторін цілком можливе вироблення взаємовигідного рішення. Особливо ефективне співробітництво, коли сторони мають різні приховані потреби, стратегічні цілі й плани на майбутнє, що і є безпосереднім джерелом конфлікту. Але спершу вони повинні відмовитися від сильного протистояння, обговорити проблему, шукаючи найраціональніших способів її розв'язання.

Попри те, що тип співробітництва потребує значних зусиль, немало часу, вміння висловити свої потреби, вислухати протилежну сторону, вироблення альтернативних варіантів розв'язання проблеми, він є найефективнішим щодо задоволення інтересів обох сторін у складних конфліктних ситуаціях. За такого типу поведінки домінує принцип: “Я прагну виграти і хочу, щоб Ви виграли також”.

Співробітництво є мудрим підходом у розв'язанні проблеми, найпродуктивнішою стратегією і стилем поведінки у конфліктах. Воно є конструктивним способом виходу із конфлікту, задоволення інтересів обох сторін.

5. Компроміс. Цей тип поведінки (10%) переважає в індивідів із значенням хронотипу в діапазоні: $0,86 \leq X_T \leq 0,94$.

Передбачає врегулювання проблеми шляхом взаємних поступок. Він є особливо ефективним, якщо сторони усвідомлюють, що одночасне досягнення одного й того самого неможливе.

У деяких ситуаціях співробітництво виявляється непридатним (наприклад, жодна із сторін не має часу чи сил для співробітництва або їх інтереси взаємовиключаються). За таких умов може спрацювати компроміс. Він також часто є вдалим відступом або останньою можливістю знайти оптимальне рішення. Однак, якщо компроміс був досягнутий без ретельного аналізу інших можливих варіантів розв'язання проблеми, він може не бути оптимальним виходом з конфлікту.

Результати дослідження підлягли статистичному аналізу, за допомогою якого підраховувалось кореляційне відношення між «хронотипом» та домінуючим типом поведінки у конфліктній ситуації як у прямому, так і у зворотному порядку. Зв'язок виявився досить високим:

- 1) $r_{X_T, T_K} = 0,97 - 0,98$;
- 2) $r_{T_K, X_T} = 0,98 - 0,99$.

Існування високого зв'язку загалом можна пояснити тим, що тривалість «дійсного справжнього» є вродженою константою, що відображає індивідуально-типологічні особливості особистості, які переважно і зумовлюють виразність тенденції до прояву відповідної форми поведінки загалом та в конфліктних ситуаціях зокрема.

5.1.7. Прогностичні показники оцінки властивостей особистості

За шкалами опитувальника Міні-мульти ми діагностували схильність або наявність прояву стану іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, паранояльності, психастенії, шизоїдності та гіпоманії у хворих на психосоматичні захворювання.

Психологічне обстеження, а саме, застосування у якості психологічного інструментарію метода хронометричної проби та опитувальника Міні-мульти дозволило діагностувати властивості особистості у 500 хворих та їх локалізацію у типологічних групах (табл. 5.25). Ми прорахували параметри розподілу - його числові характеристики, що вказують, де "в середньому"

розташовуються значення ознаки, з метою побачити, наскільки ці значення змінюються, і чи спостерігаються домінування певних значень ознаки.

Результати дослідження переконують, що властивості особистості узгоджуються із значенням хронотипу у типологічних групах, а саме:

- $0,7 \leq X_T < 0,75$ – переважає істерія;
- $0,75 \leq X_T < 0,8$ – переважає психопатія;
- $0,8 \leq X_T \leq 0,85$ – переважає психастенія;
- $0,85 < X_T \leq 0,9$ – переважає гіпоманія;
- $0,91 \leq X_T \leq 0,94$ – переважає іпохондрія;
- $0,94 < X_T \leq 0,99$ – переважає депресія;
- $1,0 \leq X_T \leq 1,01$ – переважає шизоїдність;
- $1,01 < X_T \leq 1,03$ – переважає паранояльність.

Така диференціація властивостей особистості необхідна і в медицині, й у психології тому, що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть проявлятися відповідні властивості особистості у спектрі «хронотипів».

5.2. «Хронопсихологічний портрет» хворих на психосоматичні захворювання

Врахування отриманих діагностичних хронопсихологічних критеріїв перебігу соматичного розладу дозволяє побудувати *«хронопсихологічний портрет»* хворих на психосоматичні захворювання.

Запропонований алгоритм хронопсихологічного прогнозування та отримані результати дослідження дозволили побудувати *модель «хронопсихологічного профілю особистості»* хворих на психосоматичні захворювання органів *серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи.*

Таблиця 5.25

Характеристика властивостей особистості психосоматичних хворих

№	СТАТЬ	ВІК	ВЛАСТИВІСТЬ	хг	ТИП
1-10	Ж	25-35	Істерія	0,7	Холерик
11-20	Ч	24-37	Істерія	0,7	Холерик
21-30	Ж	28-36	Істерія	0,71	Холерик
31-40	Ч	30-40	Істерія	0,71	Холерик
41-50	Ж	27-36	Істерія	0,72	Холерик
51-60	Ч	27-40	Істерія	0,72	Холерик
61-70	Ж	33-40	Істерія	0,73	Холерик
71-80	Ч	35-42	Істерія	0,74	Холерик
81-90	Ж	28-38	Психопатія	0,75	Холерик
91-100	Ч	30-43	Психопатія	0,75	Холерик
101-110	Ж	30-40	Психопатія	0,76	Холерик
111-120	Ч	28-43	Психопатія	0,76	Холерик
121-130	Ч	26-36	Психопатія	0,77	Холерик
131-140	Ж	28-39	Психопатія	0,78	Холерик
141-150	Ч	29-38	Психопатія	0,79	Холерик
151-160	Ч	38-45	Психастенія	0,8	Сангвінік
161-170	Ж	39-46	Психастенія	0,8	Сангвінік
171-180	Ч	30-47	Психастенія	0,81	Сангвінік
181-190	Ж	32-43	Психастенія	0,82	Сангвінік
191--200	Ж	28-38	Психастенія	0,83	Сангвінік
201-210	Ч	27-39	Психастенія	0,84	Сангвінік
211-220	Ж	21-36	Психастенія	0,85	Сангвінік
221-230	Ж	28-39	Гіпоманія	0,86	Рівноважний
231-240	Ч	37-49	Гіпоманія	0,87	Рівноважний
241-250	Ж	20-33	Гіпоманія	0,87	Рівноважний
251-260	Ч	32-48	Гіпоманія	0,88	Рівноважний
261-270	Ж	31-45	Гіпоманія	0,88	Рівноважний
271-280	Ж	30-47	Гіпоманія	0,89	Рівноважний
281-290	Ж	36-42	Гіпоманія	0,9	Рівноважний
291-300	Ж	35-45	Іпохондрія	0,91	Рівноважний
301-310	Ч	29-40	Іпохондрія	0,91	Рівноважний
311-320	Ж	30-43	Іпохондрія	0,91	Рівноважний
321-330	Ж	24-41	Іпохондрія	0,92	Рівноважний
331-340	Ч	26-39	Іпохондрія	0,92	Рівноважний
341-350	Ж	30-41	Іпохондрія	0,93	Рівноважний
351-360	Ж	28-48	Іпохондрія	0,94	Рівноважний
361-370	Ч	37-45	Депресія	0,95	Меланхолік
371-380	Ж	36-47	Депресія	0,96	Меланхолік
381-390	Ч	35-48	Депресія	0,97	Меланхолік
391-400	Ж	30-49	Депресія	0,98	Меланхолік
401-410	Ч	33-46	Депресія	0,98	Меланхолік
411-420	Ж	30-49	Депресія	0,99	Меланхолік
421-430	Ч	28-45	Депресія	0,99	Меланхолік
431-440	Ч	29-46	Шизоїдність	1,0	Меланхолік
441-450	Ж	30-48	Шизоїдність	1,01	Флегматик
451-460	Ч	28-49	Шизоїдність	1,01	Флегматик
461-470	Ж	29-45	Шизоїдність	1,01	Флегматик
471-480	Ч	34-49	Паранояльність	1,02	Флегматик
481-490	Ж	37-47	Паранояльність	1,02	Флегматик
491-500	Ч	28-46	Паранояльність	1,03	Флегматик

Загальна структура моделі «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні захворювання

Типологія особистості	Умовні позначення	Інтерпретація
Хронотип:	Хт	
Визначається методом відтворення часу на слух з точністю до 0,001с	Співвідношення відтвореного проміжку часу до запропонованого	Безмірний константний показник часової спрямованості індивіда
Фазова сингулярність	Фс	«С-періодичність» загострення хвороби
Психотип:	Пс	
Базове емоційне забарвлення	БЕ	Домінуючий емоційний стан
Характеристики темпераменту	ХТ	Властивості екстраверсії, ригідності, темпу реакцій, активності, емоційної збудливості
Рівень суб'єктивного контролю	РСК	Екстернальність-інтернальність
Тип поведінки у конфлікті	ТК	Переважаючий тип поведінки у конфліктній ситуації
Властивості особистості	ВО	Домінуючий тип поведінки
Соматотип:	Ст	
Схильність до суміжних нервово-психічних розладів	СНПР	«Місце найменшого опору» - найбільш гострий прояв розладів
суб'єктивна виразність болю	СВБ	Часове розгортання виразності болю та узгодженість ступеня із тривалістю біологічного циклу життя індивіда

5.2.1. «Хронопсихологічний портрет» хворих на кардіологічні порушення

Запропоновані моделі «Хронопсихологічного профілю особистості» хворих на серцево-судинні захворювання (рис. 5.1.; 5.2) дозволяють побудувати *хронопсихологічний портрет таких хворих.*

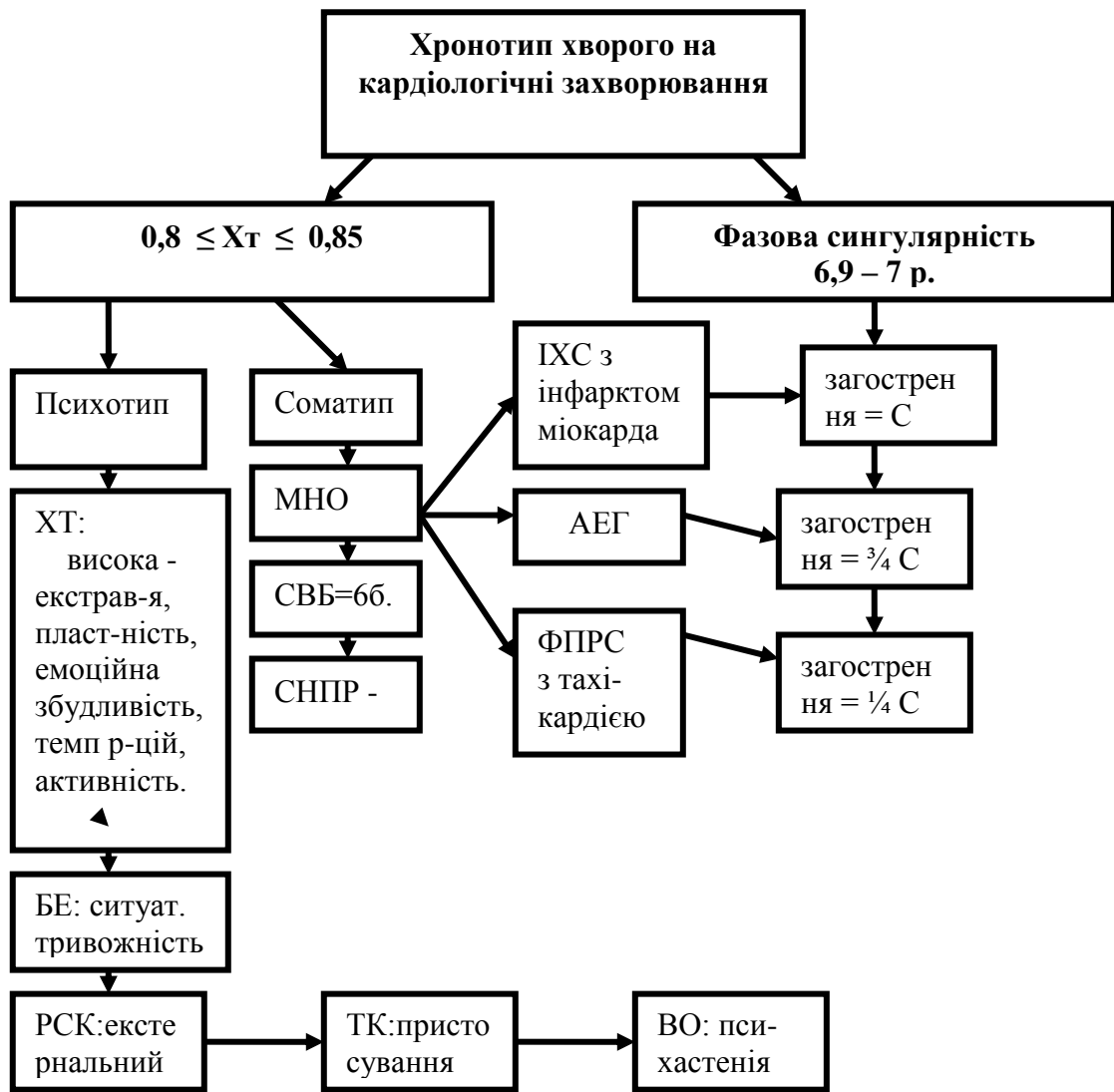


Рис.5.1. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості» хворих на кардіологічні захворювання

Поняття «*С-метрика*» - розглядається нами як діагностичний алгоритм визначення часу гострого розвитку соматичних порушень психосоматичного профілю, особливо хронічних порушень, залежно від віку індивіда і його хронотипу, яка, у свою чергу, виконує роль психолого-часового індикатора

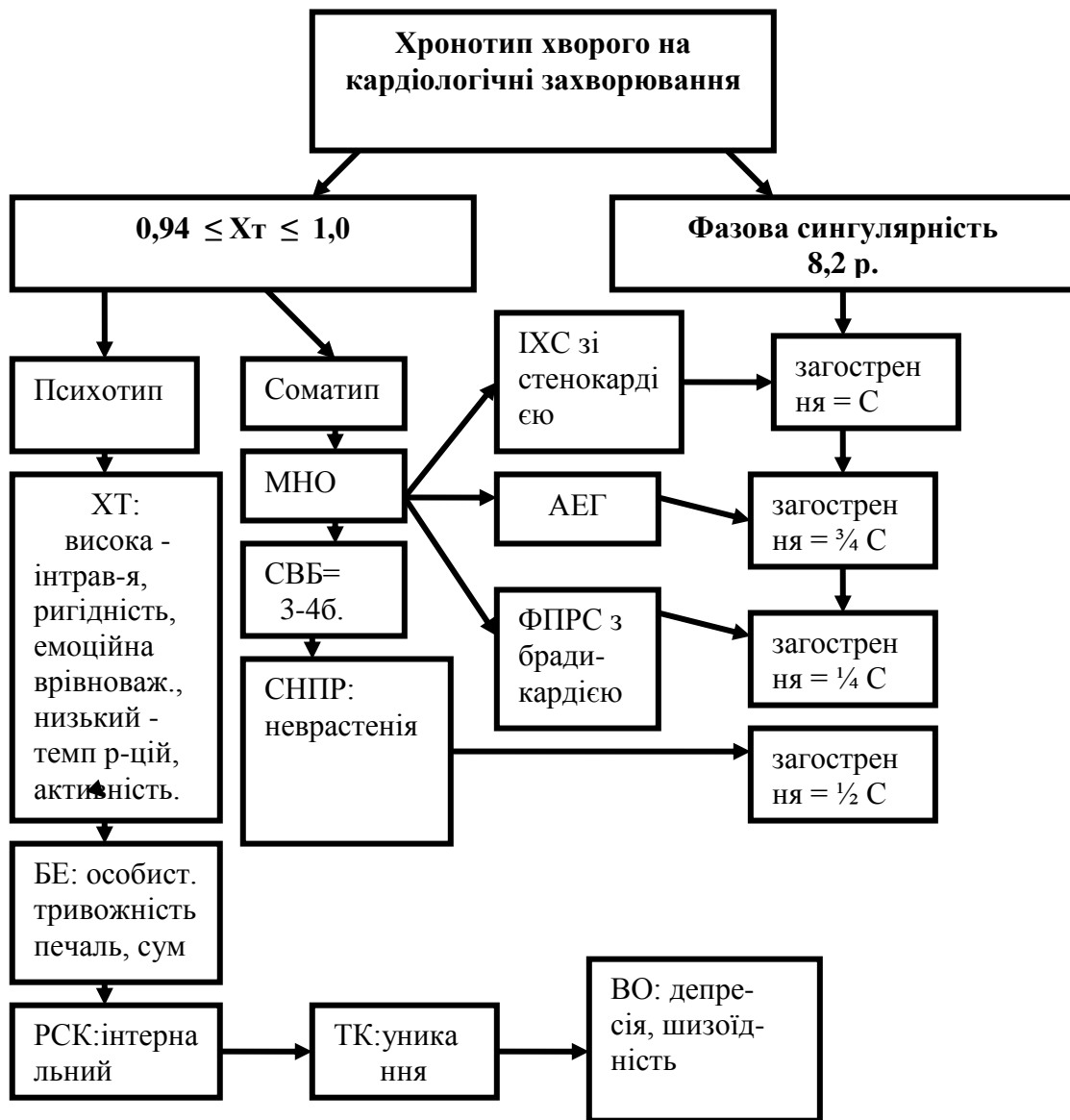


Рис.5.2. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості» хворих на кардіологічні захворювання

психотипу та соматотипу пацієнтів із кардіологічними захворюваннями.

Вік найбільшого прояву кардіологічних захворювань припадає: перший період – на вік від 22 до 30 років (4С-період) – 31,4%; другий період – на вік від 38 до 45 років (6С-період) – 14,3%; третій – від 54 до 60 років (8С-період) – 11,3%.

Максимальний віковий період прояву кардіологічних порушень, що припадає точно на певні вузлові точки – «зони ризику», які представляють наступний вік: 22 ± 2 роки, 30 ± 2 роки, 45 ± 2 років, 61 ± 2 рік. До того ж, найбільш значні соматичні порушення відзначені в другій, третій і четвертій вузлових

точках.

На початок поточного С-періоду (його першу чверть) припадає переважне число осіб з екстравертованою тенденцією спрямованості, характер порушення гострий, раптовий; на кінець поточного С-періоду (кінець його останньої чверті) доводиться переважна більшість індивідів з інтровертованою тенденцією спрямованості, з повільним, рецидивуючим характером порушення.

Як видно з розроблених нами моделей, період гострого прояву соматичного порушення (С-період) відповідає віковій періодизації розвитку людини, зі строго прогнозованими в часі періодами фізичного (біологічного) і психічного спаду або підйому.

Запропоновані моделі переконують: *ішемічна хвороба серця* локалізується у межах переважно двох типологічних груп індивідів, для яких вона є «переважаючою», та за межі цих груп практично не виходить. Сама хвороба окреслила межі двох груп помірно екстравертованими та помірно інтровертованими, які перенесли інфаркт міокарда.

Між індивідами цих груп є ряд суттєвих якісних відмінностей у перебігу клінічної форми хвороби. Так, у індивідів помірно екстравертованої групи переважає *ІХС з інфарктом міокарда здебільшого трансмуральної та крупновогнищевої форми*. Повторний інфаркт загрожує життю людини. Процес відновлення у цих хворих протікає повільно. У індивідів помірно інтровертованої групи, навпаки, плин хвороби має переважно прояви *стенокардії*, а *інфаркт міокарда* зустрічається у *дрібновогнищевій формі*. Такі хворі можуть перенести два – три та більше інфарктів, але процес їх відновлення відбувається значно швидше.

Хворі на *артеріальну есенціальну гіпертензію* точно потрапили у ті зони, в яких у здорових «хронотипів» має місце *гіпертонічна тенденція*.

Необхідно відзначити одну суттєву відмінність психологічного характеру хворих на артеріальну есенціальну гіпертензію помірно екстравертованої групи від помірно інтровертованої, яка проявляється в ознаках *«синдрому коронарної поведінки»*. До однієї із них – *«постійне відчуття цейтноту»* - в обох групах спостерігається полярне відношення. Переважна більшість хворих помірно екстравертованої групи скаржиться на постійну гостроту дефіциту часу у житті. В помірно інтровертованій групі, навпаки, практично більшість хворих стверджує, що не відчувають дефіциту часу. Протилежне відношення до часу у хворих на АЕГ помірно екстравертованої групи (*«поспішаючі» суб'єкти*) та помірно інтровертованої групи (*«точні» суб'єкти*) пов'язані з величиною індивідуального *«хронотипу»*.

На особливу увагу заслуговує вивчення особистісних рис хворих та побудова психологічного портрету пацієнтів із *функціональними порушеннями ритму серця*.

Досліджуючи одну із *«переважаючих»* форм порушення роботи серця, ми переконуємось, що функціональне порушення ритму серця локалізується переважно у межах своїх типологічних груп, а саме: розлади ритму з *тахікардією* переважають у помірно екстравертованому спектрі *«хронотипів»*, а розлади ритму з *брадикардією* переважають у помірно інтровертованому спектрі *«хронотипів»*.

Водночас, за даними спостережень, хворі з функціональними порушеннями ритму серця, в залежності від формовияву, відрізняються проявами поведінки. Так, індивіди, у яких *функціональні порушення ритму* супроводжуються *тахікардією*, у поведінці наполегливі, схильні брати на себе відповідальність за власні дії, контролювати події. Вони мало прислухаються до думок інших, зокрема, лікарів, що виявляється в негативізмі. Водночас, більшість таких пацієнтів не сприймає своє захворювання як психогенне, наполегливо шукає допомоги у лікарів.

Хворі, у яких *функціональні порушення ритму* супроводжуються *брадикардіями*, відрізняються вразливістю, тривожністю, хоча й намагаються її «придушити», «побороти» у собі, що підтверджує існування саме дисфункціональних думок у таких пацієнтів. До того ж, очікування сумних подій у майбутньому, їх у край песимістичні інтерпретації, негативна думка про себе у стресових ситуаціях породжують тривогу, зневіру в позитивне розв'язання життєвих проблем, недовіру до оточуючих. А з іншого боку, присутні контролюючі судження типу «потрібно», «треба» та «слід», що свідчить про велику кількість яскраво виражених соціальних стереотипів.

Отже, у хворих з функціональними порушеннями ритму серця існує *конфлікт* між бажанням бути соціально «правильними» і прийнятими навколишніми, з одного боку, і недовірою до світу та інших людей – з іншого.

Якщо порівняти відношення до часу індивідів із різними формами прояву аритмій, то з'ясується, що суб'єкти з *відносною тахікардією* мають тенденцію до переоцінки та недовідмірювання запропонованих проміжків часу. Суб'єкти з *відносною брадикардією* недооцінюють та перевідмірюють проміжки часу.

Між індивідами цих груп є також ряд якісних відмінностей у ступені *суб'єктивної виразності болю*. А саме, суб'єктивна виразність болю у пацієнтів із хронотипом в діапазоні: $0,8 \leq X_T \leq 0,86$ вказує на різкий характер перебігу хвороби (6-7 балів).

Суб'єктивна виразність болю у хворих з хронотипом в діапазоні: $0,94 \leq X_T \leq 1,0$ від 1 до 3 балів, тобто перебіг хвороби характеризується меншою виразністю суб'єктивної оцінки цього відчуття.

Індивіди із хронотипом в діапазоні: $0,94 \leq X_T < 0,99$ – схильні до такої форми перебігу суміжних нервово-психічних розладів, як *неврастенія*. Зона локалізації *істеричного неврозу* знаходиться в діапазоні: $0,99 < X_T \leq 1,0$.

Хронотип індивідів з низьким рівнем суб'єктивного контролю знаходиться в діапазоні: $0,8 \leq X_T < 0,86$. Вони відносяться до *екстернального типу рівня суб'єктивного контролю*.

Хронотип індивіди з високим РСК знаходиться в діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$. Вони відносяться до *інтернального типу рівня суб'єктивного контролю*.

Так високі показники ІЗ є підтвердженням того, що людина вважає себе багато в чому відповідальною за своє здоров'я: якщо вона хвора, то переважно звинувачує в цьому себе та вважає, що одужання максимально залежить від її дій. Людина з низьким ІЗ вважає здоров'я та хворобу результатом випадку та сподівається на те, що одужання настане внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів.

Центральне чи провідне *емоційне забарвлення* характерне для представників різних типологічних груп. Так, «стиснення духу», як особливий емоційний стан, властиве тривожним персонам, а такими є представники помірно екстравертованої та помірно інтровертованої груп, у яких проявляються захворювання серця. Водночас, у індивідів із хронотипом в діапазоні: $0,8 \leq X_T < 0,86$ переважає *ситуативна тривожність*, а у індивідів із значенням хронотипу: $0,94 < X_T \leq 1,0$ переважає *особистісна тривожність*, а також *печаль та туга* характерні для помірно інтровертованих, у яких наявні *інсульт* як послаблення нервової системи.

Властивості особистості узгоджуються із значенням хронотипу у типологічних групах, а саме у діапазоні:

$0,8 \leq X_T \leq 0,85$ – переважає схильність до *психастенії*;

$0,94 < X_T \leq 0,99$ – схильність до *депресії*.

Домінуючий тип поведінки у конфлікті індивідів із хронотипом у діапазоні: $0,8 \leq X_T < 0,86$ – *притосування*, а у діапазоні:

$0,94 \leq X_T \leq 1,0$ - *уникання*.

Таким чином, аналіз моделі «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на кардіологічні порушення переконує, що існує наявність взаємозв'язку та взаємозалежності між індивідуально-типологічними особливостями суб'єкта, часовими параметрами й соматичними порушеннями

5.2.2.«Хронопсихологічний портрет» хворих на гастроентерологічні порушення

Засновуючись на моделі «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки (рис.5.3), ми можемо побудувати хронопсихологічний портрет таких хворих.

А саме, індивіди з хронотипом (Хт) у діапазоні від 1,0 до 1,1, які страждають на психосоматичні хвороби шлунку, вирізняються вираженою *інтроверсією, ригідністю, емоційною врівноваженістю* та стабільністю, високим рівнем збудження і гальмування, що врівноважують один одного, *низьким темпом реакцій та низькою активністю*, а рухливість у них вдвічі нижча, ніж у «т-типів» інших індивідів. Ось чому вони спокійні, продуктивно працюють у знайомій ситуації, а типологічно віднести їх можна до «*дуже інтровертованих*».

Базовим емоційним забарвленням їх поведінки є почуття провини та образи, яку вони намагаються тривалий час тримати в собі, що і спонукає до загострення хвороби, особливо у період *фазової сингулярності*.

Переважає *інтернальний тип* рівня суб'єктивного контролю. Так високі показники ІЗ є підтвердженням того, що людина вважає себе багато в чому відповідальною за своє здоров'я: якщо вона хвора, то переважно звинувачує в цьому себе та вважає, що одужання максимально залежить від її дій. Таке відношення до хвороби допомагає процесу видужання.

Переважаючий тип поведінки у конфлікті – *співробітництво*. Така поведінка спрямована на пошук рішення, яке б задовольняло інтереси всіх сторін. Тому втягнуті в конфлікт такі персоналії захищають свої інтереси і

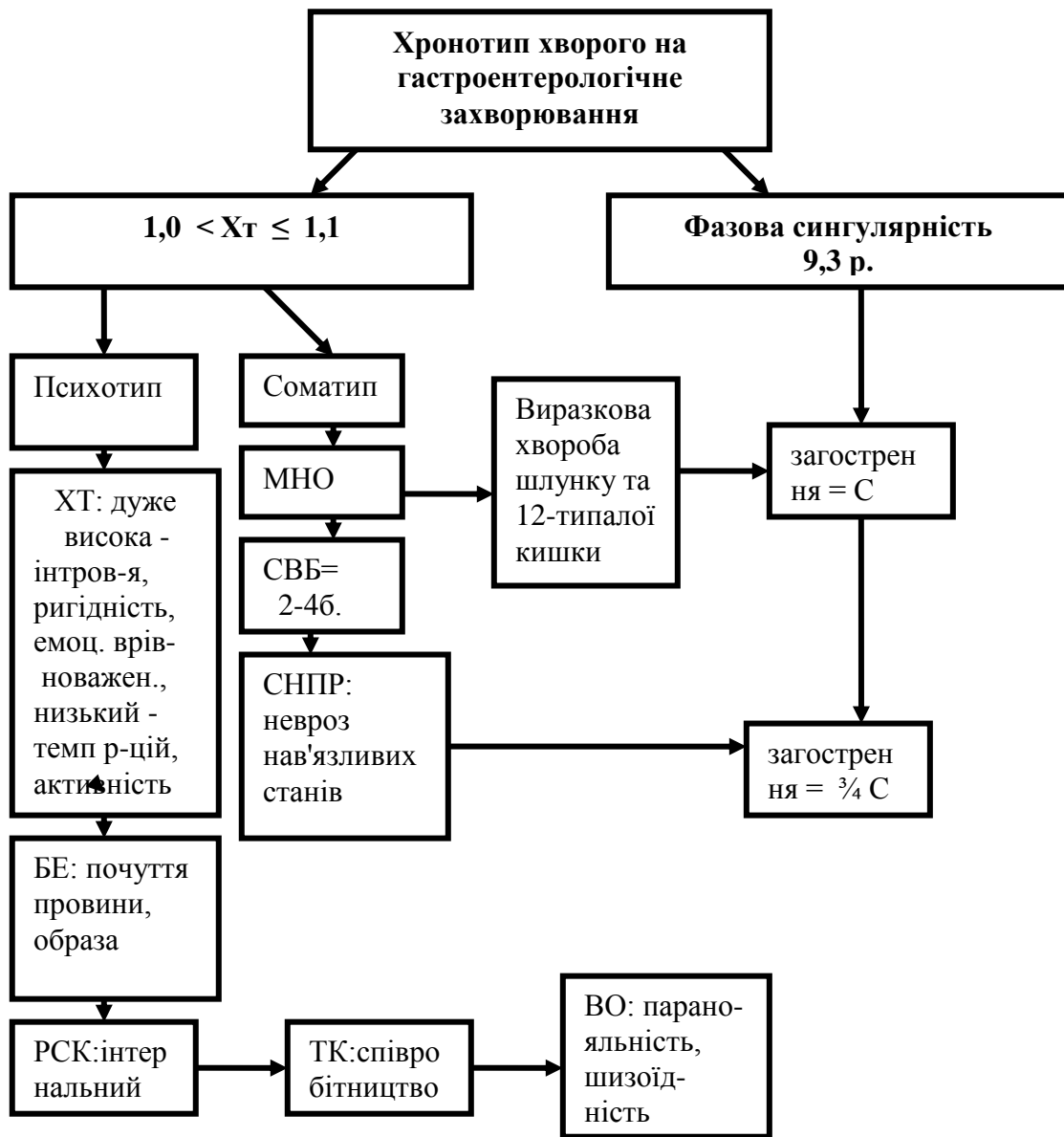


Рис.5.3. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості» хворих на виразкову хворобу шлунку та 12-ти палої кишки

намагаються плідно співпрацювати. Цей тип поведінки вимагає тривалішої роботи, оскільки індивіди спочатку висловлюють свої турботи, інтереси, потреби, а потім обговорюють їх. За наявності достатнього часу та актуальності проблеми для обох сторін цілком можливе вироблення взаємовигідного рішення. Особливо ефективне співробітництво, коли сторони мають різні приховані потреби, стратегічні цілі й плани на майбутнє, що і є безпосереднім джерелом конфлікту. Але представники цієї типологічної групи намагаються відмовитися від сильного протистояння та прагнуть

обговорити проблему, шукають найраціональніші способи її розв'язання. Терпіння їм на це вистачає.

Попри те, що тип співробітництва потребує значних зусиль, немало часу, вміння висловити свої потреби, вислухати протилежну сторону, виробити альтернативні варіанти розв'язання проблеми, він є для такої типології найефективнішим щодо задоволення інтересів обох сторін у складних конфліктних ситуаціях.

Співробітництво є мудрим підходом у розв'язанні проблеми таких індивідів, найпродуктивнішою стратегією і стилем поведінки у конфліктах. Воно є конструктивним способом виходу із конфлікту, задоволення інтересів обох сторін.

Домінуючими властивостями особистості є *паранояльність* – у діапазоні від 1,02 до 1,03 та *шизоїдність* – у діапазоні від 1,0 до 1,01 таких індивідів.

Суб'єктивна виразність болю – незначна, у межах 2-4 балів, але має переважно хронічний характер.

Суміжними нервово-психічними розладами таких хворих є *невроз нав'язливих станів*, який переважно локалізується у діапазоні:

$1,01 < X_T < 1,03$. Цілком можна пояснити, чому в зоні локалізації неврозів нав'язливих станів виявилися представники дуже інтровертованої групи. У "чистого" інтроверта нервова система стабільна, інертна, збудження і гальмування врівноважують одне одного, явно виражена інтроверсія, а настрої зазвичай рівні. Але саме "чистий" інтроверт у цю зону не потрапляє. До неї належать індивіди з X_T від 1,01 до 1,03. Це вже не повільно інтровертовані, але ще не дуже інтровертовані, а отже, їхню нервову систему сильною назвати не можна.

Вік найбільшого прояву гастроентерологічних захворювань у *чоловіків* припадає: перший період – на вік від 27 до 30 років (3С-період) – 31,4%; другий період – на вік від 37 до 40 років (4С-період) – 24,3%; третій – від 36,5 до 50 років (5С-період) -12,3%.

Вік найбільшого прояву гастроентерологічних захворювань у жінок припадає: перший період – на вік від 40 до 50 років ($4\frac{1}{2}C$ -період) – 41,5%; другий період – на вік від 47 до 48 років ($5C$ -період) – 25,7%; третій – від 51 до 52 років ($5\frac{1}{2}C$ -період) -13,6%.

Максимальний віковий період прояву гастроентерологічних порушень, що припадає точно на певні вузлові точки – «зони ризику», представляє наступний вік: 37 ± 2 роки, 47 ± 1 рік, 45 ± 2 років, 51 ± 3 роки. До того ж, найбільш значні соматичні порушення відзначені в третій, четвертій і п'ятій вузлових точках.

Переважає більшість індивідів з інтровертованою тенденцією спрямованості припадає на кінець поточного C -періоду (кінець його останньої чверті) з повільним, рецидивуючим характером порушення.

Абсолютно протилежний за характером властивостей особистості *хронопсихологічний портрет хворих* на захворювання *органів жовчовивідних шляхів* (рис. 5.4).

Посилаючись на модель «хронопсихологічного профілю особистості» пацієнтів цієї категорії, можна побудувати їх портрет. Хронотип хворих, які страждають на хронічний холецистит, знаходиться у діапазоні $0,7 \leq X_T \leq 0,72$, панкреатит – $0,73 \leq X_T \leq 0,75$ та ДЖВШ - $0,7 \leq X_T < 0,8$, що відповідає групі індивідів, у яких «переважають» хвороби печінки та жовчного міхура.

Такі індивіди характеризуються високою *екстраверсією*, стабільністю, *пластичністю*, *емоційною збудливістю*, високим *темпом реакцій* та *активністю*, а збудження у них в 2 рази переважає над гальмуванням. До того ж вони цілеспрямовані та агресивні у поведінці. Індивіди з таким «хронотипом» наближаються до «*суто*» *екстравертованих*.

Базове емоційне забарвлення поведінки таких персоналій – *агресія*. Переважає фізична, вербальна та непряма агресія, високий рівень роздратування та високий індекс агресивності.

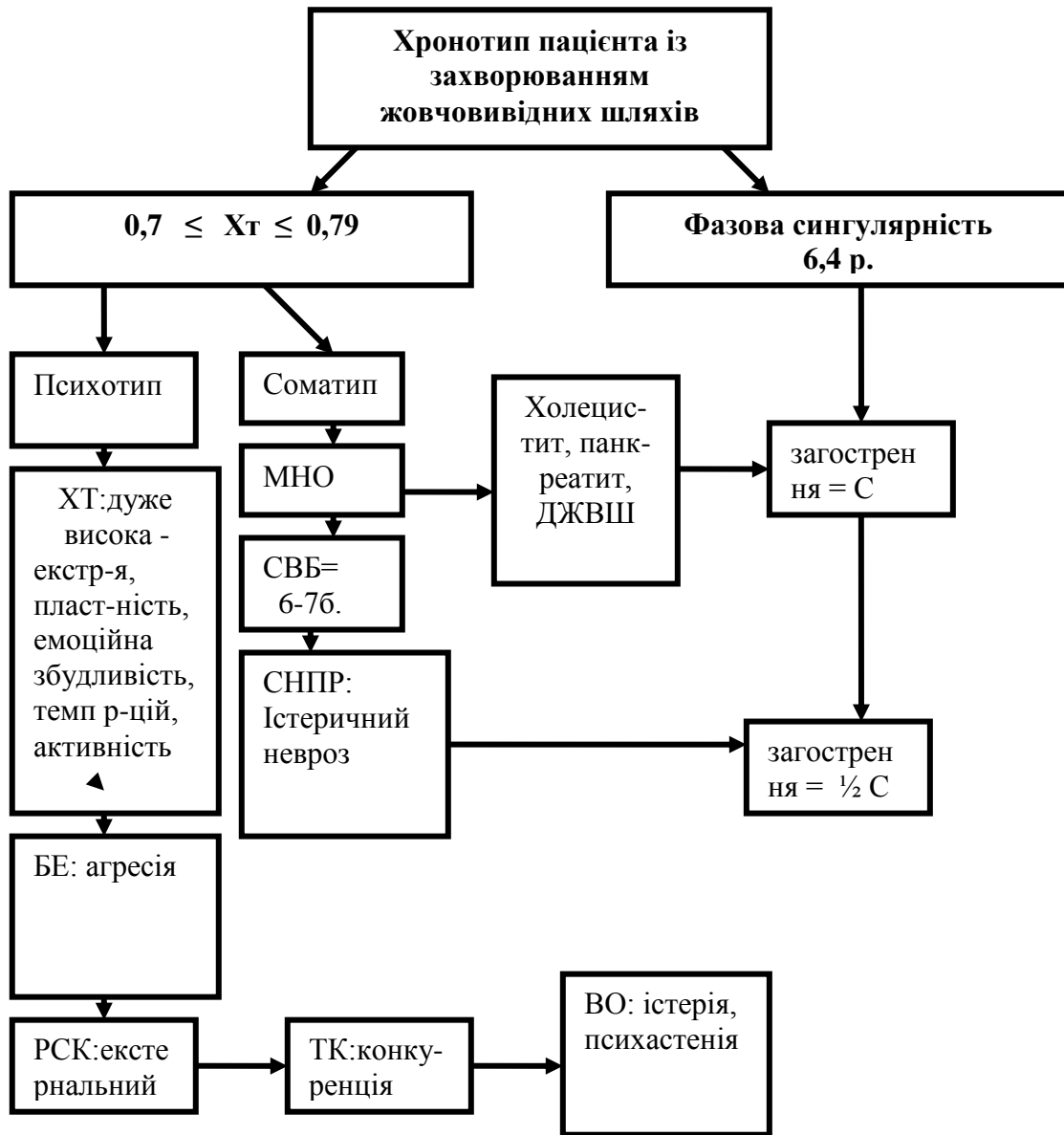


Рис. 5.4. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості» хворих на захворювання органів жовчовивідних шляхів

Такі прояви емоційної невірноваженості й зумовлюють додатковий викид жовчі в жовчовивідних шляхах, що може виступити провокуючим фактором загострення психосоматичного захворювання в період *фазової сингулярності*.

Переважає *екстернальний тип* рівня суб'єктивного контролю. Людина з низьким ІЗ вважає здоров'я та хворобу результатом випадку та сподівається на те, що одужання настане внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів.

Таке ставлення до хвороби утруднює процес одужання та потребує додаткових психотерапевтичних засобів впливу на таку особистість.

Переважаючий тип поведінки у конфлікті – *конкуренція*. Цей тип поведінки може бути ефективним, якщо людина наділена певною владою, переконана, що її рішення чи підхід є правильними, і володіє достатнім ресурсом, щоб наполягати на них.

Вдаючись до такого типу поведінки, учасник конфлікту прагне перемоги, турбується лише про свої інтереси. Водночас, постійне прагнення перемогти має вплив на психосоматичний стан людини, зокрема, на роботу органів жовчовивідних шляхів.

Представники типологічної групи у діапазоні від 0,7 до 0,74 схильні до *істерії*, а у діапазоні від 0,75 до 0,79 – до *психастенії*.

Суб'єктивна виразність болю у пацієнтів із хронотипом в діапазоні від 0,7 до 0,79 вказує на різкий характер перебігу хвороби (6-7 балів).

Суміжними нервово-психічними розладами таких хворих є *істеричний невроз*, що локалізується у межах *дуже екстравертованої* групи. Дійсно, «чистий» екстраверт – це людина, яка має неврівноважену нервову систему, у якій збудження у два рази переважає над гальмуванням, явно виражена екстраверсія.

Вік найбільшого прояву захворювань печінки та жовчовивідних шляхів у чоловіків припадає: перший період – на вік від 36 до 40 років (6С-період) – 21,7%; другий період – на вік від 42 до 43 років (7С-період) – 16,3%; третій – від 48 до 50 років (8С-період) -13,5%.

Вік найбільшого прояву захворювань печінки та жовчовивідних шляхів у жінок припадає: перший період – на вік від 38 до 39 років (6¼С-період) – 23,9%; другий період – на вік від 45 до 46 років (7½С-період) – 19,5%; третій – від 58 до 59 років (9½С-період) -16,6%.

Максимальний віковий період прояву порушень печінки та жовчного міхура, що припадає точно на певні вузлові точки – «зони ризику», які

представляють наступний вік: 21 ± 2 роки, 36 ± 1 рік, 42 ± 2 роки, 58 ± 1 рік. До того ж, найбільш значні соматичні порушення відзначені в шостій, сьомій і восьмій вузлових точках.

На початок поточного С-періоду (його першу чверть) припадає переважне число осіб з екстравертованою тенденцією спрямованості, характер порушення гострий, раптовий.

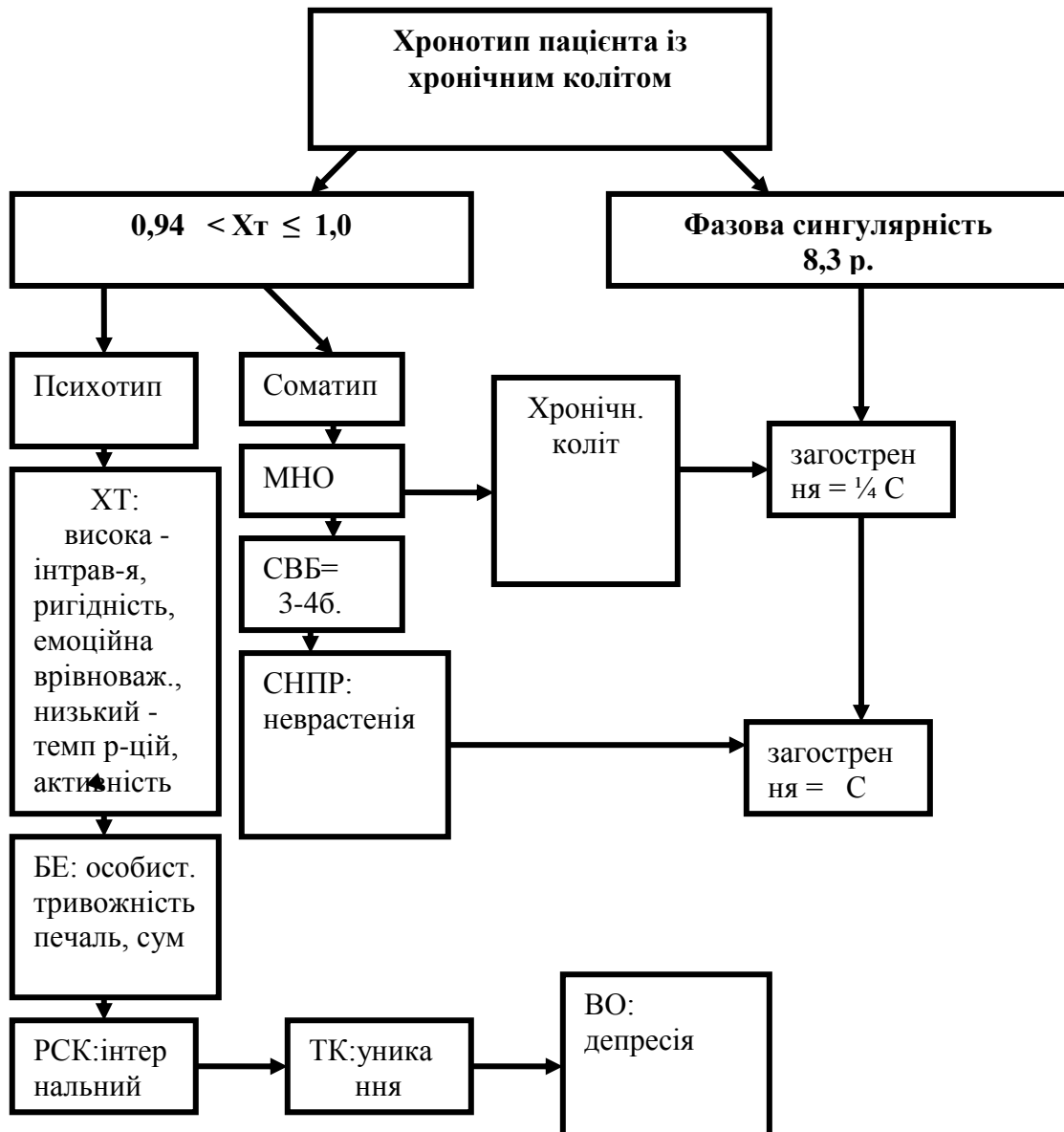


Рис. 5.5. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості» хворих на хронічний коліт

Хронотип в пацієнтів, які страждають на *хронічні закрепи*, переважно (53%) знаходиться у діапазоні $0,94 < X_t \leq 1,0$, як це показано на рис.5.5, що

відповідає групі індивідів, у яких «переважають» хвороби безпосередньо кишечника.

Суб'єктивна виразність болю таких пацієнтів складає 3-4 бали, переважно носить хронічний характер.

Фазова сингулярність триває приблизно 8,3 років. Періодичність загострення складає $\frac{1}{4}$ С.

Суміжні нервово-психічні розлади у таких пацієнтів – неврастенії, а періодичність їх загострення припадає на тривалість великого біологічного циклу.

Психотип таких пацієнтів характеризується високою інтроверсією та ригідністю, емоційною врівноваженістю, низьким темпом реакцій та низькою активністю.

Базовим емоційним забарвленням поведінки є особистісна тривожність, печаль та туга.

Переважає *інтернальний рівень* суб'єктивного контролю.

Домінуючий тип поведінки у конфлікті – *уникання*. Представники цього «хронотипу» використовують вказаний тип поведінки, якщо проблема, на якій зійшлися інтереси сторін, не надто важлива, не варта трати сил на її розв'язання; коли індивід відчуває свою неправоту, все більше переконується у перевагах аргументів чи владних повноважень свого опонента; під час спілкування з “важкою” людиною, за відсутності підстав далі контактувати з нею; за необхідності прийняти рішення і дефіциту знань про те, як це вчинити; переконавшись у дріб'язковості конфлікту, проблеми якого не торкаються принципів діяльності; за відсутності інформації для розв'язання проблеми.

Загалом, уникання, з одного боку, може бути для представників цієї типологічної групи “втечею” від проблеми та відповідальності, а з другого — цілком конструктивною реакцією на конфліктну ситуацію. І якщо людина ігнорує її, не виражає свого ставлення до неї, то цілком можливо, що конфлікт

розв'яжеться сам собою. За інших умов представник цього «т-типу» може повернутися до проблеми тоді, коли відчує готовність до цього.

Індивіди з хронотипом в діапазоні від 0,94 до 0,99 мають схильність до таких проявів властивостей особистості, як *депресія*.

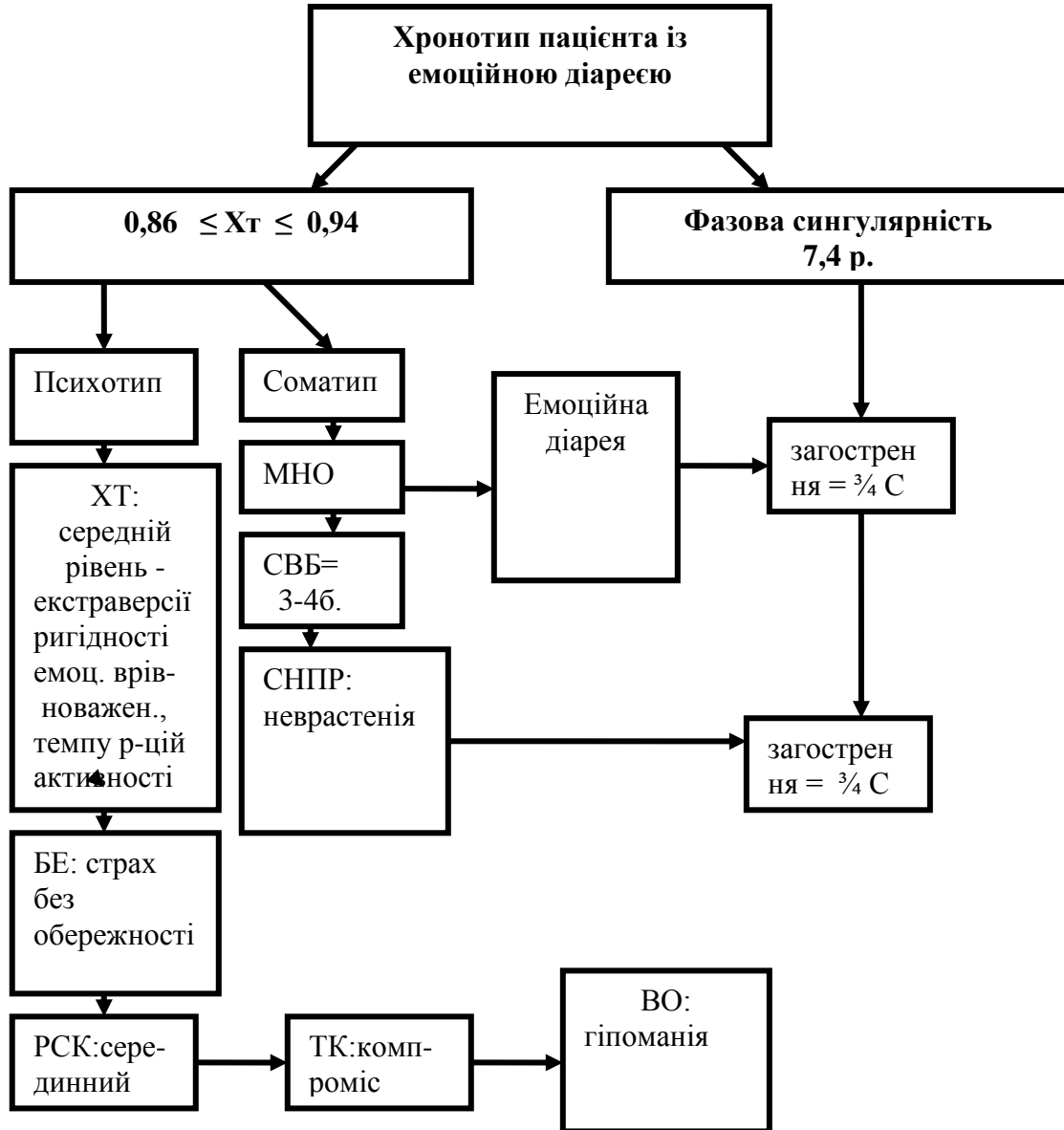


Рис. 5.6. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості» хворих на емоційну діарею

Хронотип пацієнта із *емоційною діареєю* характеризується значенням хронотипу від 0,86 до 0,94 (рис. 5.6).

Суб'єктивна виразність болю таких пацієнтів складає 3-4 бали, переважно носить хронічний характер.

Фазова сингулярність триває приблизно 7,4 років. Періодичність загострення складає $\frac{3}{4} C$.

Суміжні нервово-психічні розлади таких пацієнтів – неврастенія, а періодичність їх загострення припадає на $\frac{3}{4}$ великого біологічного циклу життя індивіда.

Психотип цих пацієнтів характеризується *урівноваженим рівнем* збудження й гальмування, тобто за показниками екстраверсія – інтроверсія й нейротизм – стабільність домінує *серединний або амбівертний тип спрямованості*. Часова характеристика суб'єкта амбівертного типу спрямованості представлена тим, що він поспішає, але часу йому вистачає, тобто він живе сьогоднішнім.

Особистість, яка страждає на *емоційну діарею*, характеризується страхом перед авторитарними фігурами та відчуттям безпорадної залежності. У сфері особистості домінують бажання визнання власної значущості та можливостей у сукупності з латентною свідомістю надмірності вимог та своєї слабкості.

Ситуаційний страх у межах поведінки «тут і зараз» має місце в «урівноважених» індивідів. Причому, це не страх помірно інтровертованого, який стає інколи особистісною рисою (боягузство), а страх «обережності без боягузства».

Переважає *серединний рівень* суб'єктивного контролю.

Тип поведінки у конфлікті – *компроміс*. Цей тип поведінки передбачає для таких індивідів врегулювання проблеми шляхом взаємних поступок. Він є особливо ефективним, якщо такі персоналії усвідомлюють, що одночасне досягнення одного й того самого неможливе.

У деяких ситуаціях співробітництво саме для таких осіб виявляється непридатним (наприклад, жодна із сторін не має часу чи сил для співробітництва або їх інтереси взаємовиключаються). За таких умов може спрацювати компроміс. Він також часто є вдалим відступом або останньою можливістю знайти оптимальне рішення. Однак, якщо компроміс був досягнутий без ретельного аналізу інших можливих варіантів розв'язання

проблеми, він може не бути оптимальним виходом з конфлікту для таких індивідів.

Індивіди із хронотипом в діапазоні від 0,86 до 0,9 мають схильність до такого прояву властивостей особистості, як *гіпоманія*, а індивіди із хронотипом в інтервалі від 0,91 до 0,94 схильні до *іпохондрії*.

Щодо рівня локусу суб'єктивного контролю, то представники цієї типології мають нормальне значення стена, тобто займають проміжне положення між екстернальним та інтернальним РСК.

Таким чином, враховуючи хронотип кожного окремого індивіда, схильного до гастроентерологічних захворювань, є можливість побудувати психотип та соматотип особистості, а відповідно і передбачити місце найменшого опору, зокрема, такі хвороби шлунково-кишкового тракту, як гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, холецистити, панкреатити, дискинезії жовчовивідних шляхів, закрепи, емоційні діареї.

Узагальнений аналіз «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на гастроентерологічні захворювання дозволив нам розробити алгоритм – С-метрику, що являє собою часовий розвиток хвороби протягом певного періоду життя людини. На підставі С-метрики можна розрахувати вузлові точки – точки фазової сингулярності, які утворюють «зону ризику», «переважаючі» психосоматичні порушення.

Хронопсихологічний портрет особистості надасть можливість виокремити основні психологічні та клінічні діагностичні критерії прояву кожної окремої патології та з їх урахуванням розробити відповідні медико-психологічні реабілітаційні заходи щодо попередження загострення хронічного психосоматичного процесу.

5.2.3. «Хронопсихологічний портрет» хворих на уронефрологічні порушення

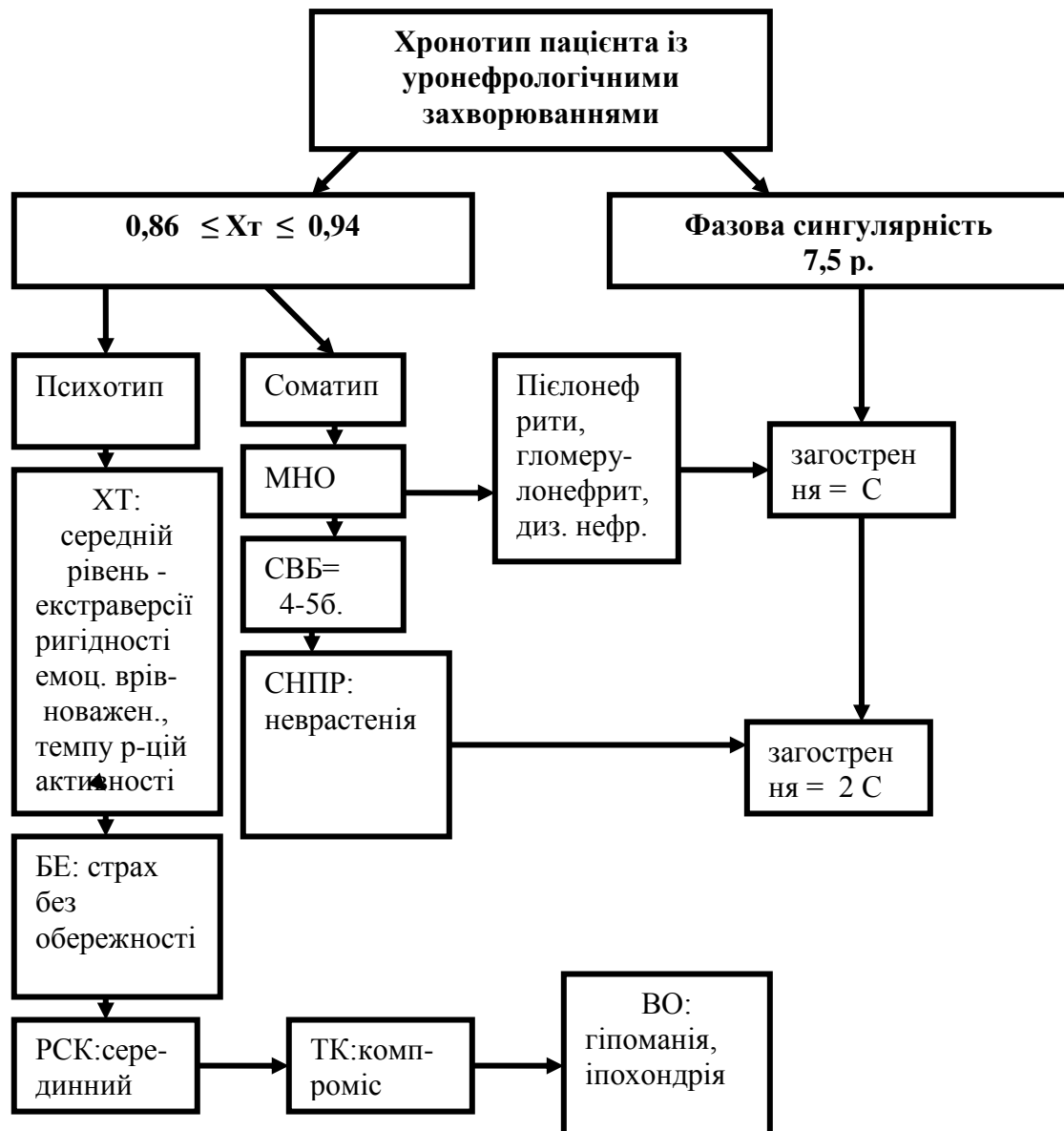


Рис. 5.7. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості» хворих на уронефрологічне захворювання

Місцем найменшого опору в індивідів із хронотипом в діапазоні від 0,86 до 0,94 є такі хвороби нирок та сечовивідних шляхів, як пієлонефрити, гломерулонефрити, дизметаболічні нефропатії та цистити.

В цілому для суб'єктів із соматичними порушеннями нефроурологічного профілю характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками «екстраверсія-інтроверсія» й «нейротизм-стабільність»

домінує серединний або амбівертний тип спрямованості; середній темп реакцій та активності (рис. 5.7).

Часова характеристика суб'єкта амбівертного типу спрямованості представлена тим, що він поспішає, але часу йому вистачає, тобто він живе сьогоднішнім, поведінка характеризується "обережністю без остраху".

Тип поведінки у конфлікті – *компроміс*. Однак, якщо компроміс був досягнутий без ретельного аналізу інших можливих варіантів розв'язання проблеми, він може не бути оптимальним виходом з конфлікту для таких індивідів.

Індивіди із значенням хронотипу в діапазоні від 0,86 до 0,9 мають схильність до такого прояву властивостей особистості, як *гіпоманія*, а індивіди із хронотипом в інтервалі від 0,91 до 0,94 схильні до *іпохондрії*.

Щодо рівня локусу суб'єктивного контролю, то представники цієї типології мають *нормальне значення стена*, тобто займають проміжне положення між екстернальним та інтернальним РСК.

Для індивідів із значенням хронотипу в інтервалі від 0,9 до 0,94 притаманна схильність до такої форми суміжних нервово-психічних розладів, як *неврастенія*.

Модель «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на уронефрологічні порушення переконує, що основними віковими «зонами ризику», які представлені для амбівертного типу спрямованості, є віковий період 30,6 (\pm 2-4 місяця від дня народження) років; 45,9 (\pm 2-4 міс.) років; 61,2 (\pm 2-4 міс.) рік.

Тривалість фазової сингулярності -7,5 років дозволяє визначити час гострого прояву соматичного порушення або часових «зон ризику».

У результаті структурного аналізу даних психологічного й соматичного обстеження осіб із соматичними порушеннями, побудови хронопсихологічного портрету пацієнтів встановлено: при інтровертній спрямованості індивідів у бік помірно інтровертної спрямованості (у 54 чи 14,0% осіб), виділені органічні зміни з боку нирок виключно запального

процесу; статеву дисфункцію проявлялася зниженням загального лібідо; із супутніх порушень виявлені: вегето-судинна дистонія, інсульт, цукровий діабет, панкреатит. При помірно екстравертній спрямованості – у 34 (8,9%) осіб, виділені органічні зміни, що характеризуються процесом каменеутворення на фоні катарального запального процесу поразки органа, статеву функцію досить збережена; супутні порушення представлені гіпертонічною хворобою, перенесеним інфарктом міокарда. При дуже екстравертній спрямованості – в 20 (5,1%) осіб, виділені органічні зміни з боку нирок, простати з перевагою патологічного процесу каменеутворення на фоні катаральних змін, супутні порушення представлені жовчнокам'яною хворобою, гепатитом, запаленням легенів, дисфункцією щитовидної залози.

При дуже інтровертній спрямованості – у 28 (7,1%) осіб, органічні зміни із млявим катаральним патологічним процесом у нирках і шлунку, перенесена виразка шлунку із проривом, коліт, ентероколіт, дисбактеріоз, геморої, варикозне розширення вен.

У результаті аналізу психолого-соматичного обстеження встановлено, що загострення уронефрологічних порушень доводиться строго на кінець поточного вікового С-періоду, кінець його чверті або на початок наступного С-періоду, початок його першої чверті. Виразність симптоматики соматичного порушення уронефрологічного профілю залежить від двох параметрів – індивідуально-типологічної спрямованості суб'єкта й вікового С-періоду виникнення зміни, і, таким чином, строго узгоджена з індивідуальними біологічними годинниками.

Висновки до розділу 5

Таким чином, побудова хронопсихологічного портрету хворих на психосоматичні захворювання дозволила встановити наявність системи взаємозв'язку і взаємозалежності між індивідуально-типологічними особливостями суб'єкта, часовими параметрами й соматичними порушеннями.

За допомогою попередніх досліджень ми переконались, що «місцем найменшого опору» індивідів, хронотип яких знаходиться у діапазоні: $0,8 \leq X_T < 0,86$, є такі хвороби серця, як ішемічна хвороба з інфарктом міокарда та артеріальна есенціальна гіпертензія, а також прояви функціональних розладів ритму з тахікардією.

Дані останніх досліджень переконують, що базовим емоційним забарвленням поведінки таких хворих є *ситуативна тривожність*, яка може виступити пусковим механізмом у патогенезі даних психосоматичних захворювань.

Таким чином, психокорекційна програма, розроблена для таких пацієнтів, має бути спрямована насамперед на зниження рівня ситуативної тривожності, саме в період входження хворим в *фазову сингулярність*.

За допомогою останніх досліджень можна стверджувати, що високою *особистісною тривожністю* характеризуються індивіди, хронотип яких знаходиться у діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$. Саме ці хворі «надають перевагу» таким захворюванням серця як ішемічна хвороба серця зі стенокардією та функціональні розлади ритму з брадикардією. Тому фактор емоційного забарвлення психосоматичного захворювання таких пацієнтів є рушійним важелем у створенні програми ефективною первинної та вторинної психопрофілактики цих захворювань з урахування періоду спаду великого біологічного циклу життя індивіда.

Індивіди, хронотип яких знаходиться в інтервалі: $0,7 \leq X_T < 0,8$, характеризуються високими показниками фізичної, вербальної та непрямой агресії, мають високий індекс агресивності. Психокорекційна програма, розроблена для таких пацієнтів, має бути спрямована насамперед на зниження рівня агресії, саме в період входження хворим в *фазову сингулярність*.

Індивіди, хронотип яких знаходиться в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$ характеризуються високими показниками підозрливості, образи та аутоагресії, мають високий індекс ворожості. Саме на зниження цих показників

агресії має бути спрямована комплексна медико-психологічна корекційна програма.

Кореляційний зв'язок між значенням хронотипу індивіда та *показником депресії* показує, що: сильна та високо значуща кореляція спостерігається в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

При аналізі груп хворих за формами соматичної патології було виявлено, що у пацієнтів з депресією достовірно частіше спостерігались гіпертонічна хвороба, атеросклеротична енцефалопатія, хронічна ішемічна хвороба серця з інсультами, транзиторні ішемічні порушення кровообігу, функціональні розлади ритму серця з брадикардіями ($p < 0,05$).

Дані показники визначення психологічної характеристики часової спрямованості хворих на психосоматичні розлади виступили у якості прогностичних критеріїв хронопсихологічного прогнозування перебігу цих порушень, тобто визначили психотип «хронопсихологічного портрету» хворих на ці захворювання.

Дослідження самооцінки хворих на психосоматичні захворювання з різними типами суб'єктивного контролю показали, що хронотип індивідів з низьким РСК знаходиться в діапазонах: $0,7 \leq X_T < 0,8$ та $0,8 \leq X_T < 0,86$. Вони відносяться до екстернального типу рівня суб'єктивного контролю.

Хронотип індивідів з високим РСК знаходиться в діапазонах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$. Вони відносяться до інтернального типу рівня суб'єктивного контролю. У діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$ знаходяться індивіди з нормальним значенням стена, тобто займають проміжне положення між екстернальним та інтернальним РСК. Підводячи підсумки, можна стверджувати, що тип локусу суб'єктивного контролю узгоджується із значенням хронотипу у типологічних групах.

Обстеження індивідів, які страждають на різні за нозологічними формами хронічні психосоматичні захворювання, дало можливість спрогнозувати розподіл психологічних симптомів цих хвороб у типологічних

групах спектру «хронотипів» та побудувати «психологічний профіль особистості» таких хворих. Це надасть можливість виокремити основні психологічні діагностичні критерії прояву кожної окремої патології та з їх урахуванням розробити відповідні медико-психологічні реабілітаційні заходи щодо попередження загострення хронічного психосоматичного процесу.

Обстеження індивідів, які страждають на психосоматичні захворювання різної нозології, дало можливість спрогнозувати розподіл психологічних симптомів цих хвороб у типологічних групах спектру «хронотипів» та побудувати «психологічний профіль особистості» таких хворих. Це надало можливість виокремити основні психологічні діагностичні критерії прояву кожної окремої патології та з їх урахуванням розробити відповідні медико-психологічні реабілітаційні заходи щодо попередження загострення психосоматичного розладу досліджуваних хворих.

Глава 6

СИСТЕМА КОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ТА ПРОГРАМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ СОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Реабілітація пацієнтів із психосоматичними розладами є найважливішим етапом в лікуванні таких хворих, їх відновлення та повернення в соціум, зниженні ризику рецидиву. Ефективність лікування багато в чому залежить від інтенсивності та якості реабілітації, яка стала невід'ємною частиною медико-психологічної допомоги у світовій практиці, проте у вітчизняних умовах представлена не в повному обсязі і потребує освоєння та впровадження. Окрім того, до цього часу не було розроблено програми медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих з урахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів.

У зв'язку з цим, проблема реабілітації: її сутність, специфіка з урахуванням часового фактору своєчасності проведення, як методу медико-психологічної допомоги, є *метою виконання заключного (V) етапу алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань..*

6.1. Загальний зміст медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих

Основним лікуванням психосоматичних розладів є медикаментозна терапія. Однак, поряд з фармакологічним та фізіотерапевтичним лікуванням, особлива роль в даний час у світовій практиці відводиться психокорекційній та соціальній роботі з пацієнтом, його сім'єю, родичами і найближчим оточенням, що знижує ризик рецидиву захворювання і суттєво впливає на її якість життя. Медико-психологічна реабілітація є однією з основних частин в сучасній комплексній програмі допомоги хворим з психосоматичними розладами.

Вважається, що зміст концепції реабілітації хворих та інвалідів було сформовано в роки другої світової війни в Англії і США [174, с.67]. Однак

сучасні дослідження показують, що окремі конкретні форми роботи і публікації мали місце набагато раніше. Багато було зроблено в тих галузях охорони здоров'я та соціального забезпечення, які зараз відносять до сфери реабілітації, і в ряді інших країн (Франція, Голландія, Швейцарія, на території колишнього СРСР) [61, с.75].

Концепція реабілітації хворих та інвалідів спочатку виходила з ідей так званої фізичної медицини. Надалі вона була доповнена положеннями соціальної гігієни, психології, педагогіки, соціології та інших дисциплін. Існує багато визначень *реабілітації*, зокрема: "розвиток або поліпшення тих здібностей хворого, які можуть бути використані для його успішної соціальної і трудової діяльності поза лікарнею" [237, с.98]; "інтеграція індивідуума в суспільстві, при якій досягається більш дієве і більш необхідне пристосування" [247, с.45]; "відновлення хворого як людини (особистості) і як члена суспільства " [359, с.87]; "спеціальне поле медичної і соціальної активності" [18, с.77]; "спроба включення неповноцінного індивідуума в соціальне середовище, в якому виявиться можливим оптимальний додаток його залишкових здібностей" [44, с.55].

Термін "медико-психологічна реабілітація" отримав останнім часом міжнародне визнання і поширення. У 2006 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) так сформулювала поняття "*медико-психологічна реабілітація*": "Медико-психологічна реабілітація - це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання чи травми функцій, або оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві " [цит. за 174, с.88].

Реабілітаційна діяльність - це організовані взаємодії різних людей в процесі повсякденного виконання програми.

Концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і наступне після хвороби пристосування до життя та праці тощо. Але реабілітація це не

тільки вище перераховані напрями, це, перш за все, новий підхід до хворої людини.

Реабілітація психосоматичних хворих має свої *особливості*, які відрізняють її від реабілітації інших нозологічних категорій хворих. Ці особливості пов'язані в першу чергу з тою обставиною, що тривалість періоду ремісії (затухання хвороби) залежить від *ефективності та своєчасності проведення реабілітаційних заходів*. Тому реабілітація психосоматичних хворих є, перш за все, їх ресоціалізація, яка має на увазі відновлення (збереження) індивідуальної і суспільної цінності хворих, їх особистого і соціального статусу.

Важливим *принципом реабілітаційних заходів* є те, щоб включити самого хворого в лікувально-відновлювальний процес, залучити його як можна більше до співучасті у відновленні тих чи інших порушених функцій (наприклад, пам'яті або уваги) або соціальних зв'язків: трудових, сімейних та ін.. Цей принцип реабілітації психосоматичних хворих можна назвати *принципом партнерства*. Ресоціалізувати хворого без його активної участі неможливо. Добре відомо, що навіть лікарське лікування краще допомагає, коли хворий в нього вірить, вірить в авторитет лікаря, який призначив йому ті чи інші ліки.

Другий принцип реабілітації хворих на психосоматичні захворювання - це принцип різноплановості зусиль (дій, заходів) щодо реалізації реабілітаційної програми. Він полягає в розумінні реабілітації як складного процесу, що об'єднує зусилля психолога і пацієнта, і спрямованого на різні сфери "психосоціального функціонування" пацієнта.

У клінічній практиці вміння спрямовувати систему відносин (взаємовідносин) в потрібному для реабілітаційних цілей напрямку становить важливе *медико-психологічне та одночасно лікувально-відновлювальне завдання*. Особистість формується в соціальному спілкуванні, аспекти якого різноманітні і не можуть бути зведені лише до соціально-трудової реабілітації. Ставлення до себе, своїх вчинків, своєї хвороби, сім'ї, близьких, своєму і їх престижу, своєї кваліфікації та освіти, дозвілля, культурних цінностей,

цінностей взагалі і їх корекція займають важливе місце в процесі соціалізації і ресоціалізації.

Третім принципом реабілітації є принцип єдності психосоціальних та біологічних методів дії. Хоча апеляція до особистості лежить в основі будь-якої реабілітаційної програми, реабілітація є не тільки соціальною, але і клінічною проблемою, яка вимагає для свого успішного вирішення розуміння як психологічної, так і фізіологічної та патофізіологічної її основи. Не завжди легко провести чіткий розділ між профілактикою та лікуванням, тим важче провести його між лікуванням і реабілітацією. Успіх будь-якої реабілітаційної програми залежить від урахування як клініко-біологічних, так і психосоціальних факторів. Так, наприклад, психотерапевти віденської школи давали такий прогноз щодо лікування психосоматичних хворих: на 50% залежить від клініко-біологічних і на 50% - від психосоціальних факторів [18, с.55-56].

Отримані нами результати дослідження (див. розд.5) показують, що всі психосоматичні захворювання пов'язані в своєму розвитку з трьома категоріями факторів: клініко-біологічними, особистісними та часовими.

Четвертий принцип реабілітації можна назвати принципом ступінчастості (перехідності) докладених зусиль, здійснюваних дій і заходів. Психосоціальні дії (психотерапевтичні, трудотерапевтичні та ін.) необхідно призначати в потрібний час, а саме, напередодні *входження хворим в фазову сингулярність* та в певних дозах, з поступовим переходом від однієї реабілітаційної дії (заходу) до іншої, від однієї форми організації до іншої.

Відповідно до принципів ВООЗ була розроблена схема трьох послідовних *етапів* медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання.

Перший етап має назву *відновлювальної терапії*, другий - *етап реадаптації*, третій - *етап реабілітації*.

Перший етап - відновлювальна терапія є початковим етапом складного процесу реабілітації. Головним завданням є усунення або пом'якшення проявів

хвороби, запобігання формуванню психосоматичного дефекту, явищ так званого госпіталізму, його інвалідизації. В цьому полягає *профілактична спрямованість* заходів, які проводяться на першому етапі. Етап відновлювальної терапії характеризується поєднанням медикаментозно-фізіотерапевтичної терапії з психотерапевтичним впливом.

Завданням *другого етапу* реабілітації, реадптації, є пристосування хворого до умов зовнішнього середовища, відновлення пристосованості: мотивація пацієнта до праці, до активного способу життя, міжособистісних відносин і т.д. На цьому етапі переважають психосоціальні дії, серед яких на перше місце висувається стимуляція соціальної активності хворих різними методами.

Психотерапевтичноорієнтована робота проводиться не тільки з хворими, а й з їхніми родичами. Медикаментозне лікування на цьому етапі реадптації обмежується.

Третій етап реабілітації - реабілітація у власному (прямому) значенні цього слова. Можливе більш повне відновлення в правах, індивідуальної і суспільної цінності хворого, ставленні хворого до навколишньої дійсності, що складає основний зміст цього етапу. Дуже важливою, що сприяє успіху реабілітації, є організація правильного ставлення до хворих з боку оточення в родині, з друзями, на роботі. Важливе значення в цьому періоді надається груповій роботі з хворими, яка містить елементи "підтримуючої" психотерапії, терапії зайнятстю та розваги, тренінги.

Реабілітація, як динамічна система, спрямована на досягнення певної мети особливим методом, головна суть якого полягає в опосередкуванні через особистість хворого лікувально-відновлювальних впливів та заходів, в обліку не тільки медикаментозної терапії, а й психологічних, а також соціальних факторів в процесі саногенезу [4].

За допомогою методів медико-психологічної реабілітації досягається більш швидке і ефективне лікування пацієнтів, які перенесли перше загострення психосоматичного розладу, повернення їх у суспільство,

підвищення рівня якості життя. За визначенням ВООЗ якість життя є сприйняттям людьми свого становища в житті в залежності від культурних особливостей та систем цінностей і у зв'язку з їх цілями, очікуваннями, стандартами і турботами [136, с.66]. Водночас, досить актуальним залишається питання *своєчасності проведення медико-психокорекційних заходів*, що забезпечить ефективність їх реалізації.

Психосоціальна реабілітація передбачає різні системи дії, що включають індивідуальні бесіди (психотерапія), сімейну та групову терапію, реабілітацію групи підтримки тощо. Крім сімейної терапії проводиться індивідуальне психотерапевтичне лікування, сутність якого полягає в регулярних зустрічах пацієнта з професіоналом, яким може бути психотерапевт, психолог або соціальний працівник, що має спеціальну підготовку. У бесідах обговорюються різні хвилюючі хворого теми: минулий досвід та існуючі труднощі, думки, почуття і системи взаємовідносин [219].

Використовуючи рольові методи, можна навчити хворого впоратися з тими внутрішніми і зовнішніми факторами, які можуть призводити до загострення. Крім того, ці методи дозволяють знайти ті форми поведінки, при яких стан та соціальна адаптація поліпшуються, і уникати тих, які призводять до погіршення.

Важливим елементом соціальної реабілітації є участь у роботі груп взаємної підтримки, очолюваних пацієнтами, які перенесли госпіталізацію. Це дозволяє іншим хворим відчувати допомогу в розумінні своїх проблем, усвідомити, що вони не самотні у своєму нещасті, побачити можливості особистої участі в реабілітаційних заходах і в суспільному житті [4, с.88].

В даний час встановилася міцна тенденція розглядати проблеми психосоматичного захворювання та інвалідності в контексті найближчого оточення пацієнта. Сім'я безумовно є найбільш значущим джерелом підтримки в досягненні успішного соціального пристосування та ефективного функціонування хворого [83].

Сімейна психотерапія допомагає пацієнтові і його близьким родичам зрозуміти точку зору один одного. Вона, охоплюючи, як правило, роботу з самим хворим, його батьками, сестрами і братами, подружжям і дітьми, може бути використана як для мобілізації сімейної допомоги хворому, так і для підтримки членів сім'ї, які перебувають у важкому душевному стані. Існують різні рівні сімейної терапії, від однієї-двох бесід до регулярно організованих зустрічей. В рамках сімейної терапії на ранньому етапі хвороби зусилля концентруються на проблемних моментах у відносинах між членами сім'ї, тому що «нездорові» відносини можуть вплинути на хворого і навіть викликати погіршення його стану. При цьому на найближчих родичів покладається велика відповідальність, оскільки в їхніх руках виявляється можливість суттєво допомогти хворому, поліпшивши якість життя як його самого, так і всіх оточуючих його людей [13].

Сутність психоосвітнього методу полягає в навчанні та інструктуванні хворого і його родичів. Він виконується в формі лекцій, присвячених таким темам як: «основні симптоми», «перебіг і прогноз хвороби», «методи лікування», «можливі труднощі» і так далі. Інформованість хворих зменшує внутрішній опір лікуванню, усуває невиправдані підозри, створює умови для побудови міцного терапевтичного альянсу медичного психолога (психотерапевта) і пацієнта. Значний обсяг інформації про хворобу допомагає прийняти її, в той час, як заперечення захворювання призводить до відмови від лікування і неминучого погіршення стану здоров'я.

В процесі реабілітації широко використовується групова робота, яка спрямована на зміну відносин установок і діапазону здібностей пацієнта. Вона допускає стимуляцію активності, формування відповідальності хворого за свою соціальну поведінку, підвищення його соціальної компетентності.

Психотерапевтичні групи націлені на вирішення серйозних психологічних проблем, на психологічні (емоційні, когнітивні і поведінкові) зміни учасників. Групова психотерапія має безліч варіантів і методів - від

психоаналітичноорієнтованих методів до соціально-психологічних тренінгів і підтримуючих технологій [13].

Сеанси групової терапії зазвичай включають невелике число пацієнтів і ведучого. Ця система сконцентрована на навчанні сприйняттю реальності іншими людьми і формуванні підходу до особистих взаємин. У групах вирішуються різні проблеми, що турбують хворих, а саме такі, як надмірна вимогливість до себе і до оточуючих, самотність, труднощі включення в колектив та ін. Пацієнт бачить, що навколо нього є люди, які відчувають такі ж труднощі, як і він сам, на прикладі інших він вчиться їх подоланню і знаходиться в середовищі, яке він розуміє і де розуміють його. Такі групи дуже важливі для відновлення особистісних якостей: вони створюють хворим умови для спілкування, співробітництва, вирішення багатьох проблем, надають підтримку у створенні і розвитку особистих зв'язків.

Аналіз використання психотерапевтичних підходів дозволяє нам сформулювати стратегії медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання. Психотерапевтичний підхід повинен бути суто індивідуалізованим, з урахуванням діагностичної інформації щодо психопатологічних і психосоціальних порушень, реабілітаційних резервів хворого.

Поширеність процесу хронізації психосоматичних захворювань в Україні відповідає загальносвітовим показникам. Щорічно збільшується первинна інвалідизація і збільшується кількість інвалідів в групі хворих на психосоматичні розлади. Лікування первинного психосоматичного епізоду в Україні вимагають 3670 пацієнтів. Всього ж, наприклад, на початок 2011 року 156 311 пацієнтів (334,36 на 100 тис. населення) мали повторні рецидиви психосоматичної хвороби [136].

При існуючих схемах лікування повторні епізоди виникають протягом першого року в 57-67%, а протягом 5 років - в 69-95,5% випадків. Кожен наступний психосоматичний епізод, крім значних витрат у разі стаціонарного

лікування, призводить до прогресу хвороби, істотного погіршення психосоматичних функцій пацієнта, і як результат - ранньої інвалідації.

У перебіг психосоматичної хвороби, як правило, спостерігається кілька загострень (рецидивів). Між цими станами відзначається відсутність активних ознак захворювання - період ремісії. У ці періоди іноді зникають або мінімально представлені ознаки хвороби. У той же час кожна нова "хвиля" позитивних розладів робить все важчим повернення хворого до звичайного життя, тобто погіршує якість ремісії. Тому важливим етапом у подоланні загострення психосоматичного захворювання виступають *якісні та своєчасно проведені медико-психологічні реабілітаційні заходи саме у період реконвалесценції (видужання)*.

Таким чином, реабілітація є важливим методом медико-психологічної допомоги при лікуванні хворих на психосоматичні розлади, має свої особливості, які відрізняють її від інших видів реабілітації і потребує удосконалення засобів щодо впровадження нових методів діагностики та профілактики цих порушень.

Ми пропонуємо систему корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих шляхом диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями, що забезпечить своєчасність, а відповідно, і ефективність проведення цих заходів.

Тим самим ми збільшуємо коло практичних завдань діяльності клінічного психолога в реабілітаційному центрі або відділенні, до яких пропонується віднести:

- експериментально-психологічне обстеження пацієнтів з метою диференціальної діагностики, прогнозу та розробки програми медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання з урахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями;

- експериментально-психологічне обстеження з метою об'єктивізації динаміки психологічної складової стану пацієнта для обліку передумов ефективності медико-психологічної реабілітації;
- експериментально-психологічне обстеження з метою оцінки ступеня і структури порушень психічного функціонування при проведенні медико-психологічної реабілітації;
- психологічний аналіз особливостей поведінки пацієнта;
- проведення психокорекційних заходів для реалізації лікувально-реабілітаційних режимів на різних етапах реабілітаційного процесу, спрямованих на профілактику психологічних наслідків перенесеного психосоматичного розладу, подолання ізоляції, явищ госпіталізму, розвиток навичок взаємодії, визначення мети, формування життєвої перспективи;
- психологічний вплив з метою оптимізації сімейно- подружніх відносин;
- психологічна робота з мікросоціальним оточенням пацієнта на різних етапах реабілітації;
- формування та актуалізація соціально-трудова можливостей з їх усвідомленням пацієнтом, вибір напрямку соціальної та професійної адаптації.

6.2. Підвищення ефективності фізіотерапії шляхом диференціації часових характеристик у суб'єктів із соматичними порушеннями

Актуальним та недостатньо розробленим є системний підхід до хворого, що враховує те, як одні і ті самі терапевтичні засоби впливають на людей із різною типологією. Наприклад, у дослідженнях Є.Льїна із співавторами доведено, що реакція на вживання гіпертоніками разової дози препарату, який ними використовувався, залежить від сили – слабкості нервової системи. У тих хворих, хто відрізнявся її силою, відбувається погіршення функціонального стану, а у хворих зі слабкою нервовою системою – покращення. При оцінці ефективності лікування людей зі слабкою нервовою системою позитивний ефект був отриманий у 72%

випадків, а у хворих із сильною нервовою системою – тільки у 21% випадків. Не було ефекту від лікування відповідно у 20 та 53% [140, с.78].

Система корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих ґрунтується, насамперед, на медикаментозному та фізіотерапевтичному лікуванні, ефективність якого залежить не тільки від фізіологічних показників, а й психологічних особливостей особистості пацієнта [18].

Фізіотерапія в наші дні перетворилася на науково-медичну галузь знань про сутність фізіологічної та лікувальної дії фізичних чинників на здоровий і хворий організм та способи їх застосування з лікувально-профілактичною метою.

Основними *принципами сучасної фізіотерапії* у разі захворювань внутрішніх органів є такі:

- принцип нервізму, що означає єдність нервового і гуморального шляхів, завдяки яким реалізується вплив енергії фізичних чинників на організм людини від молекулярних процесів до діяльності організму як цілого;

- патогенетичний принцип використання природних і преформованих фізичних чинників, що реалізується на основі їх призначення залежно від специфічних властивостей чинника і впливу на певні процеси в тканинах організму;

- принцип використання переважно малих доз енергії фізичних чинників, в основі яких лежить дія на функціональні системи організму через нервову систему і за її допомогою на стимуляцію процесів самовідновлення;

- принцип широкого комплексного застосування фізичних, фармакологічних та психотерапевтичних методів у поєднанні з лікувальною фізичною культурою для впливу на патологічний процес [266].

Дослідження найефективніших фізичних методів лікувального впливу на організм хворого і використання їх з реабілітаційною та профілактичною метою проводять за такими *основними напрямками*:

- а) визначення чутливості тканин організму до фізичних чинників і пошук «мішеней» їх впливу;
- б) дослідження механізмів комплексного впливу лікувальних, фізичних та психотерапевтичних чинників;
- в) фізичні аспекти медико-психологічної реабілітації;
- г) індивідуальна оптимізація і біокерованість регуляції характеристик лікувальних фізичних чинників [4, с.77-79].

Нині використовують різноманітні фізичні чинники, у тому числі й ті, які входять до складу зовнішнього середовища. Організм людини, як свідчать праці І.Павлова, І.Сєченова, С.Боткіна, тісно пов'язаний із зовнішнім середовищем, а його існування значною мірою залежить від рівноваги між ними [252; 330]. І.Павлов зазначав, що як певна замкнена система організм може існувати лише за умови постійного урівноважування його із зовнішнім середовищем. У разі серйозного порушення цієї рівноваги організм перестає існувати як система [252, с.89]. У вислові І.Павлова, по суті, закладено основи фізіотерапії, а саме: шляхом дії різних фізичних чинників на організм людини відкривається можливість впливати на його фізіологічні функції, а отже, і на різні патологічні процеси.

Водночас проблема ефективності фізичних методів лікувального впливу на організм хворого шляхом індивідуальної оптимізації і біокерованості регуляції характеристик лікувальних фізичних чинників у фізіотерапії на сьогоднішній день не вирішена і потребує нових підходів до її розв'язання.

Однак позитивного терапевтичного ефекту можливо досягти лише у разі оптимального дозування та поєднання сумарного подразника. Якщо цим знехтувати, то можуть виникнути діаметрально протилежні до бажаної реакції організму, загострення основної або супутньої хвороби, погіршення або порушення функцій серцево-судинної, дихальної, нервової та інших систем, тобто пригнічувальна дія стане переважати над стимулюючою [16, с.77]. На особливу увагу заслуговує це питання у разі використання з лікувальною метою імпульсних струмів.

Загалом у сучасній фізіотерапії перспективним є подальше вдосконалення *імпульсних ритмічних впливів* під час лікування різних недуг, оскільки імпульсні впливи у визначеному заданому ритмі відповідають фізіологічним ритмам функціонуючих органів і систем організму [95, с.81]. Але залишається не з'ясованим, як погодити імпульсний ритм із фізіологічним? Найчастіше застосовують з лікувальною та профілактичною метою струм з імпульсами прямокутної форми (струм Ледюка) *частотою 1-150 Гц*, тривалістю імпульсу 0,2 - 2 мс. Цей струм посилює процеси гальмування в корі великого мозку і дає можливість викликати стан, аналогічний фізіологічному сну, - електросон.

Фізико-хімічна суть дії імпульсного струму низької частоти полягає в тому, що всі зміни, викликані дією постійного неперервного струму (переміщення іонів, поляризація клітинних мембран тощо), відбувається дискретно, залежно від *частоти імпульсів*, а ступінь їх проявів та фізіологічний ефект визначаються *частотою імпульсів*, їх формою, тривалістю, шпаруватістю і відповідністю функціональним можливостям тканин, на яких відбувається дія.

Але залишається проблематичним, яким чином погодити частоту імпульсів із частотою роботи внутрішніх органів, від якої, насамперед, і залежить ефективність проведення фізіотерапевтичної процедури.

Так експериментальні та клінічні дослідження показали, що частота повторення імпульсів від 1 до 10 Гц є оптимальною для збудження симпатичних нервів, а частота від 21 до 100 Гц – парасимпатичних. При цьому синусоїдальні імпульси частотою 100 Гц викликають блокування проведення імпульсів у симпатичних утвореннях [95, с.87]. Однак *індивідуалізувати підхід до пацієнта щодо погодження частоти подачі імпульсів із частотою роботи внутрішніх органів фізіотерапія неспроможна.*

Цей підхід, на нашу думку, потребує детального медико-психологічного аналізу щодо вирішення проблеми ефективності

фізіотерапевтичного лікування психосоматичних хворих в період реконвалесценції (видужання) хвороби.

Розвиваючи ідеї В.Вернадського, Б.Цуканов у своїх останніх дослідженнях довів, що жива речовина на Землі існує у вигляді «глобальних біологічних годин», а еволюція живих систем та поява *Homo sapiens* повністю узгоджені із законами їх ходу [421].

Враховуючи це положення, пропонується *спосіб електроімпульсної дії на організм людини з врахуванням ходу біологічного годинника індивіда*, що включає дію адаптивно-динамічним струмом з прямокутною формою імпульсів відповідної частоти чергування, який відрізняється тим, що частоту дії погоджують із хронотипом індивіда, а її числове значення визначається за формулою:

$$V = 60 / X_T,$$

де V – частота погодження з ходом власного біологічного годинника індивіда, X_T – хронотип індивіда.

Ми припускаємо, що хронотип індивіда може виконувати не тільки прогностичну функцію, а й бути використаний у якості *психолого-часового індикатора* ефективності фізіотерапевтичного впливу в лікуванні хворих на психосоматичне захворювання з використанням такого методу електролікування, як *електросон*, в основі якого лежить дія імпульсним струмом низької частоти і малої сили на центральну нервову систему (головний мозок), унаслідок чого виникає стан, близький до фізіологічного сну. Це припущення ґрунтується на тих результатах дослідження, які переконують, що тривалість хронотипу індивіда узгоджується із тривалістю періоду між двома ударами пульсу та тривалістю дихального циклу індивіда (див. параграфи 3.1; 3.4).

Як показали результати наших попередніх досліджень (див. параграф 3), у 148 досліджуваних період між двома ударами пульсу практично співпадає зі значенням «хронотипу». Результати дослідження підлягли статистичному аналізу, за допомогою якого підраховувалось кореляційне

відношення між «хронотипом» та періодом між двома ударами пульсу як у прямому, так і у зворотному порядку. Зв'язок виявився досить високим.

Існування високого зв'язку загалом можна пояснити тим, що тривалість «дійсного справжнього» відкрита за допомогою метода відтворення, який для виконання потребує від досліджуваного великої напруги довільної уваги. Як переконують дослідження Д.Ліндслі та Є.Хомської, довільність уваги забезпечує загальний рівень активної бадьорості мозку [410]. Особливу роль у регуляції довільної уваги відіграє чолова кора, активність якої у більшій мірі залежить від кровопостачання, тобто від *ритму роботи серця*.

Участь дихальних циклів в переживанні часу вивчав ще Н.Мünsterberg [520]. Учений з'ясував, що проміжки, початок та кінець яких співпадає з початком та кінцем дихального циклу, відтворюються точніше порівняно з тими проміжками, для яких такого співпадіння немає. Д.Елькін розглядав дихальний цикл як один із головних періодичних процесів, що моделюють сприйняття невеликих тривалостей [434]. В.Лисенкова [200] з'ясувала зв'язок частоти дихання з особливостями відмірювання та оцінки проміжків, а також з частотою серцевих скорочень. На великій вибірці досліджуваних вона отримала ряд частот від 12 до 21 дихального циклу за хвилину. За цими даними Б.Цуканов прорахував тривалість дихального циклу для «середньогрупового суб'єкта» та отримав величину $T_s = 3,64\text{с}$ [421].

З іншого боку, тривалість одного дихального циклу можна отримати у вигляді функції цілого числа власних одиниць часу «середньогрупового суб'єкта»: $T_s = 4 * 0,9\text{с} = 3,6\text{с}$ [420].

Виходячи із середньогрупових даних, отриманих різними авторами у різні роки, логічно припустити, що тривалість дихального циклу індивіда визначається цілим числом одиниць «дійсного теперішнього» ще з дитячого віку.

Для перевірки цього припущення ми хронометрували тривалість дихальних циклів у досліджуваних дітей віком від 7 до 14 років у стані

спокою, підраховували період одного циклу T_s та порівнювали з «хронотипом» (див. параграф 3.4).

Для «поспішаючих» суб'єктів, які складають експериментальну вибірку, відношення величини «дійсного теперішнього» до періоду дихального циклу дорівнює 1: 2; 1:3; 1: 4. Тобто, чітко прослідковуються відмінності відношення до типологічних груп. Так, у індивідів дуже екстравертованої групи за загальним виконанням відношення були отримані наступні варіанти: $T_s = 2\tau$, $T_s = 3\tau$, $T_s = 4\tau$. У індивідів помірно екстравертованої групи $T_s = 4\tau$. Наше припущення підтвердилось. Тривалість дихального циклу індивіда складається із цілого числа власних одиниць його «дійсного теперішнього». Ці результати дослідження дають змогу стверджувати, що тривалість дихального циклу узгоджується зі значенням хронотипу індивіда.

Так як результати дослідження переконують, що інтервал між двома ударами пульсу та інтервал дихального циклу узгоджуються зі значенням хронотипу індивіда, то логічно припустити, що погодження імпульсних ритмічних впливів у визначеному заданому ритмі із ходом біологічного годинника індивіда забезпечить їх відповідність фізіологічним ритмам функціонуючих органів і систем організму. Такий індивідуальний підхід має значно посилити ефективність фізіотерапевтичного впливу на організм людини.

З цієї метою ми використали імпульсний струм прямокутної форми (струм Ледюка) частотою, що була погоджена із ходом власного біологічного годинника пацієнта, тривалістю імпульсу 0,2-2сек., силою струму до 10 мА.

Було застосовано портативний апарат ЕС-2П, який розрахований на обслуговування одного хворого.

Механізм дії електричного струму є складним процесом, що поєднує прямий та рефлекторний вплив імпульсного струму як слабкого ритмічного подразника певних структур головного мозку (підкіркові утворення, кора великого мозку).

Імпульсний постійний струм малої сили, низької частоти в методиці електросну є слабким, монотонним, ритмічним подразником, що дає ефект охоронного гальмування в ЦНС – сон з одночасною стимуляцією мозку.

Методика і техніка проведення процедур. Процедури проводять у тихій затемненій кімнаті. Хворий перебуває у зручній і розслабленій позі на напівм'якій кушетці. Одяг має бути вільним, не стискати тіло.

На заплющені очі хворого та ділянку сосковидних відростків накладають електроди з гідрофільними накладками, змоченими водою температури +38...+39* С або ізотонічним розчином натрію хлориду. Під час проведення процедури полярність має бути постійною (на очні електроди подається від'ємний потенціал). Електроди мають щільно прилягати до шкіри, але не спричиняти у хворого неприємного стискання. Хворого попереджають, що під час процедури він буде відчувати під електродами слабе поколювання, приємну безболісну вібрацію, «мигтіння» в очах. Якщо накласти електроди на очі неможливо (у разі хвороб очей), можна накладати їх за лобно-сосковидною методикою [95].

У процедурі електросну актуальним є питання про частоту подачі імпульсів струму. У нашому дослідженні вона була погоджена із власною одиницею часу кожного окремого пацієнта, тобто встановлювалась індивідуально, з урахуванням ходу біологічного годинника індивіда.

Біологічна і терапевтична дія електросну. Імпульсний струм проникає в порожнину черепа і діє безпосередньо на підкірково-стовбурову ділянку головного мозку, в якій розташовані гіпоталамус, ядра зорових горбів, ретикулярна формація, лімбічні системи тощо.

У ретикулярній формації розвиваються певні стадії парабіозу, які зумовлюють припинення стимулюючого, активізуючого впливу ретикулярної формації на кору великого мозку. Внаслідок цього там розвиваються процеси гальмування. Одночасно з пригніченням висхідних активізуючих впливів ретикулярної формації на кору великого мозку підвищується активність функції лімбічних утворень, зокрема гіпокампу.

Під час електросну змінюється біоелектрична активність мозку, спостерігається тенденція до сповільнення кіркових ритмів, у той час як підкіркові ритми після періоду сповільнення проявляють тенденцію до зростання, особливо, в лімбічних структурах.

Не виключена можливість і гуморальних впливів у зв'язку з надходженням у кров хімічних речовин та гормонів унаслідок подразнення клітин мозку електричними імпульсами.

У механізмі лікувальної дії електросну виділяють 2 фази: гальмування, пов'язане зі стимуляцією імпульсним струмом підкоркових утворень (клінічно виявляється дрімотою, сонливістю, сном), і розгальмування, пов'язане з активізацією функціональної здатності мозку, систем саморегуляції (клінічно виявляється бадьорістю, хорошим настроєм, підвищеною працездатністю).

Враховуючи показання до лікування електросном, ми включили цю процедуру до *комплексної медико-психологічної реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда.*

Процедура електросну проводилась як в експериментальній групі (з погодженням частоти подачі імпульсів із ходом власного біологічного годинника індивіда), так і в контрольній групі (частота подачі імпульсів визначалась чутливістю шкіри у вигляді «поколювання»).

У якості порівняльних критеріїв виступили *клінічні показники* - виникнення порушень ритму серця, поява задишки, розвиток нападу стенокардії, поява блідості шкіри, пітливості у стані спокою, підвищення САТ та ДАТ внаслідок фізичного впливу.

Із таблиці 6.1 видно, що серед прояву клінічних ознак перебігу ІХС у період реконвалесценції найчастіше (57-78%) відзначають у себе порушення ритму серця, прояви задишки, напади стенокардії, блідість шкіри, пітливість у стані спокою та підвищення САТ та ДАТ хворі з контрольної групи. Хворі з експериментальної групи мають більш стабільні показники (13-23%) клінічних симптомів хвороби.

У цілому проведені результати дослідження підтверджують припущення, що запропонований нами спосіб електроімпульсної дії на організм людини з урахуванням індивідуального хронотипу індивіда значно підвищить ефективність фізіотерапевтичного впливу щодо пацієнтів із психосоматичними захворюваннями в період клініко-психологічної реабілітації.

Таблиця 6.1

Порівняльний аналіз клінічних симптомів хворих на ІХС у період реабілітації в експериментальній та контрольній групах

Показник	Бали	експерт. група п = 253	контр. група п=169	вся вибірка п=422	р
Порушення ритму серця	відсутність – 0 наявність - 1	58 (23%)	115(68%)	173 (41%)	0,001
Поява задишки	відсутність – 0 наявність - 1	33 (13%)	125(74%)	158 (37%)	0,005
Напад стенокардії	відсутність – 0 наявність - 1	61 (24%)	106(63%)	51%	0,001
Блідість шкіри	відсутність – 0 наявність - 1	26 (10%)	96 (57%)	122 (29%)	0,005
Пітливість у стані спокою	відсутність – 0 наявність - 1	24 (9%)	87 (51%)	111 (26%)	0,005
Підвищення САТ > 20-40мм.рт.ст.	відсутність – 0 наявність - 1	28 (11%)	132(78%)	160 (38%)	0,005
Підвищення ДАТ > 10-12мм.рт.ст.	відсутність – 0 наявність - 1	36(14%)	115(68%)	151 (36%)	0,001

Запропонована методика знайде відображення у системі корекційних заходів медико-психологічної реабілітації з урахуванням диференціації часових характеристик у суб'єктів на психосоматичні захворювання (див. параграф 6.3).

6.3. Зміст корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання

Потребує розробки система психологоорганізаційних заходів медико- і психологопрофілактичної й прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням існування системи взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними особливостями й часовими параметрами (часові характеристики, фактор часу, хронотипом) хворих на психосоматичні захворювання.

Із цією метою ми використали системний підхід. На його основі побудували модель проведення комплексної медико-психологічної корекційної роботи, яка враховує чотири блоки: теоретичний, методичний, організаційний і виконавчий.

Теоретичний блок містить ряд фундаментальних положень психологічної та суміжних із нею наук про ефективність координації різних підходів на підставі точних знань про взаємозв'язки конституціональних, емоційних і фізіологічних факторів у причинності захворювання.

Методичний блок представлений визначенням методом хронометрії темпоральних характеристик; психологічною діагностикою (визначенням часових характеристик); лікувальним методом (фізіотерапевтичний) з урахуванням ходу власного біологічного годинника індивіда; авторським курсом психологічної корекції психосоматичних захворювань із врахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів.

Організаційний блок охоплює: визначення часу гострого розвитку хвороби; виявлення індивідуально-типологічних особливостей; планування лікувальних заходів із наступною профілактикою й прогнозуванням за допомогою авторського курсу комплексної медико-психологічної профілактики хворих на психосоматичні захворювання з врахуванням ходу біологічного годинника індивіда; роз'яснювальну роботу про необхідність заходів щодо попередження загострення захворювання, виконання рекомендацій щодо своєчасного діагностичного обстеження.

Виконавчий блок представлений такими психологоорганізаційними заходами: визначення та урахування індивідуально-типологічних особливостей; визначення та урахування вікового С-періоду гострого прояву хвороби; психологічне консультування, індивідуальні бесіди; авторська методика способу електроімпульсної дії на організм людини з урахуванням ходу біологічного годинника індивіда.

Водночас, під час розробки робочих схем реалізації системи ми враховували запропоновану модель хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, що дозволить виділити основні вузлові точки – точки фазової сингулярності з урахуванням вікового С-періоду; «хронопсихологічний профіль особистості» суб'єкта залежно від часових параметрів: часових характеристик, фактора часу, хронотипу.

Модель запропонованої нами програми комплексної медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання враховує етап первинної реабілітації, етап вторинної реабілітації або вторинної профілактики захворювання, а також етап первинної профілактики або попередження факторів ризику виникнення захворювання (див. рис. 6.1).

Ефективність запропонованої системи визначалася за підсумками порівняльного аналізу результатів *первинного психолого-соматичного й контрольного обстеження хворих на ІХС, які перенесли інфаркт міокарда*, що дало можливість проаналізувати зміни психосоматичного стану хворого внаслідок проведеної комплексної медико-психологічної корекційної роботи з урахуванням концепції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

На нашу думку, *реабілітація кардіологічних пацієнтів* - це сума заходів, які необхідно провести для сприятливого впливу на основну причину захворювання, а також для забезпечення найкращих можливостей щодо фізичного, соціального та ментального стану хворих, з метою самостійного попередження або відновлення при втраті нормального положення в суспільному житті.

Реабілітацію не слід розглядати як ізольовану форму терапії, вона повинна бути включена в загальний лікувальний процес.

Проведена нами комплексна медико-психологічна реабілітація хворих на ІХС враховувала три етапи:

1-й етап – первинна реабілітація (період реконвалесценції - видужання);
2-й етап – вторинна реабілітація ототожнюється з вторинною профілактикою або попередженням загострення захворювання.

3-етап – первинна профілактика або попередження прояву ризиків хвороби.

Вважаємо за потрібне виділити *основні завдання реабілітації*:

1. Підвищення толерантності до фізичного навантаження.
2. Оптимізація режиму навантажень.
3. Поліпшення симптоматики.
4. Відмова або зменшення потреби в курінні.
5. Поліпшення ліпідного профілю.
6. Зменшення ваги тіла.
7. Нормалізація артеріального тиску.
8. Поліпшення психоемоційного стану.
9. Збереження соціального статусу.
10. Збільшення частоти повернень до праці.
11. Зменшення захворюваності.
12. Зменшення смертності.
13. Забезпечення сприятливих патофізіологічних змін.
14. Досягнення поставленої мети при мінімальних матеріальних витратах.

Проведення реабілітаційних заходів виконувалось в декількох напрямках і переслідувало різні певні цілі.

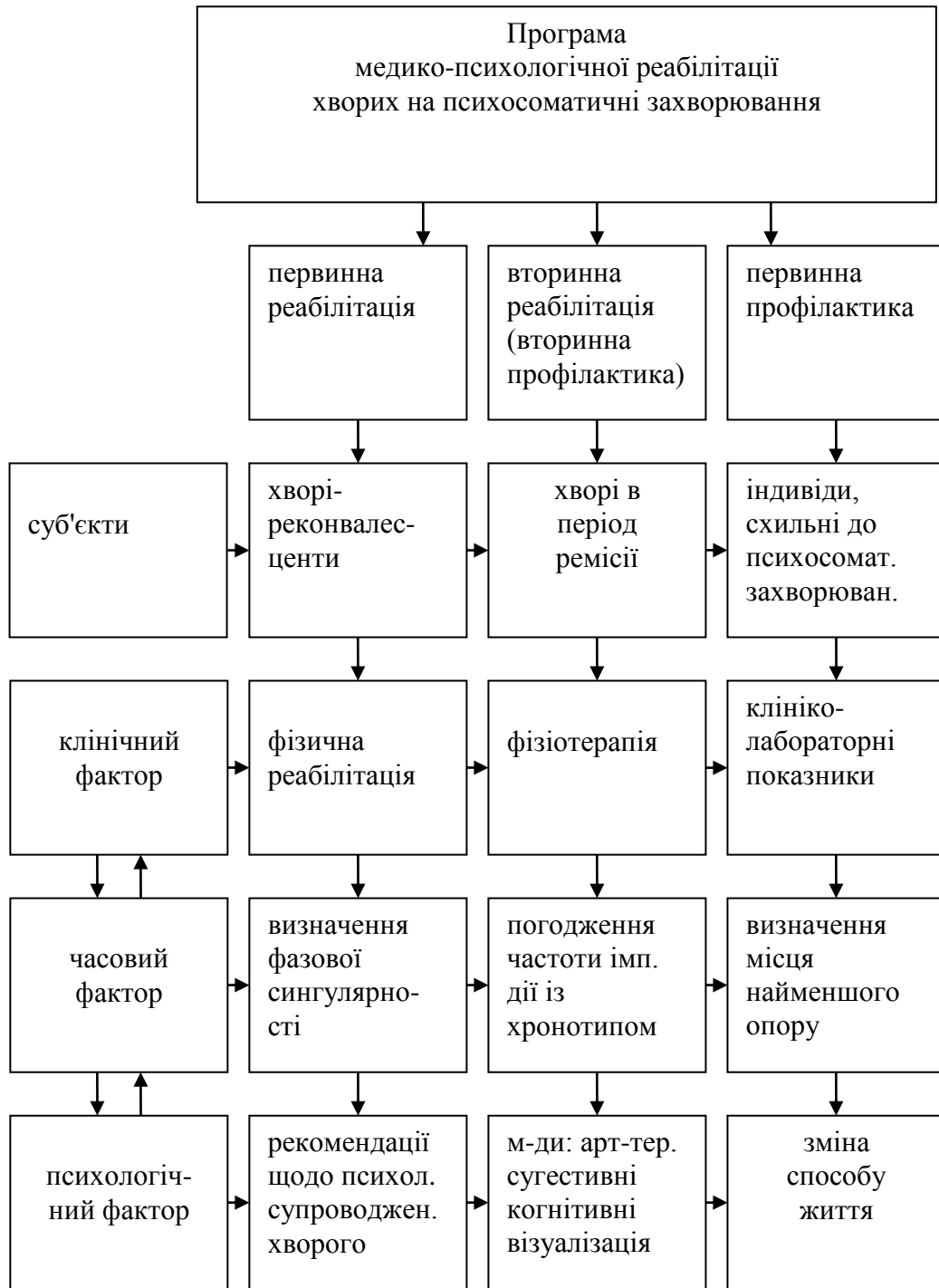


Рис. 6.1. Модель програми медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання

Клінічні цілі - попередження раптової смерті, зменшення частоти кінцевих точок (смертності від ССЗ, інфарктів, необхідності в оперативному лікуванні), поліпшення клінічного перебігу (підвищення толерантності до фізичного навантаження, уражень нападів стенокардії, зменшення проявів серцевої недостатності або аритмії), підвищення працездатності.

Психологічні цілі - відновлення самовладання, зменшення тривожності і депресії, підвищення адаптації до стресу, відновлення рівня сексуальної активності.

Соціальні цілі - повернення до праці, незалежність в щоденному самообслуговуванні для осіб похилого віку та хворих із значними порушеннями функції лівого шлуночка.

Організаційні цілі - зниження матеріальних витрат, більш рання виписка і раннє відновлення, зменшення кількості призначення препаратів, зменшення кількості повторної госпіталізації.

На першому етапі реабілітації *медичний аспект* був пов'язаний із вибором фізичного навантаження.

При виборі *фізичних навантажень* ми визначали режим, інтенсивність, частоту і поступовість їх призначення. При цьому звертали увагу на розвиток хвороби у конкретного хворого, хронопсихологічний профіль факторів ризику прояву основного захворювання, поведінкові особливості та особисті цілі і бажання, тобто з урахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів із психосоматичними захворюваннями.

Слід зазначити, що раніше існували установки на тривале дотримання суворого ліжкового режиму при ІМ, що себе не виправдали, оскільки повний спокій загрожує зменшенням маси скелетних м'язів, розвитком парезу кишечника, погіршенням вентиляції легень, розвитком венозного тромбозу з емболічними ускладненнями, психічними порушеннями. Більш того, тривала гіподинамія справляє негативний вплив і на серцево-судинну систему [49].

Проте в даний час не існує єдиного інструктивного листа за оптимальними термінами рухової реабілітації. За кордоном середня тривалість перебування хворого в стаціонарі з приводу ІМ становить близько 10 днів, що зумовлює необхідність ранньої фізичної реабілітації.

У зведених даних, які охоплюють більше 2000 хворих, показано, що близько 50% хворих з неускладненим перебігом ІМ можуть бути виписані на 5-й день [136].

В Україні середній ліжко-день при ІМ значно більше, що дозволяє проводити більш стриману фізичну реабілітацію.

Ми дотримувались індивідуального підходу щодо визначення *термінів рухової реабілітації з урахуванням диференціації часових характеристик у суб'єктів із ІХС, які протягом місяця перенесли інфаркт міокарда.*

Результати наших попередніх досліджень (див. розд.3) довели, що обстежені хворі на ІХС з інфарктом міокарда за «хронотипом» розподілились на чотири групи, але «переважаючими» стали дві групи. Це індивіди із хронотипом в діапазонах: $0,8 \leq X_T < 0,86$ та $0,94 < X_T \leq 1,0$. Тобто, результати дослідження переконують: ІХС локалізується у межах переважно двох типологічних груп індивідів, для яких вона є «переважаючою», та за межі цих груп практично не виходить. Сама хвороба окреслила межі двох груп помірними екстравертами та помірними інтровертами, які перенесли інфаркт міокарда. Враховуючи, що ця група досліджуваних є групою ризику на ІХС, то такі хворі потребують більш тривалої реабілітації порівняно з іншими. Зокрема, *термін рухової реабілітації для таких хворих складає не менше 10-15 днів.* Інша категорія хворих потребувала *рухової реабілітації терміном на 7-9 днів.* Але між індивідами із груп ризику є ряд суттєвих якісних відмінностей у перебігу клінічної форми хвороби. Так, у індивідів помірно екстравертованої групи переважає ІХС з інфарктом міокарда здебільшого трансмуральної та крупновогнищевої форми. Повторний інфаркт загрожує життю людини. Процес відновлення у цих хворих протікає повільно. У індивідів помірно інтровертованої групи, навпаки, плин хвороби має переважно прояви стенокардії, а інфаркт міокарда зустрічається у дрібновогнищевій формі. Такі хворі можуть перенести два – три та більше інфарктів, але процес їх відновлення відбувається значно швидше. Враховуючи ці особливості перебігу захворювання даних категорій хворих, стає можливим конкретизувати терміни реабілітації для цих пацієнтів, а саме, хворі із значенням хронотипу в діапазоні: $0,8 \leq X_T < 0,86$ потребують фізичної реабілітації *терміном не менше 14-15 днів*, а хворі із значенням

хронотипу в діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$ є більш адаптованими до хвороби і *потребують фізичної реабілітації терміном 5-6 днів*. Ми дотримувались запропонованих раніше рекомендацій ВООЗ, що передбачають 7 стадій активності в період фізичної реабілітації, але тривалість кожної з них становила індивідуальну кількість днів для певної категорії хворих. Так, наприклад, для індивідів із найбільшої групи ризику вона тривала 3 дні. Виокремимо тривалість кожної стадії та надамо їм характеристику. 1-а стадія (перші 3 дні захворювання) передбачала проведення дихальної гімнастики, самостійне прийняття зручного положення в ліжку, користування приліжковим столиком, бритвою, зубною щіткою, прийом їжі, сидючи в ліжку. 2-а стадія (4-6-й день захворювання). Хворому дозволяли сидіти в ліжку без підтримки обмежений час. 3-я стадія (7-9-й день захворювання). В цей період хворий рухається в межах ліжка - стоїть біля ліжка, ходить навколо ліжка. 4-а стадія (10-12-й день) - ходьба в межах кімнати. 5-а стадія (13-15-й день) - легка гімнастика. 6-а стадія (16-18-й день) - ходьба по коридору і підйом на 1 проліт сходів. 7-а стадія (19-21-й день) - хворий може здійснювати прогулянки по двору.

Перехід до наступної стадії здійснювався на підставі суб'єктивних і об'єктивних даних. Розширення рухової активності було протипоказано при:

- збільшенні пульсу під впливом фізичних вправ більш ніж на 30 ударів або зменшенні його більш ніж на 10 ударів на хвилину;
- виникненні порушень ритму і провідності;
- появі задишки;
- розвиток нападу стенокардії;
- появі блідості шкіри, гіпотонії, пітливості.

Показником адекватної реакції на фізичне навантаження на первинному етапі реабілітації було збільшення пульсу на піку впливу і в перші 2-3 хвилини відпочинку не більше ніж на 20 ударів, збільшення числа дихальних рухів не більше ніж на 6-9 за 1 хвилину (допускається короткочасне відчуття задишки ,

якщо воно не супроводжується іншими неприємними симптомами і не зникає самостійно протягом 2-3 хвилин), підвищення САД на 20-40 мм рт. ст. і ДАТ на 10-12 мм рт. ст.

Всі зміни функціональних показників при адекватному фізичному навантаженні повинні повертатися до вихідного рівня протягом 2-3 хвилин (максимально протягом 5 хвилин) після закінчення навантаження.

Психологічна реабілітація на першому етапі. Інфаркт міокарда, як правило, істотно впливає не тільки на фізичний стан хворого, а й на психічну сферу і розглядався як важкий емоційний стрес, що вимагає обов'язкової корекції. Як правило, хворі пригнічені раптовістю хвороби, перебуванням в реанімації, невизначеністю прогнозу, крахом найближчих та віддалених планів і т.д.

Психологічна реабілітація хворого починалася з перших хвилин перебування в стаціонарі. Було надано окремі *рекомендації* медичному персоналу щодо психологічного супроводження хворого в цей період, а саме:

1. При розмові з хворим лікар не повинен використовувати вирази, які можуть сприяти розвитку невротичних реакцій: «важкий інфаркт, набряк легенів, аневризма серця». Подібні терміни не слід вживати і при розмовах з медперсоналом, якщо хворий може зрозуміти їх зміст. Більш доцільно застосування визначень ІМ з зубцем Q.

2. В залежності від особистісних особливостей хворого справжній діагноз може бути повідомлений пізніше, після попередньої підготовки хворого.

3. Строго індивідуально слід підходити при розгляді питань, що стосуються тривалості лікування і подальшої працездатності.

4. Більш правильною є установка хворого на можливість повернення до праці і звичайного способу життя. З іншого боку, якщо хворий недостатньо реально оцінює свій стан, відмовляється від госпіталізації, порушує руховий режим або схему терапії, необхідно прямолінійно і об'єктивно розповісти про тяжкість стану та прогнози.

Це забезпечить не тільки більш серйозне ставлення хворого до стану здоров'я, але і дозволить уникнути можливих в подальшому нарікань з боку хворого і родичів.

5. Не варто забороняти хворим читання газет, перегляд телевізійних передач, але їх тематика повинна бути обговорена і вони не повинні викликати негативних емоцій.

Важливим моментом психологічної реабілітації були рекомендації, що стосувались статевих контактів. Згідно з останніми даними з оцінки стану ССС під час статевого акту на підставі моніторингу артеріального тиску та ЕКГ, спостерігається почастищення ЧСС в середньому до 120 ударів на 1 хвилину з поверненням до вихідного рівня через 2 хвилини, приріст САД становить від 40 до 100 мм рт. ст., ДАТ - від 20-55 мм рт. ст. На висоті статевого акту аритмія спостерігається у 56% хворих на ІХС (як правило, шлуночкові екстрасистолії), в той час як при фізичному навантаженні в 43%. Характерно також розвиток ішемії [100]. Тому рекомендації щодо термінів відновлення статевого життя надавались індивідуально для конкретного хворого з урахуванням змін стану при фізичному навантаженні. Хворі мали долати не менш 2 прольотів сходинок при відсутності значущих змін АТ, ЧСС або розвитку аритмії. При цьому не рекомендувалась зміна партнера або звичайних умов.

У цілому, одужання після інфаркту міокарда – час переоцінки способу життя, і для успішної адаптації може знадобитися зміна життєвих звичок. У цей час надавались рекомендації хворому щодо поступового відновлення колишньої соціальної активності, здатності вести нормальний і корисний для суспільства спосіб життя. Підкреслювалося, що деякі колишні форми соціальної активності можуть виявитися невідповідними.

Більшість хворих (78%) із експериментальної групи за допомогою лікаря та психолога впоралися з проблемою одужання. Критеріями виписування хворого з лікарні були наступні:

- 1) *урівноважений хворий* – емоційно стійкий;
- 2) хворий, який не боїться відкрито обговорювати свої проблеми;

- 3) хворий, який приймає поради психолога;
- 4) хворий, у якого є хобі та інтереси, що можуть відвернути його на стадії одужання;
- 5) хворий, здатний адаптуватися до інфаркту міокарда.

На другому *етапі реабілітації* – етапі вторинної профілактики, метою якого було *своєчасне попередження загострення захворювання*, враховувалась оцінка об'єктивного стану хворого з боку поліклінічного лікаря, який виявляв хворих із проблемами під час одужання. Такі пацієнти отримали консультацію фахівця-кардіолога і психолога.

Вторинна профілактика була спрямовано на раннє попередження прогресу захворювання і розвитку ускладнень. Заходи, що проводились при вторинній профілактиці: хронометричне обстеження із виявленням періоду спаду біологічного циклу життя індивіда – найбільш вірогідного проміжку часу загострення хвороби, психологічне обстеження та корекція виявлених порушень поведінки, клініко-лабораторне обстеження як критерій результативності проведення комплексної вторинної медико-психологічної реабілітації.

У цей період реабілітації збільшення фізичної працездатності хворого дозволяло провести більш детальне психологічне обстеження, ніж те, яке можна було виконати в гострій фазі захворювання.

Водночас, особливістю надання допомоги пацієнтам у період реконвалесценції було проведення нами комплексної хроно-медико-психологічної реабілітації, що враховувала як часовий аспект – визначення періоду фазової сингулярності, тобто періоду найбільшого ризику загострення захворювання, так і психолого-медичну складову.

Основним напрямком психологічної корекції на цьому етапі було усвідомлення ситуації хвороби, тобто прийняття та формування адекватної позиції на захворювання, а відповідно, покращення адаптації особистості у відстрочений період.

У якості основних напрямків психологічної корекції були висунуті:

- тривожність;
- депресивний стан як пасивна життєва позиція;
- проблема сприйняття себе (занижена самооцінка, невпевненість у собі);
- проблеми спілкування (порушення міжособистісних відношень, соціального та професійного функціонування).

Програма психологічної корекції враховувала наступні методи:

сугестивні, поведінкові, когнітивні, арт-терапію, креативну візуалізацію з використанням бінауральних ритмів.

При роботі з *тривожністю та депресивним станом* були використані методи релаксації та бінауральні музичні ритми [69]. Ці ритми покращують функціонування мозку, оскільки допомагають встановити нервові зв'язки між півкулями потрібної частоти. За допомогою бінауральних ритмів стає можливим на період сформувати у пацієнта необхідну активність мозку, а разом із цим і стан свідомості, якому властива ця активність. Різними засобами свідомості досягалось входження в релаксацію певної глибини, включення інтегративних процесів, що ведуть до відчуття психологічної рівноваги. Терапія абсолютно не має загроз, не містить маніпуляцій, діє на підсвідомому рівні.

Особливі низькочастотні форми звуку мали позитивний вплив на психічний стан та соматичне здоров'я пацієнтів.

J.Воніса у своїх дослідженнях довів, що користь низькочастотних станів мозку проявляє себе в укріпленні імунної системи та створенні відчуття психологічного комфорту [458].

Водночас, комплексна медико-психологічна реабілітація хворих на ІХС, які перенесли інфаркт міокарда, враховувала таку медичну складову, як призначення *фізіотерапії у формі електросну* (результати дослідження представлені у попередньому параграфі), що сприяло зниженню показників прояву емоційного стану пацієнтів.

Наші власні дослідження психологічної складової реабілітації на цьому етапі довели, що бінауральна терапія дозволяє значно швидше входити у стан

глибокої релаксації *саме напередодні входження хворим у фазу сингулярності* (приблизно за 10-20 днів), що сприяє покращенню сну та емоційній стійкості. Цей метод особливо має показання до застосування у разі стійкості до інших психологічних методів корекції.

Зниження тривожності вказаними вище методами сприяє зміні установки на хворобу, уникненню напруги. Внаслідок цього хворі займали більш активну життєву позицію, що призводило до зменшення депресивного стану. Емпіричні дані, отримані за допомогою методики шпитальної шкали тривожності та депресії (НАДС), підтверджують це припущення.

Таблиця 6.2

Порівняльний аналіз рівня прояву тривожності хворих на ІХС
до та після проведення корекційної роботи

Рівень тривожності	Бали	До корекції n = 253	Після корекції n = 253
Низький	≥ 30	1,5%	26,8%
Середній	31-45	19,5%	69,8%
Високий	≤ 46	79%	43%
M		42,3	31,2
σ		8,4	8,0
p ≤		0,05	

Так, до проведення корекційної роботи результати дослідження переконували, що у всіх хворих має місце високий рівень ситуативної тривожності. Після проведеної медико-психологічної корекції отримані наступні результати: у 26,8% хворих рівень тривожності нормалізувався.

Тим більше відмічено, що, не дивлячись на високий рівень тривожності у цих хворих до та після корекції, існують відмінності за t-критерієм Стьюдента в абсолютних значеннях показників тривожності ($p \leq 0,05$).

Депресивна симптоматика різного ступеня виразності була відмічена у 83,9% хворих, без депресії – у 16,1%. Практично у третини (28,6%) виявлений високий рівень депресивного стану.

У результаті проведення комплексної медико-психологічної корекції кількість хворих без депресії збільшилась (37,5%), кількість з високим рівнем знизилась до 19,6%.

Проблеми важкості спілкування, в основі яких лежить невпевненість у собі, занижена самооцінка, пов'язана із наслідками хвороби, враховували використання індивідуальних та групових методів. Переваги групової – ефективна форма у випадку рішення проблем міжособистісного характеру.

Таблиця 6.3

Порівняльний аналіз рівня прояву депресії хворих на ІХС
до та після проведення корекційної роботи

Рівень депресії	Бали	До корекції п = 253	Після корекції п = 253
Відсутність	< 5	16,1%	37,5%
Середній	5-25	65,3%	42,9%
Високий	>25	28,6%	19,6%
М		23,3	18,4
σ		3,4	2,0
p ≤		0,05	

Наші результати дослідження підтверджують результати дослідження G.Groddeck із співавторами [492], які також прийшли до висновку, що такі групи стимулюють більш відкриті прояви почуття та прагнення хворих брати на себе контроль над ходом лікування.

Спостереження переконали, що хворі, які брали участь у груповій терапії, після завершення лікування ведуть більш активний спосіб життя на відміну від хворих, у яких лікування обмежилось лише медичною допомогою. Активність мала місце у відвідуванні груп здоров'я, басейну, занять фізичною культурою, спілкуванні.

Сугестивна терапія – форма психологічної корекції, в якій уникнення тілесних та психічних порушень досягається за рахунок застосування навіювання. Суть терапії полягала у тому, що пацієнту передають у формі

усного повідомлення необхідні установки. Сугестивні формулювання відображають стан, який має бути досягнутий. Із сугестивних методів ми використали навіювання та аутотренінг.

Навіювання – засіб вербального та невербального емоційного впливу на людину з метою усвідомлення нею певного стану.

Цей засіб ефективний при високому рівні тривоги та депресії.

Ми застосували цей метод по відношенню до особистостей, які володіли високим рівнем інтелектуального розвитку та були здатні самостійно впоратися з кризою, пов'язаною з хворобою.

Поведінкові методи корекції були використані з метою формування нового стереотипу поведінки, яка не мала місця раніше в діяльності людини.

Методи когнітивної психокорекції були використані з метою зняття стресу пацієнтів.

Арт-терапія використовувалась для покращення загального фізичного та психологічного стану хворого, позбавлення від психосоматичних порушень.

У зв'язку з цим, змінюється відношення до власного минулого, хвилювань та хвороби, а досягнутий психотерапевтичний ефект проявляється в упорядкуванні психогенних процесів.

Спочатку пацієнт оволодівав технікою поступового розслаблення, потім у такому стані він мав візуалізувати процес лікування, таким чином, за допомогою образного мислення пацієнт налаштовував себе на виліковування.

Релаксація застосовувалась з метою посилення відновлювальних процесів та напрацювання довільної регуляції вегетативних та психічних функцій, а саме, зняття напруги дихальної мускулатури – при депресивному стані, спазму м'язів артикуляції та фонації – при проявах страху.

Ми виходили з припущення, що довільне розслаблення мускулатури супроводжується зниженням нервово-емоційної напруги, тобто знімає стрес. Тому ця методика була ефективна у знятті симптомів тривожності.

Аналіз рівня тривожності та депресії до та після 5 сеансів м'язової релаксації з використанням t- критерію Стьюдента показав, що рівень

ситуативної тривожності після терапії значно нижчий ніж при первинному дослідженні ($12,14 \pm 2,06$ та $8,64 \pm 1,19$ відповідно, $p < 0,01$).

Музикотерапія використовувалась за допомогою прослуховування запису природи за спеціальною програмою А.Гнезділової [113].

Пацієнт уявляв себе у стані розслаблення на березі моря, біля водоспаду та ін. Методика в комплексі допомагала знизити рівень тривоги. Пояснюється це тим, що існує тісний зв'язок між станом соматичним (тілом) та станом психіки. Коли людина відчуває психічний та емоційний комфорт – її тіло розслаблюється. Якщо має місце тривога – у м'язах напруга. Якщо пацієнт досягає стану м'язової релаксації та одночасно зміни обставин із тої, що травмує психіку в комфортну (емоційно позитивний стан), то, виходячи з цього рефлекторного зв'язку, у нього блокується тривога, стрес та біль. Окрім прослуховування звуків природи, використовувались бінауральні ритми, що посилювали цей ефект.

Таким чином, результати клінічних досліджень внаслідок запропонованої нами комплексної вторинної профілактики кардіологічних захворювань продемонстрували зменшення основних коронарних подій (на 23,5%), необхідності у проведенні інвазивних процедур на коронарних артеріях і інсультів в осіб із установленою ІХС.

При плануванні робочих схем спостереження терапевтам поліклінічного відділення були надані рекомендації щодо врахування С-метрики захворювання, тобто рекомендувати повторний курс профілактичних заходів пацієнту напередодні його входження в фазу сингулярності. Причому, своєчасно проведена психопрофілактика захворювання у суб'єкта до моменту загострення основного соматичного порушення, як переконали результати дослідження, дозволять заздалегідь попередити загострення хронічного процесу шляхом використання відповідних профілактичних заходів.

Первинна профілактика ставить перед собою завдання: зберегти здоровими контингент людей із групи ризику, а саме, попередити виникнення ішемічної хвороби серця в індивідів із хронотипом в діапазонах: $0,8 \leq X_t <$

0,86 та $0,94 < X_T \leq 1,0$, у яких місцем найменшого опору є серцево-судинна система та посилити заходи профілактики цих порушень саме в період фазової сингулярності.

Первинна профілактика була спрямована на зменшення найближчого (≤ 10 років) і віддаленого (>10 років) ризику виникнення ІХС і передбачала зміну способу життя хворого напередодні входження ним у фазу сингулярності: зниження споживання жирів тваринного походження і холестерину, збільшення фізичної активності, контроль ваги, зниження рівня холестерину в плазмі крові.

Основою первинної профілактики є зміна способу життя, однак високі рівні загального холестерину (>8 ммоль/л (320мг/дл)) або наявність множинних факторів ризику можуть бути показанням до призначення комплексної медико-психологічної профілактики.

Отримані результати дослідження дозволяють проводити цілеспрямований психолого-соматичний вплив із залученням фахівців-практиків різного профілю, прогнозувати й передбачати можливі порушення до того, як вони виявляться.

Подальше продовження дослідження з даної проблеми ми вбачаємо у розробці міждисциплінарної державної соціальної програми, спрямованої на оздоровлення людини як особистості.

Висновки до розділу 6

Виконання заключного етапу хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань дає змогу прийти до наступних висновків:

1. Реабілітація є важливим методом медико-психологічної допомоги при лікуванні хворих на психосоматичні розлади, має свої особливості, які відрізняють її від інших видів реабілітації і потребує удосконалення засобів щодо впровадження нових методів діагностики та профілактики цих порушень.

2. Система корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих шляхом диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями забезпечує своєчасність, а відповідно, і ефективність проведення цих заходів.

3. Запропонований спосіб електроімпульсної дії на організм людини з урахуванням ходу біологічного годинника індивіда значно посилює ефективність даного фізіотерапевтичного впливу.

Це дає змогу стверджувати, що хронотип індивіда може виконувати не тільки прогностичну функцію, а й бути використаний у якості психолого-часового індикатора ефективності фізіотерапевтичного впливу в лікуванні хворих на психосоматичні захворювання.

Висновок ґрунтується на тих результатах дослідження, які переконують, що тривалість хронотипу індивіда узгоджується із тривалістю періоду між двома ударами пульсу та тривалістю дихального циклу.

Таким чином, погодження імпульсних ритмічних впливів у визначеному заданому ритмі із ходом біологічного годинника індивіда забезпечує їх відповідність фізіологічним ритмам функціонуючих органів і систем організму. Такий індивідуальний підхід значно посилює ефективність фізіотерапевтичного впливу на організм людини.

Результати дослідження переконують, що серед прояву клінічних ознак перебігу ІХС у період реконвалесценції хворі з контрольної групи частіше (78%) відзначають у себе порушення ритму серця, прояви задишки, напади стенокардії, блідість шкіри, пітливість у стані спокою та підвищення САТ та ДАТ. Хворі з експериментальної групи мають більш стабільні показники (63%) клінічних симптомів хвороби.

В цілому, проведені дослідження підтверджують припущення, що в період клініко-психологічної реабілітації запропонований нами спосіб дії імпульсного струму на організм людини з урахуванням індивідуального її хронотипу значно підвищує ефективність фізіотерапевтичного впливу на пацієнтів із психосоматичними захворюваннями (75%). Це дозволяє

стверджувати, що *хронотип* індивіда може виконувати не тільки прогностичну функцію, а й бути використаний у якості *психолого-часового індикатора* ефективності фізіотерапевтичного впливу в лікуванні хворих на психосоматичні захворювання. Висновок ґрунтується на тих результатах дослідження, які переконують, що тривалість хронотипу індивіда узгоджується із тривалістю періоду між двома ударами його пульсу та тривалістю дихального циклу. Таким чином, *погодження імпульсних ритмічних впливів у визначеному заданому ритмі із ходом біологічного годинника індивіда* забезпечує їх відповідність фізіологічним ритмам функціонуючих органів і систем організму. Такий індивідуальний підхід значно посилює ефективність фізіотерапевтичного впливу на організм людини.

4. Комплексна медико-психологічна реабілітація хворих на психосоматичні захворювання має враховувати три етапи:

1-й етап – первинна реабілітація (період реконвалесценції - видужання);

2-й етап – вторинна реабілітація ототожнюється з вторинною профілактикою або попередженням загострення захворювання.

3-етап – первинна профілактика або попередження прояву ризиків хвороби.

Розроблена автором комплексна програма медико-психологічної реабілітації виконувалась в декількох напрямках і переслідувала різні певні цілі. *Клінічні цілі* - підвищення толерантності до фізичного навантаження, нападів стенокардії, зменшення проявів серцевої недостатності або аритмії. *Психологічні цілі* - відновлення самовладання, зменшення тривожності і депресії, підвищення адаптації до стресу. *Соціальні цілі* - повернення до праці, незалежність в щоденному самообслуговуванні для осіб похилого віку та хворих із значними порушеннями функції лівого шлуночка. *Організаційні цілі* - зниження матеріальних витрат, більш рання виписка і раннє відновлення, зменшення кількості призначення препаратів, зменшення кількості повторної госпіталізації.

Потрібно дотримувались індивідуального підходу щодо визначення термінів реабілітації з урахуванням диференціації часових характеристик у суб'єктів із психосоматичними захворюваннями.

Водночас, особливістю надання допомоги пацієнтам у період реконвалесценції є проведення комплексної хроно-медико-психологічної реабілітації, що враховує як часовий аспект – визначення періоду фазової сингулярності, тобто періоду найбільшого ризику загострення захворювання, так і психолого-медичну складову.

5. На першому етапі реабілітації *медичний аспект* був пов'язаний із вибором фізичного навантаження. Ми дотримувались індивідуального підходу щодо визначення *термінів рухової реабілітації з урахуванням диференціації часових характеристик у суб'єктів із ІХС, які протягом місяця перенесли інфаркт міокарда.*

Термін рухової реабілітації для хворих із хронотипом в діапазонах: $0,8 \leq X_T < 0,86$ та $0,94 < X_T \leq 1,0$ складає не менше 15-25 днів. Інша категорія хворих потребувала *рухової реабілітації терміном на 7-9 днів.* Але між індивідами із груп ризику є ряд суттєвих якісних відмінностей у перебігу клінічної форми хвороби. Враховуючи ці особливості перебігу захворювання даних категорій хворих, стає можливим конкретизувати терміни реабілітації для цих пацієнтів, а саме, хворі із значенням хронотипу в діапазоні: $0,8 \leq X_T < 0,86$ потребують фізичної реабілітації *терміном не менше 24-25 днів*, а хворі із значенням хронотипу в діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$ є більш адаптованими до хвороби і *потребують фізичної реабілітації терміном 15-16 днів.* Ми дотримувались запропонованих раніше рекомендацій ВООЗ, що передбачають *7 стадій активності в період фізичної реабілітації*, але тривалість кожної з них становила індивідуальну кількість днів для певної категорії хворих.

Показниками адекватної реакції пацієнта на фізичне навантаження на первинному етапі реабілітації були збільшення пульсу на піку впливу і в перші 2-3 хвилини відпочинку не більше ніж на 20 ударів, збільшення числа дихальних рухів не більше ніж на 6-9 за 1 хвилину (допускається короткочасне

відчуття задишки, якщо воно не супроводжується іншими неприємними симптомами і зникає самостійно протягом 2-3 хвилин), підвищення САД на 20-40 мм рт. ст. і ДАТ на 10-12 мм рт. ст. При цьому, всі зміни функціональних показників при адекватному фізичному навантаженні повинні повертатися до вихідного рівня протягом 2-3 хвилин (максимально протягом 5 хвилин) після закінчення навантаження.

Психологічна реабілітація хворого починалася з перших хвилин перебування в стаціонарі. Було надано окремі *рекомендації медичному персоналу* щодо психологічного супроводу хворого в цей період, а саме:

1. При розмові з хворим лікар не повинен використовувати вирази, які можуть сприяти розвитку невротичних реакцій: «важкий інфаркт, набряк легенів, аневризма серця». Подібні терміни не слід вживати і при розмовах з медперсоналом, якщо хворий може зрозуміти їх зміст. Більш доцільно застосування визначень ІМ з зубцем Q.

2. В залежності від особистісних особливостей хворого справжній діагноз може бути повідомлений пізніше, після попередньої підготовки хворого.

3. Строго індивідуально слід підходити до розгляду питань, що стосуються тривалості лікування і подальшої працездатності.

4. Більш правильною є установка хворого на можливість повернення до праці і звичайного способу життя. З іншого боку, якщо хворий недостатньо реально оцінює свій стан, відмовляється від госпіталізації, порушує руховий режим або схему терапії, йому необхідно прямолінійно і об'єктивно розповісти про тяжкість стану організму та прогнози. Це забезпечить не тільки більш серйозне ставлення хворого до стану здоров'я, але і дозволить уникнути можливих в подальшому нарікань з боку хворого і родичів.

5. Не варто забороняти хворим читання газет, перегляд телевізійних передач, але їх тематика повинна бути обговорена і вони не повинні викликати негативні емоції.

Рекомендації щодо термінів відновлення статевого життя надавалися індивідуально для конкретного хворого з урахуванням змін стану при

фізичному навантаженні. Хворі мали долати не менш 2 прольотів сходинок при відсутності значущих змін АТ, ЧСС або розвитку аритмії. При цьому не рекомендувалась зміна партнера або звичайних умов.

У цілому, одужання після інфаркту міокарда – час переоцінки способу життя, і для успішної адаптації може знадобитися зміна життєвих звичок. У цей час надавались рекомендації хворому щодо поступового відновлення колишньої соціальної активності, здатності вести нормальний і корисний для суспільства спосіб життя. Підкреслювалося, що деякі колишні форми соціальної активності можуть виявитися невідповідними.

Більшість хворих (78%) із експериментальної групи за допомогою лікаря та психолога впоралися з проблемою одужання. Критеріями виписування хворого з лікарні були наступні:

- 6) *урівноважений хворий* – емоційно стійкий;
- 7) хворий, який не боїться відкрито обговорювати свої проблеми;
- 8) хворий, який приймає поради психолога;
- 9) хворий, у якого є хобі та інтереси, що можуть розрадити його на стадії одужання;
- 10) хворий, здатний адаптуватися до інфаркту міокарда.

На другому *етапі реабілітації* – етапі вторинної профілактики, метою якого було *своєчасне попередження загострення захворювання*, враховувалась оцінка об'єктивного стану хворого з боку поліклінічного лікаря, який виявляв хворих із проблемами під час одужання. Такі пацієнти отримували консультацію фахівця-кардіолога і психолога.

6. Програма психологічної корекції має враховувати наступні методи: сугестивні, поведінкові, когнітивні, арт-терапію, креативну візуалізацію з використанням бінауральних ритмів. Бінауральна терапія дозволяє значно швидше входити у стан глибокої релаксації *саме напередодні входження хворим у фазу сингулярності* (приблизно за 10-20 днів), що сприяє покращенню сну та емоційній стійкості. Цей метод особливо має показання до застосування у разі стійкості до інших психологічних методів корекції.

Зниження тривожності вказаними вище методами сприяє зміні установки на хворобу, уникненню напруги. Внаслідок цього хворі займають більш активну життєву позицію, що призводить до зменшення депресивного стану.

7. При плануванні робочих схем спостереження терапевтам поліклінічного відділення мають бути надані рекомендації щодо врахування С-метрики захворювання, тобто рекомендувати повторний курс профілактичних заходів пацієнту напередодні його входження в фазу сингулярності. Причому, своєчасно проведена психопрофілактика захворювання у суб'єкта до моменту загострення основного соматичного порушення, як переконали результати дослідження, дозволить заздалегідь попередити загострення хронічного процесу шляхом використання відповідних профілактичних заходів.

8. Первинна профілактика ставить перед собою завдання: зберегти здоровими контингент людей із групи ризику, а саме, попередити виникнення психосоматичних захворювань та посилити заходи профілактики цих порушень саме в період фазової сингулярності. Отримані результати дослідження дозволяють проводити цілеспрямований психолого-соматичний вплив із залученням фахівців-практиків різного профілю, прогнозувати й передбачати можливі порушення до того, як вони виявляться.

ПІСЛЯМОВА

Резюмуючи викладені в монографії результати теоретичних і експериментальних досліджень, можна зробити такі підсумкові висновки:

1. У монографії наведене теоретичне узагальнення і нове розв'язання наукової проблеми хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань з позиції психологічної диференціації індивідуальних психологічних властивостей людини, яке переконує, що ознаки соматичних розладів повністю узгоджені з ними й, відповідно, можуть бути досить прогнозовані й визначені з урахуванням типологічних груп, а також залежні від індивідуального (власного) біологічного часу.

2. В якості теоретико-методологічних основ хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань визначено використання системного підходу, реляційної концепції часу, концепції суб'єктивного теперішнього, психологічної теорії діяльності, психоаналітичної концепції особистості, концепції здоров'я, концепції особистісних особливостей.

Аналіз чинників, які зумовлюють перебіг психосоматичного захворювання, дав підставу віднести до найважливіших передумов прогнозування порушення диференціацію часових характеристик у суб'єктів із цими розладами.

Також найважливішими чинниками, що зумовлюють ефективність прогнозування, є індивідуальний хронотип та часова спрямованість особистості. Крім того, підлягають обов'язковому врахуванню чинники, що впливають на перебіг захворювання, а саме, місце найменшого опору, фазова сингулярність та базове емоційне забарвлення поведінки.

3. Обґрунтовано вибір психолого-часових індикаторів прояву психосимптоматики соматичних порушень. На цій основі розроблено концепцію хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, сутність якої полягає у тому, що, враховуючи психологічні

індивідуальні особливості кожного окремого індивіда, схильного до психосоматичних захворювань, є можливість передбачити місце його найменшого опору. Щонайперше, такі окремі нозологічні форми захворювань, як хвороби серцево-судинної системи, органів дихання, травлення та сечостатевої системи.

Результати дослідження переконують: ІХС локалізується у межах переважно двох типологічних груп індивідів, для яких вона є «переважаючою», та за межі цих груп практично не виходить. Сама хвороба окреслила межі двох груп «чистими» екстравертами (23%) та «чистими» інтровертами (24%), які перенесли інфаркт міокарда. Між індивідами цих груп є ряд суттєвих якісних відмінностей у перебігу клінічної форми хвороби. Так, у індивідів помірно екстравертованої групи переважає ІХС з інфарктом міокарда (23%) здебільшого трансмуральної та крупновогнищевої форми. Повторний інфаркт загрожує життю людини. Процес відновлення у цих хворих протікає повільно. У індивідів помірно інтровертованої групи, навпаки, плин хвороби має переважно прояви стенокардії (24%), а інфаркт міокарда зустрічається у дрібновогнищевій формі (12%). Такі хворі можуть перенести два – три та більше інфарктів, але процес їх відновлення відбувається значно швидше.

Артеріальна есенціальна гіпертензія узгоджується із гіпертонічною тенденцією у здорових індивідів за локалізацією у спектрі «хронотипу». Статистична обробка даних показала, що ступінь виразності ознак синдрому однакова протягом усього діапазону «хронотипів» помірно екстравертованої (60%) та помірно інтровертованої груп (36,5%) хворих на АЕГ. Однак до однієї із них – «постійне відчуття цейтноту» - в обох групах спостерігалось полярне відношення. Переважна більшість хворих помірно екстравертованої групи (52%) скаржилась на постійну гостроту дефіциту часу у житті. В помірно інтровертованій групі (31%), навпаки, практично більшість хворих стверджує, що не відчувають дефіциту часу.

Протилежне відношення до часу у хворих на АЕГ помірно екстравертованої групи («поспішаючі» суб'єкти) та помірно інтровертованої групи («точні» суб'єкти) пов'язані з величиною індивідуального «хронотипу». Досліджуючи одну із «переважаючих» форм порушення роботи серця, ми переконуємось, що функціональне порушення ритму серця локалізується переважно у межах своїх типологічних груп, а саме: розлади ритму з тахікардією переважають у помірно екстравертованому спектрі «хронотипів» (60%), а розлади ритму з брадикардією переважають у помірно інтровертованому спектрі «хронотипів» (36,5%).

Хронотип обстежених хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки знаходиться переважно у діапазоні $1,0 < X_T \leq 1,1$ (47,3%; 31%), що відповідає групі індивідів, у яких домінують хвороби шлунку типологічного масиву одного з п'яти сегментів спектру «спрямованості на час».

Спостерігається узгодження між «хронотипом» та клінічним проявом хронічного захворювання печінки та жовчного міхура на контингенті пацієнтів, хронотип яких знаходиться у діапазоні від 0,7 до 0,8.

Результати проведеного нами дослідження показали, що хронотип хворих, які страждають на хронічний холецистит, знаходиться у діапазоні $0,7 \leq X_T \leq 0,72$ (34%), панкреатит – $0,73 \leq X_T \leq 0,75$ (30%) та дискинезії жовчовивідних шляхів - $0,7 \leq X_T < 0,8$ (36%), що відповідає групі індивідів, у яких «переважають» хвороби печінки та жовчного міхура.

Такі індивіди характеризуються високою екстраверсією, стабільністю, а збудження у них в 2 рази переважає над гальмуванням. До того ж вони цілеспрямовані та агресивні у поведінці. Індивіди з таким «хронотипом» наближаються до категорії «суто екстравертованих».

Результати проведеного нами дослідження дають можливість пересвідчитись, що хронотип у пацієнтів, які страждають на хронічні закрепи, переважно (53%) знаходиться у діапазоні $0,94 < X_T \leq 1,0$, що

відповідає групі індивідів, у яких «переважають» хвороби безпосередньо кишечника.

Для суб'єктів із соматичними порушеннями кишкового тракту (63,5%) характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками екстраверсія – інтроверсія й нейротизм – стабільність домінує серединний або амбівертний тип спрямованості із помірно екстравертними проявами.

Таким чином, враховуючи психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда, схильного до захворювань шлунково-кишкового тракту, є можливість спрогнозувати місце його найменшого опору, зокрема, такі хвороби шлунку, як гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, холецистити, панкреатити, дискинезії жовчовивідних шляхів, закрепи, емоційні діареї.

Обстеження хворих на нефроурологічні захворювання підтверджує припущення, що сечова система є місцем найменшого опору у людей із хронотипом у діапазоні: $0,86 \leq X_t \leq 0,94$ (92%), куди відносяться індивіди із «суто» амбівертним типом спрямованості, а також із помірно екстравертними та помірно інтровертними проявами. Застосування цього методу психодіагностики хронотипу індивіда надасть можливість спрогнозувати «місце найменшого опору» індивідів, які схильні до нефроурологічних порушень в організмі.

Отже, для суб'єктів із соматичними порушеннями нефроурологічного профілю характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками «екстраверсія-інтроверсія» й «нейротизм-стабільність» домінує серединний або амбівертний тип спрямованості (93%). Також встановлено, що серед зазначених суб'єктів існує кількісна перевага індивідів інтровертованоспрямованих типів темпераменту (64%) над екстравертованими (36%). Аналіз показників хронотипу, який також відноситься до властивостей нервової системи, засвідчив, що більшість обстежуваних належить до амбівертного типу спрямованості (від 0,86 до

0,94) (82%).

Пульмонологічні симптоми хворих на бронхіальну астму та рецидивуючий трахеобронхіт локалізуються переважно (83%) у діапазоні: $0,7 \leq X_T < 0,8$, куди відносяться індивіди екстравертованої групи. Результати дослідження переконують, що для «поспішаючих» суб'єктів, які складають експериментальну вибірку (93%), відношення величини «дійсного теперішнього» до періоду дихального циклу дорівнює 1: 2; 1:3; 1:4. Тобто, чітко прослідковуються відмінності відношення до типологічних груп. Так, у індивідів дуже екстравертованої групи за загальним виконанням відношення були отримані наступні варіанти: $T_s = 2X_T$ (22%), $T_s = 3X_T$ (21%), $T_s = 4X_T$ (28%). У індивідів помірно екстравертованої групи $T_s = 4X_T$ (29%). Наше припущення підтвердилось. Тривалість дихального циклу індивіда складається із цілого числа одиниць хронотипу його «дійсного теперішнього».

Ці результати дослідження дають змогу стверджувати, що тривалість дихального циклу хворих на пульмонологічні розлади узгоджується із тривалістю хронотипу індивіда.

У ході дослідження з позиції реляційної концепції часу нам вдалося виділити зону найменшого опору у індивідів, які страждають на невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади. Це вказує на їх належність до типологічної групи. Так, неврастенії є місцем найменшого опору у помірно інтровертованих (63%). Отже, давно відомо, що помірний інтроверт - це людина зі слабкою нервовою системою, що має підвищену чутливість навіть до слабких подразників. У нього виражена інтроверсія і високий нейротизм, а гальмування в два рази перевищує збудження. Сильний стрес у помірного інтроверта може спровокувати невротичний розлад.

Конверсійна істерія локалізується у межах дуже екстравертованої групи (72%). Дійсно, «чисто» екстраверт – це людина, яка має

неврівноважену нервову систему, у якої збудження переважає над гальмуванням, явно виражена екстраверсія.

Цілком можна пояснити, чому в зоні локалізації obsесивно-компульсивних розладів виявилися представники дуже інтровертованої групи (54%). У інтроверта нервова система стабільна, інертна, збудження і гальмування врівноважують одне одного, явно виражена інтроверсія, а настрої зазвичай рівний. Але саме "чистий" інтроверт у цю зону не потрапляє. До неї належать індивіди з X_t від 1,01 до 1,03. Це вже не помірні інтроверти, але ще не «чисті» інтроверти, а отже, їхню нервову систему сильною назвати не можна. Така диференціація неврастенічних розладів необхідна і в медицині, й у психології тому, що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть виникнути неврастенічні розлади.

Хворі на соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи за гіпертонічним типом мають переважно хронотип в тих зонах, у яких у здорових „хронотипів” має місце гіпертонічна хвороба. Самі хворі пацієнти із ВСД чітко визначили дві межі ($X_t = 0,8$ та $X_t = 1,0$) (67%), у спектрі „хронотипів”, в яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної. Соматоформна дисфункція за гіпертонічним типом визначила межі обох груп «суто» помірними екстравертами та «суто» помірними інтровертами. Тому пацієнти, у яких однакова форма «переважаючої» хвороби, мають відмінності у психологічному характері.

4. Запропонований механізм визначення часу гострого прояву психосоматичних захворювань або часових «зон ризику» дозволив розробити модель схематичного відображення часових періодів розвитку соматичних порушень, тобто уявити, як відбувається формування психосоматичних порушень у певних вузлових точках або точках фазової сингулярності. Поняття «С-період» розглядається як психолого-часовий індикатор загострення хронічного психосоматичного захворювання. Результати проведеного нами обстеження переконують, що у різних

індивідів їх доміантна 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 (65%).

Для більшості обстежених хворих на психосоматичні захворювання (68%) 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 $\frac{1}{4}C$ (21%), $\frac{1}{2}C$ (19%), $\frac{1}{16}C$ (22%), $\frac{3}{4}C$ (26%) в залежності від належності до типологічної групи. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.

5. Визначено п'ять основних етапів хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань: перший етап передбачає виокремлення психолого-часових індикаторів перебігу психосоматичних захворювань на основі визначення локалізації симптомів кардіологічних, пульмонологічних, гастроентерологічних, нефроурологічних та соматоформних розладів у спектрі «хронотипів»; на другому етапі здійснюється побудова індивідуального хронотипу перебігу психосоматичних захворювань в онтогенетичній розгортці та підрахунок можливих періодів прояву загострення, реконвалесценції (виздоровлення) та ремісії (затухання) хвороби; на третьому етапі будуються моделі «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні захворювання; на четвертому етапі розробляються основні підходи щодо оптимізації адаптаційних можливостей хворих на психосоматичні захворювання та підвищення ефективності лікування шляхом диференціації часових характеристик у суб'єктів із соматичними порушеннями; на п'ятому етапі проводяться розробки систем психологоорганізаційних заходів медико- і психологопрофілактичної й

прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням існування системи взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними особливостями й часовими параметрами (часові характеристики, фактор часу, хронотип) на прикладі хронічних психосоматичних захворювань.

6. Створено класифікацію та визначено принципи добору й застосування дослідницьких і корекційних методів, які можуть використовуватись у виокремленні психолого-часових індикаторів перебігу психосоматичних порушень. Розроблено й апробовано "технологію" проведення та методичного забезпечення всіх етапів, використання якої в кожному конкретному випадкові передбачає обов'язкове врахування часового індикатора і особливостей тривалості біологічного циклу життя індивіда, що дає змогу досягти найкращого результату в прогнозуванні перебігу психосоматичних захворювань.

7. Ефективність запропонованої системи визначалася за підсумками порівняльного аналізу результатів первинного психолого-соматичного й контрольного обстеження, що дало можливість проаналізувати зміни психосимптоматики внаслідок проведеної комплексної медико-психологічної корекційної роботи з урахуванням концепції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

Так, до проведення корекційної роботи результати дослідження переконували, що у всіх хворих на ішемічну хворобу серця має місце високий рівень ситуативної тривожності. Після проведеної медико-психологічної корекції отримані наступні результати: у 26,8% хворих рівень тривожності нормалізувався. Тим більше відмічено, що, не дивлячись на високий рівень тривожності у цих хворих до та після корекції, існують відмінності за t-критерієм Стьюдента в абсолютних значеннях показників тривожності ($p \leq 0,05$).

Депресивна симптоматика різного ступеня виразності була відмічена у 83,9% хворих, без депресії – у 16,1%. Практично у третини (28,6%) виявлений високий рівень депресивного стану.

У результаті проведення комплексної медико-психологічної корекції кількість хворих без депресії збільшилась (37,5%), кількість з високим рівнем знизилась до 19,6%.

Вважаємо за можливе створення міждисциплінарної державної соціальної програми, спрямованої на оздоровлення людини як особистості із залученням фахівців-практиків із інших галузей, відповідно, даний підхід буде сприяти формуванню не тільки здорової особистості, а й формуванню здорового суспільства.

Реабілітація є важливим методом медико-психологічної допомоги при лікуванні хворих на психосоматичні розлади, має свої особливості, які відрізняють її від інших видів реабілітації і потребує удосконалення засобів щодо впровадження нових методів діагностики та профілактики цих порушень.

Система корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих шляхом диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями забезпечує своєчасність, а відповідно, і ефективність проведення цих заходів.

Запропонований спосіб електроімпульсної дії на організм людини з урахуванням ходу біологічного годинника індивіда значно посилює ефективність даного фізіотерапевтичного впливу.

Це дає змогу стверджувати, що хронотип індивіда може виконувати не тільки прогностичну функцію, а й бути використаний у якості психолого-часового індикатора ефективності фізіотерапевтичного впливу в лікуванні хворих на психосоматичні захворювання.

Висновок ґрунтується на тих результатах дослідження, які переконують, що тривалість хронотипу індивіда узгоджується із тривалістю періоду між двома ударами пульсу та тривалістю дихального циклу.

Розроблена автором комплексна програма медико-психологічної реабілітації виконувалась в декількох напрямках і переслідувала різні певні цілі. *Клінічні цілі* - підвищення толерантності до фізичного навантаження, нападів стенокардії, зменшення проявів серцевої недостатності або аритмії. *Психологічні цілі* - відновлення самовладання, зменшення тривожності і депресії, підвищення адаптації до стресу. *Соціальні цілі* - повернення до праці, незалежність в щоденному самообслуговуванні для осіб похилого віку та хворих із значними порушеннями функції лівого шлуночка. *Організаційні цілі* - зниження матеріальних витрат, більш рання виписка і раннє відновлення, зменшення кількості призначення препаратів, зменшення кількості повторної госпіталізації.

Потрібно дотримувались індивідуального підходу щодо визначення термінів реабілітації з урахуванням диференціації часових характеристик у суб'єктів із психосоматичними захворюваннями.

Водночас, особливістю надання допомоги пацієнтам у період реконвалесценції є проведення комплексної хроно-медико-психологічної реабілітації, що враховує як часовий аспект – визначення періоду фазової сингулярності, тобто періоду найбільшого ризику загострення захворювання, так і психолого-медичну складову.

Таким чином, погодження імпульсних ритмічних впливів у визначеному заданому ритмі із ходом біологічного годинника індивіда забезпечує їх відповідність фізіологічним ритмам функціонуючих органів і систем організму. Такий індивідуальний підхід значно посилює ефективність фізіотерапевтичного впливу на організм людини.

8. При плануванні робочих схем спостереження терапевтам поліклінічного відділення мають бути надані рекомендації щодо врахування С-метрики захворювання, тобто рекомендувати повторний курс профілактичних заходів пацієнту напередодні його входження в фазу сингулярності. Причому, своєчасно проведена психопрофілактика захворювання у суб'єкта до моменту загострення основного соматичного

порушення, як переконали результати дослідження, дозволить заздалегідь попередити загострення хронічного процесу шляхом використання відповідних профілактичних заходів.

Первинна профілактика ставить перед собою завдання: зберегти здоровими контингент людей із групи ризику, а саме, попередити виникнення психосоматичних захворювань та посилити заходи профілактики цих порушень саме в період фазової сингулярності. Отримані результати дослідження дозволяють проводити цілеспрямований психолого-соматичний вплив із залученням фахівців-практиків різного профілю, прогнозувати й передбачати можливі порушення до того, як вони виявляться.

9. Подальше продовження дослідження з даної проблеми ми вбачаємо у розробці міждисциплінарної державної соціальної програми, спрямованої на оздоровлення людини за розробленою технологією із залученням фахівців-практиків із інших галузей, відповідно, даний підхід буде сприяти формуванню не тільки здорової особистості, а й формуванню здорового суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии: учебн. пособ. [для студ. высш. учебн. зав., психотерапевтов] / В.А.Абабков. - [2-е изд.]. – СПб: Питер, 2002. – 242с.
2. Абабков В. А. Применение Гессенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств: [методическое пособие] / [В.А.Абабков, С.М.Бабин, Г.Л.Исурина] – СПб: Питер,1993. - 24с.
3. Абульханова-Славская К.А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности / К.А.Абульханова - Славская // Психология формирования и развития личности. - М.: Мысль, 1981. – С.31-37.
4. Авилов О.В. Определение эффективности реабилитации последствий стресса у студентов с помощью анализа variability сердечного ритма / О. В. Авилов // Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам / под ред. акад. В.А.Покровского - М.: Медицина, 2004. - 392с.
5. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: [лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей] / А. Адлер. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. - 214 с.
6. Айзенк Г. Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии / Г. Дж. Айзенк // Методологические и теоретические проблемы психологии: [психологический журнал]. – 1994. - Т.14, № 4. - С. 3-19.
7. Айзенк Х. Психологические теории тревожности / Х. Айзенк // Тревога и тревожность / под ред. В.А.Астапова - СПб: Питер, 2001. – С.123-128.
8. Айрапетьянц Э. Ш. К проблеме "висцерального мозга"/ Э. Ш.Айрапетьянц //Вопросы взаимоотношений психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. - СПб: Питер, 2001. - С.19-48.

9. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф.Александер; [пер. с англ. С. Могилевского]. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. - С. 152-164.
10. Александер Ф. Человек и его душа. Познание и врачевание от древности до наших дней / Ф.Александер, Ш. Селесник; [пер. с англ. С.Могилевского]. - М.: Прогресс, 1995. - 610 с.
11. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. - М.: Медицина, 2000. - 496 с.
12. Александровский Ю.А. Психические и психосоматические расстройства / Ю. А. Александровский: [справочник терапевта]. - М.; Медицина, 1995. – 132с.
13. Александровский Ю. А. Терапия тревожных состояний у больных с пограничными психическими расстройствами / Ю. А. Александровский, Р.Г.Акжигитов // Психофармакотерапия пограничных психических расстройств. - М.: ГЭОТАР Медицина, 2000.- С. 163-204.
14. Александровский Ю.А. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств / [Ю.А. Александровский, Л.М.Барденштейн, А.С. Аведисова]. - М.: ГЭОТАР - Медицина, 2000. – С.163-204.
15. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Наука, 1999. – 362с.
16. Александрова В.Ю. Психологические аспекты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / [В.Ю.Александрова, Е.А.Суслова, А.А.Александров] // Психологический журнал. – 2001. – Т.6, №1. – С.122-129.
17. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: [инст. метод. пособие] / [Д.Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская]. – СПб: Питер, 2005. - 24 с.
18. Амон Г. Психосоматическая терапия / Г. Амон. - СПб: Речь, 2000. - 216 с.
19. Анастаси А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – Серия «Мастера психологии». - СПб: Питер, 2001. – 688 с.

20. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды / Б.Г. Ананьев. – М.: Педагогика, 1980. – Т.1. – 342с.
21. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья / В. А. Ананьев. - СПб: Питер, 2004. – 352 с.
22. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин - М.: Медицина, 1975. – 224 с.
23. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем / П.К. Анохин. - М.: Наука, 1980,- 197 с.
24. Анохин П.К. Философские аспекты теории функциональных систем / П.К. Анохин - М.: Наука, 1978.- 303 с.
25. Антропов Ю. Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер. - М.: Медпрактика, 2005. - 444с.
26. Антропов Ю. Ф. Терапия психосоматических расстройств у детей / Ю. Ф. Антропов. - М.: Триада-фарм, 2003г. - 241с.
27. Аргументы и факты // Еженедельник. – 2012. - № 42. – 108с.
28. Аристотель О душе: сочинения [в 10 томах] / Аристотель. – Т.3. – М.: Мысль, 1981. – 356с.
29. Арушанян Э.Б. Взаимосвязь психоэмоционального состояния и иммунной системы / Э. Б. Арушанян, Э.В. Бейер // Успехи физиологических наук. - Т. 35, № 4. – 2004. - С. 49-64.
30. Аскин Я.Ф. Проблема времени / Я.Ф.Аскин. – М.: Мысль, 1966. – 231с.
31. Асратян Э. А. Очерки по физиологии условных рефлексов / Э. А Асратян. - М.: Наука, 1970.- 242с.
32. Аствацатуров М.И. Обзор современного положения проблемы боли: избранные труды [в 20 т.] / М.И. Аствацатуров. – Т.20. - Л.: Наука, 1939 – 358с.

33. Ахундов М.Д. Концепция пространства и времени: истоки, эволюция, перспективы / М.Д.Ахундов. – М.: Наука, 1982. – 233с.
34. Ашофф Ю. Свободнотекущие ритмы / Ю.Ашофф // Биологические ритмы. – М.: Мир, 1984. – Т.1. – С.15-20.
35. Багрова Н.Д. Фактор времени в восприятии человеком / Н.Д.Багрова. – Л.:Наука, 1980. – 213с.
36. Баевский Р. М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе / [Р.М.Баевский, О.И.Кириллов, С.М.Клецкин]. - М.: Наука, 1984. - 225 с.
37. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. / Р.М.Баевский. - М.: Медицина, 1979.- 298 с.
38. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности / Г.А.Балл // Вопросы психологии. - № 1. - 1989. - С. 92 - 100.
39. Бахтин М.М. Вопросы литературы и эстетики / М.М.Бахтин. – Л.: Наука, 1975. – 165с.
40. Беленькая Л.Я. Об условных рефлексах на время у музыкантов / Л.Я.Беленькая // Восприятия пространства и времени. – Л.:Наука, 1969. – С.95-96.
41. Белявский И.Г. Историческая психология / И.Г.Белявский. – Одесса: Астропринт, 1991. – 213с.
42. Бергсон А. Восприятие изменчивости / А.Бергсон // Российский медицинский журнал. - № 2. - 1979. - С. 43-49.
43. Березанцев А. Ю. Соматоформные и психосоматические расстройства в судебно-психиатрической практике / А. Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. - № 2. - 2003. – С . 21-29.
44. Березин Ф. Б. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах / Ф. Б. Березин, Х. В. Барлас // Журнал Института невропатологии, психитрии им. С. С. Корсакова. - № 4-6. - 1994. - С. 38-43.
45. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности /[Ф. Б.

- Березин, М. П. Мирошников, Е. Д. Соколова]. – М.: Фолиум, 1994. – 342 с.
46. Беркенблит З.М. Изменение болевых ощущений под влиянием представлений о боли при разных типах раздражений / З.М. Беркенблит // Вопросы психофизиологии и клиника чувствительности. – Л.: Наука, 1947. – С. 112-125.
47. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия / Э. Берн. - СПб: Питер, 2002. – 344 с.
48. Берталанфи Л. Общая теория систем: критический обзор. / Л. Берталанфи. // Исследования по общей теории систем - М.: Прогресс, 1969. - С. 23-82.
49. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движения и физиологии активности / Н. А. Бернштейн - М.: Наука, 1966. – 226с.
50. Беспалов Б.И. Микроструктурный анализ сенсомоторного действия / Б.И.Беспалов // Эргономика. Труды ВНИИТЭ. – М.: Наука, 1978. – Вып. 16. – С.41-72.
51. Бехтерев В. М. Общая диагностика болезней нервной системы: [в 2-х частях] / В. М. Бехтерев. - Ч. 1. - СПб: Питер, 1911. – 453 с.
52. Бехтерев В. М. Основы учения о функциях мозга: [в 7 томах] / В. М. Бехтерев. - Т. 1. - СПб: Питер, 1903. – 233 с.
53. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии: учебн. пособие [для студ. высш. учебн. зав., психологов] / А.П. Бизюк. - [2-е изд.]. - СПб: Питер, 2002. – 363 с.
54. Блейхер В. М. Экспериментально - психологические исследования и психотерапия / В. М. Блейхер, П. И. Завилянская // Вопросы психотерапии – Т.11, № 5. - 1966. – С. 34-35.
55. Блейхер В . М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. - К.: Здоров'я, 1986. - 280 с.
56. Блейхер В. М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных / В. М. Блейхер. - Ташкент: Медицина, 1971. – 344с.

57. Блейхер В. М. Особенности личностной акцентуации как фактора предрасположенности к некоторым психосоматическим заболеваниям / В. М. Блейхер, Н. Б. Фельдман // Журнал Института невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - № 3. - 1988. - С. 101-104.
58. Богораз В.Г. Эйнштейн и религия: применение принципа относительности к исследованию религиозных явлений: [рук.-во для философов] / В.Г. Богораз. – Вып. 1. - М.: Петроград, 1923. – 154с.
59. Болотова А.К. Влияние помех на восприятие длительности собственных движений: Дис...канд. психол. наук: 10.00.01 – общая психология, история психологии / А.К.Болотова. – Одесса, 1974. – 167с.
60. Больцман Л. Лекции по теории газов / Л.Больцман. - М.: ГИИЛ, 1956. – 432с.
61. Бондаревич С.М. Часові параметри індивідуально-типологічних особливостей суб'єктів з соматичними порушеннями: Дис... канд. психол. наук: 19.00.01 – загальна психологія, історія психології / С.М. Бондаревич. – Одеса, 2008. – 179 с.
62. Бондаренко А.Ф. Социальная психотерапия личности (психосемантический подход) / А.Ф. Бондаренко. – К.: КГПИИЯ, 1991. – 189с.
63. Бондарко А.В. Вид и время русского глагола / А.В.Бондарко. – М.: Просвещение, 1971. – 231с.
64. Бойко Е.И. Время реакции человека / Е.И.Бойко. – М.: Медицина, 1964. – 61с.
65. Бочелюк В. І. Методика та організація наукових досліджень у психології: навч. посібник [для студентів, практик. психологів] / В. І. Бочелюк, В. В. Бочелюк. - К.: Знання, 2008. - 360 с.
66. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека / Н.Н.Брагина, Т.А.Доброхотова. - М.: Медицина, 1988. – 176с.
67. Братусь Б.С. Аномалии личности: [рук.-во для врачей] / Б.С. Братусь. –

М.: Высшая школа, 2003. – 363с.

68. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: [кратк. учебн.] / [В.Бройтигам, П.Кристиан, М.Рад]; [пер. с немецк. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка]. - М.: ГЕОТАР - Медицина, 1999. - С. 376.
69. Бугайчук К.С. Работа с эмоциональными состояниями с помощью метода релаксации и бинауральных музыкальных ритмов. - / К.С. Бугайчук, А.О. Светлов // Вести Московского Университета. – Серия «Медицина». - № 3. – СПб: Питер, 2000. – 321с.
70. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностические методы исследования интеллекта / Л. Ф. Бурлачук. - Киев: Знание УССР, 1985. – 126с.
71. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностические методы исследования личности / Л. Ф. Бурлачук. - Киев: Знание УССР, 1982. – 231с.
72. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика личности / Л. Ф. Бурлачук - К.: Здоров'я, 1989. - 168с.
73. Бурлачук Л. Ф. Акцентуации личности: что диагностируем? / Л. Ф. Бурлачук, В. Н. Духневич // Вопросы психологии.- Т.5. - 1998. - С. 136-141.
74. Бурлачук Л. Ф. Словарь – справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С.М.Морозов. – Серия «Мастера психологии». – СПб: Питер, 2001. – 528с.
75. Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы / К. М. Быков – М: Медгиз, 1947. – 285с.
76. Быков К. М. Избранные произведения [в 3-х томах] / К. М. Быков. - Т. 1. - М.: Знание, 1953. – 233с.
77. Быков К. М. Кортико-висцеральная патология / К.М. Быков, И. Т. Курцин. - Л.: Наука, 1960. – 576с.
78. Бюннинг Э. Ритмы физиологических процессов / Э.Бюннинг. – М.: Иностран. лит.-ра, 1961. – 177с.
79. Ван Туль – Пан Философствование о смысле жизни: [собр. соч.: в 5

- томах] / Ван Туль – Пан. - [2-е изд.]. – Т.2. - М.: Наука, 1944.- 123с.
80. Введенский Н. Е. Возбуждение, торможение и наркоз: [полн. собр. сочинений] / Н. Е. Введенский. - Т. 4. - Л.: Наука, 1953. – 342с.
81. Вебер Е. Психологические аспекты сосудистых изменений: [учебн. пособ. для студ. высш. учебн. зав., психологов, врачей] / Е. Вебер; [пер. с немец. В.Й.Шовкун]. - [2-е изд.]. - СПб: Питер, 1998. – 368с.
82. Вейн А. М. Депрессия в неврологии / А. М. Вейн // Психиатрия и психофармакотерапия. - № 1. – 2000. – С.3-4.
83. Вейн А. М. Психосоматические отношения / А. М. Вейн // Заболевания вегетативной нервной системы. - М.: Медицина, 1991. - С. 374-384.
84. Вейн А. М. Неврологические маски депрессии (эффективность тианептина) / А. М. Вейн, О.В. Воробьева // Журнал Института невропатологии и психиатрии С. С. Корсакова. - № 6. – 2000. - С.21-23.
85. Вейн А. М. Вегетативная дистония / [А. М. Вейн , Н. А. Яковлев, Т. А. Слюсарь]. - М.: Медицина, 1996. - С. 373 - 379.
86. Веккер Л. М. Психика и реальность: единая теория психических процессов / Л. М. Веккер. – М.: Смысл, 1998. - 685 с.
87. Величковский Б. Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу: Дис... канд. психол. наук: 01.05.07. / Б. Б. Величковский. - М., 2007.- 183с.
88. Вернадский В.И. Биосфера и ноосфера / В.И. Вернадский. – Серия «Библиотека истории и культуры». - М.: Айрис – пресс, 2012. – 576с.
89. Вісковатова Т.П. Ігровий метод у корекції пізнавальної діяльності в дітей із ДЦП в умовах санаторно-курортного лікування / Т.П.Вісковатова // Вісник ОНУ. – Серія «Психологія». – 2010. – Т.10. – Випуск 10. – С.132-147.
90. Вітенко І.С. Медична психологія: підручник [для студентів вищих медичних навчальних закладів] / І.С. Вітенко. – К.: Здоров'я, 2007. – 207с.
91. Виткин Дж. Женщина и стресс / Дж. Виткин. - СПб: Питер, 1996. – 223с.

92. Виттковер П. Влияние аффектов на функцию желудка: [учебн. пособ. для студ. высш. учебн. зав., психологов] / П. Виттковер. - [2-е изд.]. - СПб: Питер, 2004. – 269 с.
93. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С Старченкова. - СПб: Питер, 2005. – 331 с.
94. Войтенко В.А. Время и часы как проблема теоретической биологии / В.А.Войтенко // Вопросы философии. – 1985. - № 1. – С.73-82.
95. Волькенштейн М.В. Биофизика: учебн. пособ. [для студ. высш. учебн. зав.] / М.В. Волькенштейн. – М.: Наука, 1988. – 213с.
96. Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса: [собр. соч.: в 6 томах] / Л. С. Выготский. – Т.1. - М.: Наука, 1982. – 332с.
97. Вудроу Г. Восприятие времени / Г.Вудроу // Экспериментальная психология / под ред. С.С.Стивенса. – М.: Иност. лит.- ра, 1963. – Т.2. – С.859-874.
98. Вунд В. Методы экспериментальной диагностики / В.Вунд, М.Леман; [пер. с немец. В.Й.Шовкун]. - [2-е изд.]. - СПб: Питер, 2001. – 413 с.
99. Гальперин П. Я. Психология как объективная наука / П. Я. Гальперин. – Воронеж: Экспресс, 1998. - 480 с.
100. Ганелина И. Е. Ишемическая болезнь сердца и индивидуальные особенности организма / И. Е. Ганелина - Л.: Ленингр.отд-ние, 1975. - 234с.
101. Ганзен В. А. Системные описания в психологии / В. А. Ганзен - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1984. - 176 с.
102. Гаранян Н. Г. Концепция алекситимии / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // Журнал социальной и клинической психиатрии. - 2003. - № 1.- С. 128-145.
103. Гегель Г. В. Ф. Феноменология духа: [собр. соч. в 10 томах] / Г. В. Ф. Гегель. - Т. 4. - М.: Наука, 1959 – 354с.
104. Гейер К. Психосоматические расстройства / К. Гейер; [пер. с англ. В.Н.Андреевой]. - СПб: Питер, 1995. – 168 с.

105. Геллерштейн С.Г. «Чувство времени» и скорость двигательных реакций / С.Г.Геллерштейн. – М.: Медгиз, 1958. – 241с.
106. Гиляровский В. А. Избранные труды / В. А. Гиляровский. - М.: Медицина 1973. – 365 с.
107. Гиндикин В.Я. Соматика и психика / В.Я. Гиндикин, В.А.Семке. – М.: Высшая школа, 1998. – 364с.
108. Гиппократ Философствование о человеке: [собр. соч. в 10 томах] / Гиппократ. - [2-е изд.]. – Т.2. - М.: Медгиз, 1944. – 276 с.
109. Глубинная психология. Агрессия: психодинамическая теория и феноменология: [Монография] / [Т. С. Яценко, А. В. Глузман, А. Э. Мелоян, Л. Г. Туз] / под ред. Т. С. Яценко. - К.: Вища школа - XXI, 2010. - 271 с.
110. Голиков Ю.Я. Проблемы исследования психической регуляции в триаде «деятельность, личность, состояние» / [Ю.Я. Голиков, Л.Г.Дикая, А.Н.Костин] // Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методы психологического анализа. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1999. – С.3-5.
111. Головаха Е.И. Понятие психологического времени / Е.И. Головаха, А.А.Кроник // Категории материалистической диалектики в психологии. – М.: Наука, 1988. – С.199-213.
112. Гордеева Н.Д. Этапы построения сенсомоторного образа пространства / [Н.Д.Гордеева, А.П.Гречиха, С.А.Мнацаканян] // Эргономика. Труды ВНИИТЭ. – М.: Наука, 1978. – Вып. 16. – С.76-93.
113. Гнездилова А.С. Роль музыкотерапии в системе лечения соматических заболеваний / А.С.Гнездилова // 3-й Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. - 1979. - С.76-78.
114. Грэй Д. А. Сила нервной системы, интроверсия, экстраверсия, условные рефлексы и реакция активации / Д. А. Грэй // Вопросы психологии. — 1968. — № 3. — С. 77-89.
115. Губачев Ю. М. Психосоматическая терапия / Ю. М. Губачев - СПб:

- Северо-западное книжное издательство, 1994. - 224 с.
116. Губачев Ю. М. Психосоматические аспекты язвенной болезни / [Ю. М. Губачев, О. Т. Жузжанов, В. И. Симаненков]. - Алма-Ата: Казахстан, 1990. - 148 с.
117. Губачев Ю. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю. М. Губачев, Е. М. Стамбровский. —Л.: Медицина, 1981. – 287с.
118. Губачев Ю. М. Психогенные расстройства кровообращения / [Ю. М. Губачев, В. М. Дорничев, О. А. Ковалев]. - СПб.: Питер, 1993 – 241с.
119. Гуревич К.М. Профессиональная пригодность и основные свойства нервной системы / К. М. Гуревич. — М.: Наука, 1970. – 244с.
120. Гуревич К.М. Психологическая диагностика: [учебн. пособ. для студ. высш. учебн. зав.] / К. М. Гуревич. - М.: Наука, 1997. – 321с.
121. Гультай В.Ф. Особенности переживания психогенных абдоминальных болей больными неврозами и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Дис... канд. психол. наук: 19.00.01 - общая психология, история психологии / В.Ф. Гультай. – Харьков, 1988. – 179 с.
122. Давыдова А.Н. Переживание боли при различных болевых раздражителях: [Труды Института Мозга им. В.М.Бехтерева в 20 т.] / А.Н. Давыдова // Исследование по проблеме чувствительности. - Т.13. - Л.: Наука, 1940. – 145с.
123. Девис Ф. Онтогенез циркадианных ритмов / Ф.Девис // Биологические ритмы. – М.: Мир, 1984. – Т.1. – С.303-305.
124. Декарт Р. Метафизическое мышление: философские рассуждения / Р. Декарт; [пер. с древнегреч. Л.Звонская]. - [3-е изд.]. – М.: Наука, 1983. – 317с.
125. Джафаров Э.Н. Обнаружение колебательного движения / Э.Н.Джафаров // Вопросы психологии. – 1983. - № 3. – С.90-96.
126. Джемс У. Существует ли сознание? / У. Джемс; [пер. с англ. О.Андреева]

- // Воля к вере. - М.: Высшая школа, 1997. - 362 с.
127. Диагностика и комплексная терапия соматоформных расстройств: [пособие для врачей] / В.Н.Сгибов, А.Ю.Антропов – Пенза: Русначкнига, 2002. – 322 с.
128. Дикая Л. Г. Системная детерминация проблемностей в деятельности и функциональное состояние человека / Л. Г. Дикая // Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методы психологического анализа. - М.: Ин-тут психологии РАН, 1999. – С.56-59.
129. Дикая Л. Г. Теоретические и экспериментальные проблемы управления психическим состоянием человека: [хрестоматия по инженерной психологии] / Л. Г. Дикая, Л. П. Гримак / под ред. Б. А. Душкова. - М.: Высш. школа, 1991.- 343с.
130. Дильман В.М. Четыре модели медицины / В. М. Дильман – Л.: Медицина, 1987. - 288 с.
131. Доброхотова Т.А. Принцип симметрии – ассиметрии в изучении сознания человека / Т.А.Доброхотова, Н.Н.Брагина // Вопросы философии. – 1986. - № 7. – С.13-27.
132. Драголи Л.Д. Временные категории речи и дифференциация времени / Л.Д. Драголи // Восприятие пространства и времени. – Л.: Наука, Ленинградское отделение, 1998. – С.97-98.
133. Ершова – Бабенко И. Психосинергетические стратегии человеческой деятельности: [Монография] / И. Ершова – Бабенко. – Одесса: Астропринт, 2005. – 232с.
134. Жаров А.М. Восприятие времени, психологическое настоящее и неопределенность / А.М.Жаров // Фактор времени в функциональной организации деятельности живых систем. – Л.: Наука, 1980. – С.124-128.
135. Завельский Ф.С. Время и его измерение / Ф.С.Завельский. – М.: Наука, 1961. – 231с.
136. Здоровье // Ежемесячник. - 2011. - № 5. - С. 118-123.
137. Зинченко В. П. Проблема объективного метода в психологии / В. П.

- Зинченко // Вопросы философии. - 1977. - № 7. – С.56-63.
138. Зубарев Ю.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе / Ю.Г. Зубарев. - [2-е изд.]. – М.: Высшая школа, 1980. – 363с.
139. Изард К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард - СПб.: Питер, 2000. – 362с.
140. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий / Е. П. Ильин. – Серия «Мастера психологии». - СПб.: Питер, 2004. - 701с.
141. Ильин Е. П. Психомоторная организация человека: / Е. П. Ильин. - СПб.: Питер, 2003. - 384с.
142. Ильин Е. П. О методических подходах изучения взаимосвязи свойств нервной системы с особенностями поведения и эффективностью деятельности человека: учебн. пособ. [для студ. высш. учебн. зав.] / Е. П. Ильин // Проблемы индустриальной психологии. – Ярославль: Айлант, 1976. - С. 42-50.
143. Ильин Е. П. Об определении основных свойств нервной системы с помощью «жизненных критериев» (анамнеза) / Е. П. Ильин // Спортивная и возрастная психофизиология: [учебн. пособ. для студ. высш. учебн. зав.]. - Л.: Наука, 1974. - С. 164-179.
144. Ильин Е. П. Теория функциональной системы и психофизиологические состояния / Е. П. Ильин // Теория функциональных систем в физиологии и психологии. - М.: Высшая школа, 1978. – С.76-89.
145. Интегративные исследования в клинической психологии: наука и практика: [юбилейный сборник научных и методических работ сотрудников кафедры клинической психологии РПГУ им. А. И. Герцена] / под ред. В. А. Ананьева, С. А. Кулакова - СПб.: Питер, 2006. – 350 с.
146. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: [рук.-во для врачей] / Д. Н. Исаев - СПб: Питер, 2000. - 512 с.
147. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д. Н. Исаев - СПб.: Спец. Лит-ра, 1996. – 454 с.
148. Исаев Д. Н. Роль современных психогенных и неблагоприятных социальных факторов в генезе психосоматических расстройств у детей. /

- Исаев Д. Н. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - Л.: Наука, 1991. - № 1. - С.59-67.
149. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / [М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов] - Л.: Наука, 1983. - 208 с.
150. Каган М.С. Время как философская проблема / М.С.Каган // Вопросы философии, 1982. - № 10. – С.117-124.
151. Казначеев В. П. Современные аспекты адаптации / В. П. Казначеев. - Новосибирск: Наука, 1980. - 192 с.
152. Кант Иммануил Антропология: [собр. соч. в 10 томах] / И. Кант. – Т.5. - М.: Высшая школа, 1966. - С. 534 - 540.
153. Карвасарский Б.Д. Неврозы: [Монография] / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1990. – 632с.
154. Карпухина А. М. Психологические и психофизиологические пути повышения эффективности деятельности / А. М. Карпухина. - К: Знание, 1990. – 321с.
155. Карпухина А. М. Экспресс-оценка адаптивности подростков в экстремальных условиях / А. М. Карпухина, В. И. Розов. - К.: Освіта 1993.- 165с.
156. Картер Р. О патологии и лечении истерии / Р.Картер; [пер. с англ.. Л.Звонская – Минск: Беларусь, 1992. – С.67-71.
157. Катygин Ю. А. Связь тревожности как свойства личности с некоторыми психофизиологическими характеристиками / [Ю. А. Катygин, В. П. Умное, А. А. Чунаев] // Психофизиология: [учебн. пособ. для студ. высш. учебн. зав., психологов] – Л.: Наука, 1979. - С. 46-49.
158. Кербигов А.В. О вострятии времени: [избранные труды]. / А.В. Кербигов. - М.: Высшая школа, 1971. – 321с.
159. Квасенко А.В. Психологические аспекты лечения соматических больных / А.В. Квасенко. – М.: Медицина, 1986. – 211с.
160. Киреева З.А. Развитие сознания, детерминированного временем:

- [монографія] / З.А.Киреева. – Одесса, 2010. – 310с.
161. Клацки Р. Память человека / Р.Клацки. – М.: Мир, 1978. – 218с.
162. Климов Е.А. Индивидуальный стиль деятельности в зависимости от типологических свойств нервной системы / Е.А.Климов. – Казань: Академа, 1969. – 187с.
163. Ковалев В.И. Психологические особенности личностной организации времени жизни: Дис...канд. психол. наук: 19.00.04 – общая психология, история психологии / В.И.Ковалев. – М., 1979. – 176с.
164. Кокс Т. Стресс / Т.Кокс. – М.: Медицина, 1981. – 431с.
165. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: [Монографія] / О. М. Кокун.- К.: Міленіум, 2004.- 264с.
166. Кокун О.М. Психологічні і психофізіологічні передумови ефективної діяльності / О. М. Кокун // Проблеми загальної та педагогічної психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / за ред. С.Д. Максименка. – 2003. - Т. V. - Ч. 2. - С. 121 - 129.
167. Кокун О.М. Особливості учбової діяльності, психофізичного розвитку та адаптації сучасних школярів / О. М. Кокун // Проблеми загальної та педагогічної психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / за ред. С.Д. Максименка. - 2003. - Т. V. - Ч. 4. - С. 162 - 168.
168. Корсаков С.С. Курс психиатрии: [собр. соч. в 2 томах] / С.С.Корсаков. – Т.1. - [3-е изд.] - Л.: Наука, 1913. – 210с.
169. Краснушкин Е.К. Проблема возникновения невроза / Е.К.Краснушкин. – М.: Наука, 1976. – 223с.
170. Кругликов Р.И. Избыточность как принцип программирующей деятельности головного мозга / Р.И.Кругликов // Вопросы философии. – 1984. - № 9. – С.86-94.
171. Коломенский Я.Л. Беседы о тайнах психики / Я.Л.Коломенский. – М.: Молодая гвардия, 1976. – 241с.

172. Кон И.С. Открытие «Я» / И.С.Кон. – М.: Наука, 1978. – 211с.
173. Корж Н.Н. Динамические особенности удержания в памяти эталонов длительности / Н.Н.Кож, В.А.Садов // Психологический журнал. – 1980. – Т.1. - № 4. – С.95-100.
174. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи: [кер.-во для практ. психологів, лікарів]. – Одеса: Астропринт, 2005. – 82с.
175. Коростылева И. С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств / И. С. Коростылева, В. С. Ротенберг // Телесность человека: междисциплинарные исследования. - М.: Высшая школа, 1993. - С.143- 150.
176. Костюк Г.С. Избранные психологические труды / Г.С.Костюк. – М.: Педагогика, 1988. – 304с.
177. Кремлева О. В. Психотерапия в системе лечения больных ревматоидным артритом (с позиции биопсихосоциального подхода) : Дис. ... д-ра мед. наук / О. В. Кремлева. — СПб., 2004. - 432с.
178. Кренц И. Введение в телесно-ориентированную психодинамическую психотерапию / И. Кренц, Х. Кренц // Психотерапия. - №11. - 2003. – С. 23-28.
179. Креч Д. Восприятие движения и времени / [Д.Креч, Р.Крачфилд, Н.Ливсон] // Хрестоматия по ощущению и восприятию. – М.: Изд-во МГУ, 1975. – С.371-385.
180. Кречмер Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер. - [2-е изд.] - М.: Высшая школа, 1993. - 304 с.
181. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / під ред. [Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напреєнка, В. В. Домбровської] // Новини української психіатрії. - Харків: Айлант, 2003. – С.45-78.
182. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генезис и подходы к коррекции / В. В. Кришталь // Международный медицинский журнал. -

2001. - № 1.- С. 37-40.
183. Кузьмин В.П. Исторические предпосылки и гносеологические основания системного подхода / В.П. Кузьмин // Психологический журнал. – 1982. – Т.3, № 3. – С.3-14.
184. Кублицкене Л.Ю. Личностные особенности организации времени: Дис...канд. психол. наук: 19.00.01 – общая психология, история психологии / Л.Ю.Кублицкене. – М., 1989. – 176с.
185. Курбергер М. Б. Кардиоинтервалография в оценке реактивности и тяжести состояния больных детей / под ред. [М.Б.Курбергер, Н.А.Белоконь, Е.А.Соболева и др.] - М.: Высшая школа, 1985. - 19с.
186. Курцин И. Т. Теоретические основы психосоматической медицины / И. Т. Курцин . - СПб: Речь, 1993. - 336 с.
187. Курцин И. Т. Кортикальные механизмы регуляции деятельности внутренних органов / И. Т. Курцин. - М.-Л.: Наука, 1966. – 431с.
188. Куприянович Л.И. Биологические ритмы и сон / Л.И.Куприянович. – М.: Изд-во Наука, 1976. – 254с.
189. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус. - Л.: Наука, 1970. - 352с.
190. Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения / Г. Ф. Ланг. - М.: Медицина, 1957. – 154с.
191. Левин К. Теории психологического поля / К.Левин. - М.: Просвещение, 1964. - 344с.
192. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей: [Монография] / В.В. Лебединский. – М.: Литтерра, 2003. – 363с.
193. Левитов Н. Д. Психология характера / Н. Д. Левитов - М.: Просвещение, 1969. – 211с.
194. Леонгард К. Акцентуированные личности / К.Леонгард. – К.: Освіта, 1981. - 392с.
195. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: [собр. соч. в 2 томах] / А. Н. Леонтьев. – Т.1. - М.: Педагогика, 1983. – 321с.

196. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // Вестник МГУ. – Серия «Психология». -2000. - № 3. - С. 4- 21.
197. Леонова А. Б. Психодиагностика функциональных состояний человека / А. Б. Леонова. - М.: Высшая школа, 1984. - 200 с.
198. Лиманский Ю.П. Физиология боли: [Монография] / Ю.П. Лиманский. – К.: Наукова думка, 2001. – 255с.
199. Линде Н.Д. Пороги зрительного обнаружения колебательного движения: Дис....канд. психол. наук: 19.00.01 – общая психология, история психологии / Н.Д.Линде. – М., 1983. – 162с.
200. Лисенкова В.П. Об особенностях отражения пространства и времени / В.П. Лисенкова // Психологический журнал. – 1981. – Т.2, №1. – С.113-119.
201. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов. - М.: Наука, 1984. – 444с.
202. Ломов Б. Ф. Некоторые вопросы применения математики в психологии / Б.Ф.Ломов, В.М.Николаев, В.Ф.Рубахин // Хрестоматия по инженерной психологии: учебное пособие [для студентов высших учебных заведений] / под ред. Б.А.Душкова. – М.: Высшая школа, 1991. – С.65-90.
203. Лоуэн А. Биоэнергетика. Терапия, которая работает с телом / А. Лоуэн. - СПб: Речь, 2000. – 234с.
204. Лоуэн А. Депрессия и тело / А. Лоуэн. – М: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 331с.
205. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера / А. Лоуэн. – М: Медицина, 1999. – 276с.
206. ЛоуэнА. Депрессия и тело / А. Лоуэн. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. - 384 с.
207. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания / Р. А. Лурия. - М.: Медицина, 1977. - 111с.
208. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / [Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, К. Ледерах- Хофман]. – СПб: Питер, 2000. - 287с.

209. Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача / [Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф.Крегер]. – СПб: Питер, 1996. - 255с.
210. Маев И. В. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта / [И. В. Маев, Л. М. Барденштейн, О. М. Антоненко] // Клиническая медицина. - 2002. - Т. 80, №11. - С. 8-13.
211. Макаренко М. В. Методика проведення обстежень та оцінки індивідуальних нейродинамічних властивостей вищої нервової діяльності людини / М. В. Макаренко // Фізіологічний журнал. - 1999. - Т.45, № 4. – С.145-158.
212. Макаренко Н. В. Методика оценки основных свойств высшей нервной деятельности человека / [Н.В.Макаренко, В.В.Сиротский, В.А.Трошихин] / Нейробионика и проблемы биоэлектрического управления. – Киев: Наукова думка, 1975 - С. 41-57.
213. Макаренко Н. В. Основы профессионального психофизиологического отбора / [Н.В.Макаренко, Б.А. Пухов, Н. В Кольченко]. - Киев: Наукова думка, 1987. - 244 с.
214. Маколкин В. И. Актуальные проблемы междисциплинарного сотрудничества при лечении психосоматических расстройств / В.И. Маколкин, Л. В. Ромасенко // Терапевтический архив. - 2003. - Т. 75, № 12. - С. 5-8.
215. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості / С. Д. Максименко. - К.: ТОВ «КММ», 2006. - 240с.
216. Максименко С. Д. Методологические аспекты психологии обучения / С.Д. Максименко // Психология. - 1988. - Вып. 31. - С. 3-10.
217. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: [справочник практ. психолога] / И.Г.Малкина-Пых. – Москва: ЭКСМО, 2002. – 990с.
218. Малхазов О.Р. Хронорефлексометрия як метод діагностики та надійності приймання та переробки інформації людиною / О.Р.Малхазов // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими

- потребами: зб. Наукових праць. – К.: Університет «Україна», 2007. - №3 (5). – С.26-36.
219. Мамардшвили М.К. Сознание – это парадоксальность, к которой невозможно привыкнуть / М.К.Мамардшвили // Вопросы философии. – 1989. - № 7. – С.112-118.
220. Марищук В.Л. Психологические основы формирования профессионально важных качеств: Дис.... Доктора психол. наук: 19.00.01 – общая психология, история психологии / В.Л. Марищук. – СПб: ИД «Сентябрь», 2001. – С.96-101.
221. Марищук В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В. Л. Марищук. - СПб: ИД «Сентябрь», 2001. - С. 96-101.
222. Мартынов Ю.С. Поражение нервной системы при соматических заболеваниях / Ю.С. Мартынов // Болезни нервной системы: [руководство для врачей: в 2 томах] / под ред. [Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульмана, П.В.Мельничука]. – Т.2. - М.: Медицина, 1995.- С. 367-374.
223. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: [клинические описания и указания по диагностике]. // Всемирная организация здравоохранения. - СПб: Питер, 1994. - 300с.
224. Мельниченко О. Г. Исследование тревожности в связи с личностными и биохимическими особенностями / О. Г. Мельниченко // Психофизиология: [учебн. пособие для студентов, психологов] — Л.: Наука, 1979. - С. 49-53.
225. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. - М.: Медпресс-Информ, 2002. - 608 с.
226. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности / В.С.Мерлин. - М.: Педагогика, 1986. - 256 с.
227. Методики диагностики и измерения психических состояний личности /

- под ред. А. О. Прохорова. - М.: ПЕРСЭ, 2004.- 176 с.
228. Методы субъективной оценки функциональных состояний человека: [практикум по инженерной психологии и эргономике] / под ред. Ю. К. Стрелкова. - М.: Академия, 2003. – 345с.
229. Милнер П. Физиологическая психология: [учебн. пособие для студентов, психологов] / П. Милнер. – М.: Высшая школа, 1973. – 324с.
230. Мильман В. Э. Стресс и личностные факторы регуляции деятельности / В. Э. Мильман // Стресс и тревога в спорте. - М.: Педагогика, 1983. - С. 24-46.
231. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: [клиническое руководство] / [Б.В.Михайлов, А.И.Сердюк, В.А.Федосеев] / под ред. Б. В. Михайлова. - Харьков: Прапор, 2002. - 128 с.
232. Михайлов Б. В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема / Б. В. Михайлов. - № 6. - Харьков: DOCTOR, 2002. – 243с.
233. Михайлов Б. В. Депрессивные состояния в структуре соматоформных расстройств / [Б.В.Михайлов, И.Н.Сарвир, А.С.Баженов] // Архів психіатрії, 2003. - Т.9, №1 (32). - С.20 - 23.
234. Михайлова Е. С. Распознавание эмоций больными эндогенной депрессией / [Е.С.Михайлова, Т.В.Владимирова, А.Ф.Шпак] // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 1994. - Т. 94. - Вып. 5. - С. 55-59.
235. Молчанов Ю.Б. Проблема времени в современной науке / Ю.Б.Молчанов. – М.: Наука, 1990. – 241с.
236. Мясищев В. Н. О генетическом понимании психоневрозов / В. Н. Мясищев // Советская невропсихиатрия. - Л.: Высшая школа, 1939. - С. 112-116.
237. Напреенко О.К. Депресія та тривога. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я:[посібник для поліпшення якості роботи лікарів] / О. К. Напреенко // за ред. проф. І. П. Смірної. - К.: Здоров'я, 1999. - 165 с.

238. Напрєєнко О. К. Соматопсихічні розлади / О. К. Напрєєнко // Український вісник психоневрології. - 1996 - Т.4.- Вип. 5(12).- С.292-294.
239. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: [учебное пособие] / А. Д. Наследов. - СПб: Речь, 2004. - 392 с.
240. Наследов А. Д. S P S S : Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / А. Д. Наследов. - СПб: Питер, 2005. - 416с.
241. Небылицын В. Д. К вопросу об общих и частных свойствах нервной системы человека / В. Д. Небылицын // Вопросы психологии. - 1963. - № 4. - С. 29 - 43.
242. Небылицын В. Д. Основные свойства нервной системы человека / В. Д. Небылицын. - М. : Просвещение, 1966.— 383 с.
243. Небылицын В. Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий / В. Д. Небылицын. - М. : Наука, 1976.— 187 с.
244. Николаенко В.В. Влияние хронической болезни на психику: [Монография] / В.В. Николаенко. – М.: Высшая школа, 1987. – 432с.
245. Никольская М.З. Роль индивидуально-психологических особенностей в формировании реакции на заболевание: Дис.... канд. психол. наук: 19.00.01 - общая психология, история психологии / М.З. Никольская. – Харьков, 1988. – 182с.
246. Оганов Р. Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике: [результаты программы КОМПАС] / [Р. Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А. Б. Смулевич] // Кардиология. - 2004. - № 1. - С. 48-55.
247. Олейник С.А. Механизмы психической адаптации и дезадаптации у больных с болевыми и безболевыми формами ишемической болезни сердца – участников профилактической программы: Автореф. дис...канд. психол. наук: 19.00.01 - общая психология, история психологии / С.А. Олейник. – Томск, 1992. – 174с.

248. Олзоева Л. Тибетская медицина / Л.Олзоева. – М.: Просвещение, 1993. – 187с.
249. Орбели Л.А. Боль и ее физиологические эффекты / Л.А. Орбели // Труды 15 Международного физиологического конгресса в Ленинграде. – 1935. – № 12. – С. 64-70.
250. Осколкова С. Н. Депрессивные состояния в общемедицинской практике / С.Н. Осколкова. - М.: Крон-Пресс, 1996.-192 с.
251. Павлов И. П. Физиологическое учение о типах нервной системы, темпераментах: [полн. собр. соч.: в 14 томах] / И. П. Павлов. – Т.3, кн. 2.- М., Л. : АН СССР, 1951. - С. 77 - 88.
252. Павлов И. П. Полное собрание сочинений: в 14 томах / И. П. Павлов. - Т.3, кн. 1.- М.-Л.: АН СССР, 1951. – 243с.
253. Панин Л.Е. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении: [Монография] / Л.Е. Панин. – Новосибирск: Наука, 1992. – 178с.
254. Папеев Н. Р. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней / [Н.Р.Палеев, В.Н.Краснов, Л.А.Подрезова] // Вестник РАМН. - 1998. - № 5. - С. 3-7.
255. Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика / Парцерняк С. А. - СПб: А.В.К., 2002. - 384 с.
256. Пасынкова А.В. О частотном составе доминирующего ритма ЭЭГ человека / [А.В. Пасынкова, И.В.Мальцева, И.В.Москаленко] // Психологический журнал. – Т.6, № 4. - М.: Литтерра, 2001. – С.130-137.
257. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан; [пер. с нем. А.Г.Андреева]. - М.: Медицина, 1996. - 464 с.
258. Пельдингер В. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / [В.Пельдингер, Б.Любан-Плоцца, Ф.Крегер]; [пер. с нем. Н.М.Соколова]. - СПб: Речь, 2002. - 368 с.
259. Перлз Ф. Теория гештальттерапии: [сборник научных работ Института общегуманитарных исследований] / Фредерик Перлз; [пер. с англ.

- А.Д.Костырев]. - М.: Литтерра, 2001. – С.56-62.
260. Питтендрай К. Циркадные ритмы и циркадная организация живых систем / К.Питтендрай // Биологические часы / под ред. С.Э.Шноля. – М.: Мир, 1964. – С.263-301.
261. Пэрна Н.А. Ритм, жизнь и творчество / Н.А.Пэрна. – М.: Просвещение, 1987. – 243с.
262. Платон Хармид / Платон // Диалоги. - М.: Мысль, 1986. – 122с.
263. Плохих В.В. Психология временной регуляции деятельности человека: [монография] / В.В.Плохих. – Донецк: ЛАНДОН – XXI, 2011. – 412с.
264. Полунін О.В. Переживання людиною плин часу: експериментальне дослідження: [монография] / О.В. Полунін. – К.: Гнозис, 2011. – 360с.
265. Поляков Ю.Ф. Психосоматическая проблема: психологический аспект / Ю.Ф. Поляков, В.В.Николаева // Психологический журнал. – Т.3, № 4. - М.: Литтерра, 2000. – С.144-165.
266. Поляков Ю.Ф. Здоровоохранение и задачи психологии / Ю.Ф. Поляков // Психологический журнал. – Т.5, № 2. - М.: Литтерра, 2001. – С.168-185.
267. Практикум по патопсихологии: [учебное пособие] / В.В.Николаева, В.В.Лебединский / под ред. Б.В.Зейгарник. - [3-е изд.]. - М.: Литтерра, 2000. – 443с.
268. Превентивная кардиология / В.К.Исаева, К.В.Костерев / под ред. Б.В.Иванова. - М.: Литтерра, 2002. – 248с.
269. Пригожин И. Время, структура и флуктуации / И.Пригожин // Успехи физических наук. – 1980. – Т.131. – Вып. 2. – С.185-206.
270. Прохоров А. О. Психические состояния и их функции / А. О. Прохоров. – Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1994. – 344с.
271. Прохоров А. О. Теоретические и практические аспекты проблемы психических состояний личности / А. О. Прохоров. – Самара: Руснаучкнига, 1991. - С. 39 - 42.
272. Психіатрія: навчальний посібник [для студентів вищих медичних навчальних закладів] / [О.К. Напресенко, І.Й. Влох, О. З. Голубков] / за

- ред. проф. О. К. Напреев. - К.: Здоров'я, 2001. - 584 с.
273. Психические состояния: [сборник статей] / под ред. Л. В. Куликова. - СПб: Питер, 2000. - 512 с.
274. Психология психических состояний: [сборник статей] / под ред. проф. А. О. Прохорова. – Вып. 4. - Казань: Центр инновационных технологий, 2002. - 375 с.
275. Психосоматические расстройства в практике терапевта : [рук.-во для врачей] / под ред. В. И. Симаненкова. - СПб: СпецЛит, 2008. — 335 с.
276. Психофизиология: учебник [для студентов высших учебных заведений] / под ред. Ю. И. Александрова. - Серия «Учебник нового века». - СПб: Питер, 2001. - 496 с.
277. Равич-Щербо И. В. Роль среды и наследственности в формировании индивидуальности человека / И. В. Равич-Щербо. - М., Л.: Наука, 1988. – 243с.
278. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: [методики и тесты] / Д. Я. Райгородский. — Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998.- 386 с.
279. Райх В. Анализ характера / В. Райх. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. - 528 с.
280. Райх В. Функция оргазма / Райх В. - СПб: Университетская книга. - М.: АСТ, 1997. - 304 с.
281. Ребрик С.Б. Движения глаз и процессы организации сенсомоторного действия // Эргономика. Труды ВНИИТЭ. – 1980. – Вып.19. – С.48-60.
282. Рихартц М. Психиатрия и психотерапия периода развития / М.Рихартц, М.Бауэр // Психиатрия, психосоматика, психотерапия / под ред. [К.Кискер, Г.Фрайбергер, Г.Розе, Э.Вульф]; [пер. с нем. Н.М.Соколова]. - М.: Алетейа, 1999. - С. 52-89.
283. Рожанец Р.В. Психологические проблемы профилактической кардиологии / Р.В. Рожанец, О.С.Копина // Психологический журнал. – Т.7, № 1. - М.: Литтерра, 2001. – С.45-53.
284. Ротенберг В. С. Стресс и поисковая активность / В. С. Ротенберг, В. В.

- Аршавский // Вопросы философии. - 1979. - № 4. - С. 117—127.
285. Рохлин Л.Л. Сознание болезни и его значение в клинической практике // Клиническая медицина, 1957. - № 9. – С.28-36.
286. Рубин А.Б. Биофизика: учебн. пособие [в 2-х книгах] / А.Б. Рубин. – Кн.1. – М.: Высшая школа, 1987. – 113с.
287. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. - М.: Учпедгиз, 1976. - 411 с.
288. Русалов В. М. Биологические основы индивидуально-психологических различий / В. М. Русалов. - М.: Наука, 1979.- 342с.
289. Савенкова І.І. Клінічна психологія: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів] / І.І.Савенкова. – Херсон; Айлант, 2010. - 283с.
290. Савенкова І.І. Локалізація симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах / І.І.Савенкова // Вісник ОНУ. – Серія «Психологія», 2003. – Том 8. – Випуск 10. – С.132-146.
291. Савенкова І.І. Ступінь виразності клінічних проявів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах / І.І.Савенкова // Екологічна психологія: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України] / за ред. акад. С.Д.Максименка. – К., 2003. – Т.7. – Ч.1. – С.379-386.
292. Савенкова І.І. Тривалість періодів реконвалесценції при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми практичної психології: [Зб. наук. праць Херсонського державного університету]. – Херсон, 2004. – С.233-237.
293. Савенкова І.І. Суб'єктивна виразність болю та відношення до переживання часу при серцево-судинних розладах / І.І.Савенкова // Гендер: сучасний стан та перспективи розвитку в українському суспільстві: [Зб. наук. доповідей науково-практичної конференції Херсонського державного університету]. – Херсон, 2004. – С.88-99.
294. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема психодіагностики

- нефроурологічних розладів / І.І.Савенкова // Екологічна психологія: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України] / за ред. акад. С.Д.Максименка. – К., 2004. – Т.7. – Ч.3. – С.197-204.
295. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема психодіагностики гастроентерологічних розладів / І.І.Савенкова // Психологія і суспільство. - № 1 (19). – 2005. – С.92-98.
296. Савенкова І.І. Суб'єктивна виразність болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання / І.І.Савенкова // Вісник ОНУ. – Серія «Психологія», 2004. – Том 9. – Випуск 11. – С.23-34.
297. Савенкова І.І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці при розладах типу хронічні пульмонологічні захворювання / І.І.Савенкова // Психологія і суспільство. - № 1 (23). – 2006. – С.134-141.
298. Савенкова І.І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці при розладах типу хронічні серцево-судинні захворювання / І.І.Савенкова // Вісник ОНУ. – Серія «Психологія», 2005. – Том 10. – Випуск 12. – С.112-126.
299. 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.
300. Савенкова І.І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні гастроентерологічні розлади / І.І.Савенкова // Проблеми загальної та педагогічної психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України] / за ред. акад. С.Д.Максименка. – К., 2009. – Т.11. – Ч.1. – С.482-490.
301. Савенкова І.І. Проблема ефективності діяльності лікаря в умовах дефіциту часу / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України] / за ред.

- акад. С.Д.Максименка. – К., 2009. – Т.7. – Випуск 19. – С.206-211.
302. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема психодіагностики кардіологічних розладів / І.І.Савенкова // Психологія і суспільство. - № 2 (36). – 2009. – С.104-109.
303. Савенкова І.І. Хронобіологічний прогноз загострень захворювань пульмонологічного профілю у дітей / І.І.Савенкова // Психологія і суспільство. - № 3 (37). – 2009. – С.159-165.
304. Савенкова І.І. Хронобіологічний прогноз психосимптоматики хронічних гастроентерологічних захворювань: [Зб. наук. праць КІРУЕ] / І.І.Савенкова. – Ч.1. – 2009. – С.218-231.
305. Савенкова І.І. Особливості прояву тривожності у хворих дітей на хронічні неінфекційні захворювання / І.І.Савенкова // Психологія і суспільство. - № 1 (43). – 2011. – С.151-158.
306. Савенкова І.І. Суб'єктивна виразність болю при серцево-судинних захворюваннях / І.І.Савенкова // Наука і освіта: [Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції]. – Т. 28. – Серія «Психологія». – Дніпропетровськ, 2004. – С.69-71.
307. Савенкова І.І. Суб'єктивна виразність болю та відношення до переживання часу при гастроентерологічних розладах / І.І.Савенкова // Динаміка наукових досліджень: [Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції]. – Т. 1. – Серія «Психологія». – Дніпропетровськ, 2004. – С.47-50.
308. Савенкова І.І. Суб'єктивна виразність болю та відношення до переживання часу при нефроурологічних розладах / І.І.Савенкова // Науковий потенціал світу: [Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції]. – Т. 52. – Серія «Психологія». – Дніпропетровськ, 2004. – С.29-33.
309. Савенкова И.И. Длительность периодов ремиссии и отношение к переживаемому времени при нефроурологических расстройствах / И.И.Савенкова // Перспективные разработки науки и техники:

- [Материалы Международной научно-практической конференции]. – Т.14. – Серия «Психология». – Белгород, 2004. – С.33-37.
310. Савенкова І.І. Психологічні аспекти використання сугестивної технології / І.І.Савенкова // Використання інтерактивних технологій у навчальному процесі: [Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції ПІ ОНУ ім. І.І.Мечникова]. - Серія «Психологія». – 2005. – С.41-48.
311. Савенкова І.І. Психосимптоматика хронічних неінфекційних захворювань / І.І.Савенкова // Регіональні проблеми медицини: [Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції ПФ КІРУЕ]. – 2009. – С.190-196.
312. Савенкова І.І. Психологічні фактори «ризик» серцево-судинних захворювань / І.І.Савенкова // Наукові виміри: [Зб. наукових праць ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції]. – 2010. – С.149-161.
313. Савенкова І.І. Невротичні розлади з позиції реляційної концепції часу / І.І.Савенкова // Генерація наукових ідей: [Зб. наукових праць І Всеукраїнської науково-практичної конференції]. – 2011. – С.244-153.
314. Савенкова І.І. Психолого-часові індикатори функціональних аритмій / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми сучасної науки: [Зб. наукових праць VIII Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції]. – К., 2011. – С.210-215.
315. Савенкова І.І. Психосоматична єдність людини: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів] / І.І.Савенкова. – Одеса: Астропринт, 2007. – 102с.
316. Савенкова І.І. Студент приватного вузу: відрахувати не можна, залишити! / І.І.Савенкова // Освіта і управління. – Т.14, № 4. – 2011. – С.99-109.
317. Сандомирский М. Е. Защита от стресса / М. Е. Сандомирский. - М.: ИИП, 2001. - 336 с.
318. Сандомирский М. Е. К вопросу о методике исследования вегетативной нервной системы в клинике внутренних болезней / М. Е. Сандомирский

// Практические методы повышения эффективности оздоровления детей.
– Уфа: Экспресс, 1996. - С. 73-74.

319. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: [практическое руководство] / М. Е. Сандомирский. — М.: Независимая фирма «Класс», 2005. -592с.
320. Сандомирский М. Е. Состояние психической адаптации в условиях хронического психоэмоционального стресса в связи с личностно-типологическими характеристиками: Автореф. дисс... канд. мед. наук: 19.00.04 – медицинская психология. - М., 2000. - 289 с.
321. Сандомирский М. Е. Анализ взаимосвязи нарушений вегетативного тонуса и изменений как показателя дезадаптации у психически больных: [тезисы республиканской научн.-практ. конф.-ции] / [М.Е.Сандомирский, А.А.Бесчасный, С.Г.Никифоров] // Психосоматические расстройства и вопросы психотерапии. - Уфа: БГМИ, 1991. - С. 67-69.
322. Саркисов Д. С. Некоторые особенности развития медико-биологических наук в последние столетия / Д. С. Саркисов // Клиническая медицина. 2000. - Т. 78, № 7.- С. 4-8.
323. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. — М.: Наука, 1979. — 126 с.
324. Селье Г. Стресс без дистресса / Селье Г.; [пер. с англ.А.Б.Прохоров] - М.: Прогресс, 1982. - 125 с.
325. Селье Г. Концепция стресса, как мы ее представляем в 1976 году / Г. Селье // Новое о гормонах и механизме их действия. - К.: Наукова думка, 1977. - 251 с.
326. Семенова Н. Д. Возможность психологической коррекции алекситимии / Н. Д. Семенова // Телесность человека: междисциплинарные исследования. - М.: Наука, 1991. - 365с.
327. Семичев С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичев. - Л.: Медицина, 1984.- 183 с.

328. Серeda Г.К. Память и деятельность: Дис...докт. психол. наук: 19.00.01 – общая психология, история психологии / Г.К.Серeda. – Харьков, 1976. – 376с.
329. Сеченов И. М. Очерк рабочих движений человека / И. М. Сеченов. – М.: Наука, 1901. – 231с.
330. Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга / И. М. Сеченов // Попытка ввести физиологические основы в психические процессы: [2-е изд.] - М.: АМН СССР, 1952. – С.56-67.
331. Сидоренко Г. И. Психофизиологические аспекты кардиологических исследований / [Г.И.Сидоренко, Г.С.Борисова, Е.К.Агеенкова]. - Минск: Беларусь, 1982. -142с.
332. Сидоров П. И. Психосоматическая медицина: [рук.-во для врачей] / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова / под ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. - М.: МЕДпрессинформ, 2006. - 568 с.
333. Сидоров П. И. Синергетическая концепция зависимого поведения / П. И. Сидоров // Наркология. - 2006. - № 10. - 235 с.
334. Сидоров П. И. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний / П.И.Сидоров, И.А.Новикова // Социальная и клиническая психиатрия. - Т. 17. – Вып. 3. - М., 2007. – 112 с.
335. Симаненков В. И. Применение психотропных средств у больных с язвенной болезнью / В.И.Симаненков, Е.Г.Порошина // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – № 4. — 2002. - С. 163 - 175.
336. Симаненков В. И. Нейрорегуляторная терапия бронхиальной астмы / [В. И. Симаненков, А. В. Ледовая, И. Г. Ильяшевич] // Материалы IX национального конгресса по болезням органов дыхания. - М., 1999. – 303 с.
337. Симаненков В. И. Психосоматические аспекты предъязвенной и язвенной болезни. Дис. ... доктора мед. наук: 19.00.04 – медицинская

- психология / В. И. Симаненков. — СПб., 1991. — 417 с.
338. Симаненков В. И. Тупики и перспективы психосоматической и адаптационной медицины / В. И. Симаненков. - СПб: Питер, 2003. - 24 с.
339. Симаненков В. И. Функциональные и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта / [В. И. Симаненков, В. Б. Гриневич, И. В. Потапова]. – СПб: Питер, 1999. - 164 с.
340. Симаненков В. И. Психосоматические проблемы заболеваний внутренних органов. Взаимоотношение между больным и врачом / В. И. Симаненков // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости: [в 2-х частях]. – Ч. 1, № 2 (28). - С. 8-13.
341. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе: [Монография] / Э.Г.Симерницкая. – М.: Высшая школа, 1985. – 432с.
342. Симонов П. В. Мотивированный мозг / П. В. Симонов. - М.: Наука, 1987. – 344с.
343. Симонов П. В. Человек в условиях экологического и социального стресса / П. В. Симонов // Наука в России. - 1994. - № 4. - С. 29-33.
344. Симонов П. В. Экспериментальная нейропсихология и ее значение для исследования мозга человека / П. В. Симонов // Физиология человека. – 1989. - Том 15, №3. - С.168 - 175.
345. Смирнов Д. И. О механизме восприятия времени животными / Д.И. Смирнов // Д. И.Смирнов // Журнал о высшей нервной деятельности. – М.,2000. – Т.30, № 5. – С.912-919.
346. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине / Смулевич А. Б. - М.: Медицинское информационное агентство, 2001. - 256 с.
347. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. - М.: МИА, 2003 - 432с.
348. Смулевич А. Б. Депрессии у соматических больных / [А.Б.Смулевич, В.Н.Козырев, А.Л.Сыркин]. - М.; СПб.: Изд-во Бином — Невский проспект, 1998. —318 с.
349. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства / А. Б. Смулевич //

- Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - № 1. – 223с.
350. Смулевич А. Б. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний / [А.Б.Смулевич, В.Я.Гиндикин, А.С.Аведисова] // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1984. - Вып. 8. - С. 123-124.
351. Смулевич А. Б. Органные невроты: клинический подход к анализу проблемы / [А.Б.Смулевич, С.П.Рапопорт, А.Л.Сыркин] // Журнал неврологии и психиатрии. - 2002. - Т.102, № 1. - С. 15-21.
352. Смулевич А. Б. К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства / [А.Б.Смулевич, И.Г.Гусейнов, Д.В.Дроздов]. - М.: Логос, 1992. – 342с.
353. Сыркин А. Л., Козырев В. Н. // Журнал неврологии и психиатрии. - 1999. - Т. 99, № 4. - С. 4-16.
354. Собчик Л. Н. Психология Индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л. Н. Собчик. - СПб: «Речь», 2003. - 624 с.
355. Соколов Е. Н. Принцип векторного кодирования в психофизиологии / Е. Н. Соколов // Вести Московск. ун-та. – Серия: 14. «Психофизиология», 1995. - № 4. - С.46-51.
356. Соколов Е. Н. Теоретическая психофизиология / Е. Н. Соколов. - М.: Наука, 1986. – 321с.
357. Соколова Е. Д. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, терапия / [Е.Д.Соколова, Ф.Б.Березин, Т.В.Барлас]. – М.: Materiel Medical, 2006. - № 1 (9). – 231с.
358. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных нервно-психических и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В.Николаева. – М.: Высшая школа, 2001. – 133с.
359. Соловьева С.А. Психологическая коррекция агрессивных тенденций больных гипертонической болезнью: [пособие для врачей] / С.А. Соловьева. - СПб: Питер, 2010. – 167с.
360. Сосновикова Ю. Е. Психические состояния человека, их классификация

- и диагностика / Ю. Е. Сосновикова. – Горький: Знамя, 1975. – 211с.
361. Спилбергер Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Ч. Д. Спилбергер; [пер. с англ. А.Д.Зайцева] // Стресс и тревога в спорте. — М.: Высшая школа, 1983. — С. 12-24.
362. Спортивная физиология: [учебн. для студент. ин-тов физ. культуры] // под ред. Я. М. Коца. - М.: Физкультура и спорт, 1986. - 240 с.
363. Стоквис В. Психологические основы врачебной деятельности: [пособие для врачей] / В.Стоквис. – М.: Медицина, 2002. – 198с.
364. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні / [Б.В.Михайлов, С. І.Табачніков, Н.О.Марута, В.В.Кришталь, О. І. Сердюк] // Українській медичний альманах. — 2004. — Т. 7, № 4. - С. 99-102.
365. Стрелец В. Б. Нарушение физиологических механизмов восприятия, эмоций и мышления при некоторых видах психической патологии / В. Б. Стрелец // Физиология человека, 1989. — Т. 15. — №3. – Л.: Наука, 35 – С.45-78.
366. Стрелец В. Б., Голикова Ж. В. Психофизиологические механизмы стресса у лиц с различной выраженностью активации / В. Б. Стрелец, Ж. В. Голикова // Журнал высшей нервной деятельности. - 2001. - Т. 51. № 2. - С. 166-173.
367. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии / Я. Стреляу. - М.: Высшая школа, 1982. – 216с.
368. Субботин С. В. Устойчивость к психическому стрессу как характеристики метаиндивидуальности учителя: Дис. ...канд. психол. наук: 19.00.77 «Возрастная психология, педагогическая психология» / С. В. Субботин. - Пермь, 1992. – 183с.
369. Суворов Н. Ф. Физиология и патология кортико-висцеральных взаимоотношений как научная основа психосоматической медицины / Н. Ф. Суворов // Физиол. журн. СССР им. Сеченова. - 1986. - № 8. - С. 1016-1026.

370. Суворова В. В. Психофизиология стресса / В. В. Суворова. - М.: Наука, 1975. – 213с.
371. Судаков К. В. Биологические мотивации в системной организации функций мозга / К. В. Судаков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1998. - № 2. - С. 53-57.
372. Судаков К. В. Общие закономерности системогенеза // Теория системогенеза // под ред. К. В.Судакова. - М., 1997. С. 7-92.
373. Судаков К. В. Психоэмоциональный стресс: профилактика и реабилитация / К. В. Судаков // Терапевтический архив. - 1997. - Т. 69. - №1. - С. 70-74.
374. Судаков К. В. Системные механизмы эмоционального стресса / К. В. Судаков // Механизмы развития стресса. - Кишинев, 1987. - С. 52-79.
375. Судаков К. В. Теория функциональных систем: новый подход к проблеме интеграции физиологических процессов в организме / К. В. Судаков // Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова. - 2002. - Т. 88. - № 12.- С. 1590-1599.
376. Судаков К. В. Устойчивость к психоэмоциональному стрессу как проблема биобезопасности / К. В. Судаков // Вестник РАМН. - 2002. - №11. – С.453-467.
377. Суханов С.А. О циркуляторном психозе и циркулярном течении / С.А.Суханов, П.Б.Ганнушкин. – СПб: Питер, 1903. – 231с.
378. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. - СПб: Питер, 2001. - С. 146-157.
379. Тарабрина Н. В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений - современное состояние проблемы / Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. - 1992. - № 2. – С.211-224.
380. Тарнавский Ю.Б. О различиях в реакции людей на болезнь / Ю.Б. Тарнавский // Под маской телесного недуга. Проблемы психосоматики. – М.: Знание, 2010. – С.4-51.

381. Теплов Б. М. Психология и психофизиология индивидуальных различий / Б. М. Теплов // Избранные психологические труды. - М.: Высшая школа, 1998. – С.34-123.
382. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу: [Монографія] / Л.Г. Терлецька. – К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2003. – 150с.
383. Тестовая методика «Тип поведенческой активности» и ее компьютерная версия для диагностики устойчивости к стрессу: учебное пособие [для врачей] / под ред. Л. И. Вассерман, Н. В. Гуменюк. – СПб: Питер, 1995. – 123с.
384. Тираспольский И. В. Онтогенетическая модель развития хронических болезней В. М. Дильмана и ее практическое значение при назначении гомеопатической терапии / И. В. Тираспольский. - М.: Гомеопатической ежегодник, 2009. – 143с.
385. Трубецков Д. И. Введение в синергетику. Хаос и структуры / Д. И. Трубецков - М.: Едиторная, 2004. – 240с.
386. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. - М.: Медицина, 1986. - 384 с.
387. Уголев А. М. Естественные технологии биологических систем / А. М. Уголев. - Л.: Наука, 1987. - 317 с.
388. Уинфри А.Т. Время по биологическим часам / А.Т.Уинфри. – М.: Мир, 1990. – 251с.
389. Уткина Т.Б. О связи показателей альфа-ритма с индивидуальными особенностями отражения времени человеком / Т.Б.Уткина // Психологический журнал. – 1981. – Т.2. - № 4. – С.61-66.
390. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К.Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 176с.
391. Франкл В. Человек в поисках смысла / Франкл В; [пер. с англ. А.С.Андреева]. - М.: Прогресс, 1990. – 254с.
392. Фрейд З. О психотерапии истерии / З. Фрейд, Дж. Бреер; [пер. с немецк.

- Л.К.Иванова] // Исследование истерии. - [2-изд.] - М.: Прогресс, 1992. - С. 41-90.
393. Фрейд З. Введение в психоанализ: [лекции] / З. Фрейд; [пер. с немецк. Л.К.Иванова]. - М.: Прогресс, 1989. – 344с.
394. Фресс П. Приспособление человека к времени: [Монография] / П. Фресс; [пер. с англ. А.Андриенко]. – М.: Прогресс, 1961. – 342с.
395. Фролов Ю.П. Физиологическое учение И.П.Павлова о времени как своеобразном раздражителе нервной системы / Ю.П.Фролов // Журнал о высшей нервной деятельности. – 1951. – Т.1. - № 6. – С.831-839.
396. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга / Ю. Л. Ханин. - Л.: Наука, 1976. - 126с.
397. Хайнрот Й. Психосоматические аспекты в психологии и медицине / Й. Хайнрот; [пер. с англ. А.Костырев]. – М.: Медицина, 2002. – 132с.
398. Харрисон Дж. Биология человека / Харрисон Дж., Уайнер Дж., Тэннер Дж. - М.: Высшая школа, 1979. - 611с.
399. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади у людей з різними типами поведінкової активності / Д. М. Харченко // Актуальні проблеми психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / за ред. акад. С.Д.Максименка]. – 2005. - Т.V. – В.4. – С.284-290.
400. Харченко Д. М. Особистісні особливості осіб з різним алекситимічним радикалом / Д. М. Харченко // Актуальні проблеми психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / за ред. С.Д.Максименка, С.Д.Карамушки]. – 2006. - Ч.17. - С.127-130.
401. Харченко Д. М. Тривожність у осіб з різним ступенем алекситимії / Д. М. Харченко // Актуальні проблеми психології: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / за ред. акад. С.Д.Максименка]. – 2005. - Т.I. - Ч.16. - С. 157-159.

402. Херсонский Р.А. О значении движений в восприятии времени: Тезисы докладов на научной сессии института психологии / Р.А.Херсонский. – К., 1948. – С.44-45.
403. Хитров Н. К. Болезни цивилизации и нозологический принцип с позиций общей патологии / Н. К. Хитров, А. Б. Салтыков // Клиническая медицина. — 2003.- Т. 81, №1. - С. 5-11.
404. Хитров Н. К. Психосоматическая и психическая патология как необходимые и взаимосвязанные части общей патологии человека / Н. К. Хитров, А. Б. Салтыков // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2003. - №3. - С. 2-8.
405. Холмогорова А. Б. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 1994. - № 2. – С.243-248.
406. Холмогорова А. Б. Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Современная терапия Психических расстройств. – 2008. – Ч.1, № 2. – С.145-152.
407. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия / А.Б. Холмогоров, Н.Г.Гаранян // Основные направления современной психотерапии. – М.: Когито-Центр, 2000. – С.224-268.
408. Холмогорова А. Б. Интеграция когнитивного и динамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал.- 1996. - № 3. - С. 141-163.
409. Холмс Т. Х., Райх Р. Х. Сравнительная шкала (по данным социологического опроса): [Сборник психосоматических исследований] / Т. Х. Холмс, Р. Х. Райх - М., 1967.- № 11 – С.318-325.
410. Хомская Е.Д. Мозг и активация: [Монография] / Е.Д.Хомская. – М.: Высшая школа, 1972. – 231с.
411. Хьелл Л. Теория личности: [Монография] / Л.Хьелл, Д.Зингер; [пер. с

- анг. В.Сергеева]. – СПб: Питер, 2000. – 265с.
412. Циммерман Я. С. Пирацетам в комплексной патогенетической терапии рецидива язвенной болезни ДПК / Я. С. Циммерман, Д. И. Щеткин // Клиническая медицина. – СПб, 2000. – Т.87, № 7. - С. 18-25.
413. Циммерман Я. С. Психосоматическая медицина и проблема язвенной болезни / Я. С. Циммерман, Ф. В. Белоусов // Клиническая медицина. - СПб, 1999. – Т. 77, № 8. - С. 15-23.
414. Циркин В. И. Физиологические основы психической деятельности и поведения человека / В. И. Циркин, С. И. Трухина. - М.: Медицинская книга, 2001. – 321с.
415. Цуканов Б.Й. Собственная единица времени в психике индивида. Дис.... докт. психол. наук: 19.00.01 - Общая психология. История психологи. / Б.Й.Цуканов. – К., 1992. – 423с.
416. Цуканов Б.Й. Время в психике человека: [Монография] / Б.Й. Цуканов. – Одесса: Астропринт, 2000. – 198с.
417. Цуканов Б.Й. Анализ ошибки восприятия длительности / Б.Й. Цуканов // Вопросы психологи. – М., 1985. - № 3. – С.140-153.
418. Цуканов Б.Й. Фактор времени и природа темперамента / Б.Й. Цуканов // Вопросы психологи. – М., 1988. - № 4. – С.129-136.
419. Цуканов Б.Й. Фактор времени и проблема сердечно-сосудистых заболеваний / Б.Й. Цуканов // Психологический журнал. – М., 1989. – Т.10, № 1. – С.83-88.
420. Цуканов Б.Й. Психогенетические закономерности воспроизводства индивидов в типологических группах / Б.Й. Цуканов // Вопросы психологи. – М., 1989. - № 8. – С.149-153.
421. Цуканов Б.Й. Индивидуальные особенности отношения к переживаемому времени / Б.Й. Цуканов // Психология личности и время. – Черновцы, 1991. – Ч.1. – С.64-66.
422. Чабан О.С. Якість життя пацієнта з позицій медичної психології / О.С. Чабан // Мистецтво лікування. – 2008. - № 5 (51). – С. 40-43.

423. Чернин А.Д. Физика времени / А.Д.Чернин. – М.: Наука, 1987. – 187с.
424. Черниговский В.Н. Нейрофизиологический анализ кортико-висцеральной рефлекторной дуги / В.Н. Черниговский. – Л.: Высшая школа, 1967. – 233с.
425. Чернявский Д.С. Синергетика и информация. Динамическая теория информации / Д.С. Чернявский. – М.: Наука, 2001. – 245с.
426. Чуприкова Н.И., Митина Л.М. Теоретические, методические и прикладные аспекты проблемы восприятия времени // Вопросы психологии. – М.: Высшая школа, 1979. - № 3. – С. 16-32.
427. Шадриков В.Д. Формирование психологической системы деятельности / В.Д. Шадриков // Проблемы системогенеза деятельности: [Сб. научн. трудов] / под ред. В.Д.Шадрикова. – Ярославль: Изд-во Ярославского ун-та, 1980. – С. 5-31.
428. Шеррингтон Ч.С. Интегративная деятельность мозга / Ч.С. Шеррингтон. – Л.: Наука, 1969. – 241с.
429. Шляхтин Г.С. Психофизика временного различения. Дис...канд. психол. наук.: 19.00.01 - Общая психология. История психологи. / Г.С. Шляхтин. – М., 1976. - 212 с.
430. Шноль С.Э. Предисловие к русскому изданию // Биологические часы / С.Э. Шноль. – М.: Мир, 1964. – С. 5-10.
431. Шток В.Н. Головная боль / В.Н. Шток - М.: Медицина, 1987. - 304с.
432. Эддингтон А.С. Теория относительности / А.С.Эддингтон. – М.; Л.: ОНТИ, 1934. – 165с.
433. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В.Юстицкас. – СПб: Питер, 1999. – 656с.
434. Элькин Д.Г. Восприятие времени. Дис...докт. психол. наук: 19.00.01 - общая психология, история психологи / Д.Г. Элькин.– Одесса, 1945.- 295с.
435. Элькин Д.Г. Восприятие времени / Д.Г.Элькин – М.: АПН РСФСР, 1962.- 246с.

436. Элькин Д.Г. Восприятие времени и принцип обратной связи / Д.Г.Элькин // Вопросы психологии. – М., 1962. - № 2. – С. 151-155.
437. Элькин Д.Г. Роль парности больших полушарий в восприятии времени / Д.Г.Элькин // Тезисы докладов на II съезде Общества психологов. – М.: АПН РСФСР, 1963. – В. 1. – С. 17-18.
438. Элькин Д.Г. Восприятие времени и опережающее отражение / Д.Г.Элькин // Вопросы психологии. - М.: Высшая школа, 1964. - № 3. – С. 123-130.
439. Элькин Д.Г. Восприятие времени как моделирование действующего раздражителя / Д.Г.Элькин // Вопросы психологии. – М.: Высшая школа, 1965. - № 3. – С. 55-61.
440. Элькин Д.Г. Восприятие времени как моделирование / Д.Г.Элькин // Восприятие пространства и времени. – Л.: Ленинградское отделение, 1969. – С. 76-79.
441. Эмме А.И. Биологические часы / А.И.Эмме. – Новосибирск: Наука, 1976. – 156с.
442. Энгельс Ф. Анти-Дюринг: [собр. сочинений] / К.Маркс, Ф.Энгельс - [2-е изд.]. – Т. 20. – С. 49-51.
443. Юнг К.Г. Психологические типы / К.Г. Юнг. – М.: МГУ, 1995. – 718с.
444. Юрченко В.М. Теоретико-методологічні засади дослідження психічних станів людини. Дис....доктора психол. наук: 19.00.01-общая психология, история психологии / В.М. Юрченко. – К., 2009. – 481с.
445. Якоби М.С. Соматопсихические аспекты в психологии / М.С. Якоби. – Санкт-Петербург: Питер, 1994.- 124с.
446. Яковлев В.П. О социально-гносеологической функции времени в жизненном мире человека / В.П.Яковлев // Психология личности и время. – Черновцы, 1991. – Ч.1. – С.14-16.
447. Ярощук В.Л. Особенности понятий о времени у детей и взрослых / В.Л.Ярощук // Материалы IV Всесоюзного съезда общества психологов. – Тбилиси, 1971. – С. 382-383.

448. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; [пер. Л. О. Акопян]. - М.: Практика, 1997. - 1053с.
449. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання: навч. посібник [для студентів вищих навчальних закладів] / Т. С. Яценко — К.: Вища школа, 2004. - 679 с.
450. Appley M. H. Dynamics of Stress: Physiological, Psychological and Social Perspectives / M. H. Appley, R. Trumbull. N.Y. - Plenum, 1986 – 231p.
451. Appley M. H. Dynamics of stress and its control / M. H. Appley, R. Trumbull // Dynamics of stress: physiological, psychological and social perspectives. - New York, 1986. - 329 p.
452. Bandura A. Social learning theory. / A. Bandura. - New York, 1977. - 425 p.
453. Berry D. R. Detection of malingering on the MMPI: A meta-analytic review / Berry D. R., Baer, R. A. & Harris, M. J. // Clinical Psychology Review, 11, 1981. -598 p.
454. Berthoz S. Reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. Data from adults with autism spectrum disorder, their relatives and normal controls / Berthoz S., Hill E. L. // European Psychiatry, 2005, v. 20, p. 291—298.
455. Beecher H.K. Measurement of Subjective Responses / H.K. Beecher. - New York: Oxford Univ. Press, 1959. - 134 p.
456. Birren J.E. The psychology of ageing / J.E. Birren. – New Jersey, 1964. – 113 p.
457. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie / E. Bleuler. - Berlin: Springer, 1960.- 224 p.
458. Bonica J.J. Neurophysiological and pathologic aspects of acute and chronic pain / J.J. Bonica. - Arch. Surg., 1977. - 112, No 5. - P. 750-761.
459. Brun R. Traite general des nevroses / R. Brun. - Paris, 1956. - 476 p.
460. Cannon W. B. The wisdom of the body / W. B. Cannon. - New York: W. W. Norton, 1932. - 215p.
461. Cattell R. B. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety / R. B. Cattell, J. H. Scheier. — N.Y.: The Ronald Press company, 1961. – 123p.

462. Cattell R. B. Handbook of the sixteen personality factor questionnaire (16 PF) / R. B. Cattell, H. W. Eber, M. M. Tatsuoka. - Champaign: IP AT, 1970. – 127 p.
463. Cholinergic / serotonergic interactions in hypothermia: implications for rat models of depression: [Overstreet D. H, Daws L. C, Schiller G. D, Orbach J, Janowsky D S.]. - Pharmacol Biochem Behav, 1998. - № 59. - P. 777-785.
464. Cloninger, C. R. A psychobiological model of temperament and character / C. R. Cloninger, D. M. Svrakic, T. R. Przybeck // Archives of General Psychiatry, 1993. - № 50. - C. 975-990.
465. Colligan R. C The MMPI: A contemporary normative study / R. C. Colligan, D. Osborne, W. M. Swenson. - New York: Praeger, 1983. - 432 p.
466. Colligan, R. C. The MMPI: A contemporary normalive study of adults (2nd ed.). - Odessa, EL: Psychological Assessment Resources / R. C. Colligan, D. Osborne, V. M. Swenson. - 1989 - 259 p.
467. Conrad K. Der Konstitutionstypus als genetisches Problem / K. Conrad. - Berlin 1941.-347 p.
468. Costa e Silva J. A. Placebo-controlled study of tianeptine in major depressive episodes / Costa e Silva J. A., Ruschel S. // Neuropsychobiol. - 1997. - Vol. 35. - C. 24-29.
469. Chaves J.F. Hipnotism and surgical Pain / J.F. Chaves, T.X. Barder // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Weisenberg. - Sant Zouis: The C.V. - Mosby Company, 1975. - P. 225-239.
470. Craig A.D. Spinal and medullary lamina I proyection to nucleus submedius in medial thalamus: a possible pain center / A.D. Craig, H.Burton. - Y. Neurophysiol., 1981. - No 3. - P. 443-466.
471. De Sousa C. Pain: a reviem and interpretation. / C. De Sousa, R.B. Wallace. - Intern J. Neurosis, 1977. - 7. - P. 81-101.
472. Devor M. Genetic factors in the development of chronic pain / M. Devor, R. Inbal, R. Gorvin - Lippmann // In: Genetics of the brain. I Liebich (end). - Amsterdam: Elsevier Biomedical, 1982. - P. 273-295.

473. Doob L.W. Patterning of time / L.W. Doob. – New Haven; London: Yale Univ. Press, 1971. - 432 p.
474. Dykes R.W. Parallel processing of somatosensory information: a theory / R.W. Dykes. - Brain Res. Revs, 1983. - No 6. - P. 47-115.
475. Dykes R.W. Nociception. - Brain Res., 1975, 99. - No 3. - P. 229-245.
476. Dunbar F. Emotions and bodily changes / F. Dunbar. – New York, 1954. – 143p.
477. Ehrenwald H. Versuche zur Zeitauffassung des Unbewussten Arche / H. Ehrenwald // Psychologie. – H. 1-2. – 213p.
478. Eisenbud J. Thepsychology of heddasche / J. Eisenbud // Psychiat. Quart. - 1937. - P.11, 592.
479. Elkind A.H. Areview of headeache: 1955 to 1961 / A.H. Elkind, A.P. Friedman // N.Y. St. J. Med. - 1962. - P.1-2- 62, 1220, 1444, 1649.
480. Engel G.Z. Studies of ulcerative colitis: IV. The significance of headaches / G.Z. Engel // Psychoses Med. - 1956. - P.18,334.
481. Engel L. Primary stypical facial neuralgia. An hysterical conversion symptom / L. Engel // Psychosom. Med. - 1951. – P. 13-375.
482. Engel L. “Psychologenic” Pein / L. Engel // Med. Clin. - N. Amer. - 1958. - P. 42, 1481.
483. Engel L. “Psychologenic” pain and the pain prone patient / L. Engel //Amer. J. Med. - 1959, - P. 26, 899.
484. Ericson M.H. The interpersonal hypnotic techniques for symptom correction and pain control / M.H. Ericson // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Wiesenberger. - Sant Zouis: The C.V. Mosby Company, 1975. - P. 240-250.
485. Eysenck H.J. Classification and the Problem of Diagnosis / H.J. Eysenck // In handbook of Abnormal Psychology. – London, 1960. - 546 p.
486. Eysenck H.J. Principles and Methods of Personality. Description, Classification and Diagnosis / H.J. Eysenck // Brit. J. Psychol. – 1964. – V. 55. - № 3. – P. 284-294.

487. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia / H. Freyberger // *Psychother Psychosom.* - 1977. - № 28. - 342 p.
488. Friedman M. Type A Behavior / M. Friedman, R. Rosenman. - New York, 1974. - P.46-58.
489. Fraser J.T. Time as Conflict. A Scientific and Humanistic study / J.T.Fraser // Birkhauser Verlag. – Basel and Stuttgart, 1978. – P. 27-39.
490. Fukunishi I. Paradoxical depression in a female donor after living kidney transplantation / I. Fukunishi, T. Ohara, M. Kobayashi // *Psychosomatics.* - 1998. - P. 396-397.
491. Gililand A.R., Humphreys D.W. Age, sex, method and interval as variables in time estimation // *J. Exp. Psychol.* – 1959. – 57. – P. 243-248.
492. Groddeck G. Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik / G.Groddeck // Limes, Wiesbaden, 1961. – P. 125-139.
493. Guze S.B., Perley M.J. Observation on the natural history of hysteria / S.B. Guze, M.J. Perley // *Amer. J. Psychiatry.* - 1963. - P.119, 960.
494. Hardy J.D. Pain / [J.D. Hardy, H.G. Wolff, H. Goodel] // *Controlled and uncontrolled. Science.* - 1975, 117. - P.164-165.
495. Höring A. Versuche über das Unterscheidungsvermögen des Hörsinnes für Zeitgrößen / A. Höring // Tübinge, 1864. – P.213-226.
496. Katz D. Experimentelle Beiträge zur Psychologie des Vergleichs im Gebiet des Zeitsinns / D. Katz // *Z.Psychol. Physiol., Sinnesorg.* – 1906. – P. 302-340.
497. Keele K.D. The pain chart / K.D. Keele // *Lancet.* - 1948. - P.11, 6
498. Kleiman N. Sleep and Wakefulness / N. Kleiman. – Chicago University of Chicago Press, 1963. – P. 380-395.
499. Kohlmann T. Das psychologische Problem der Zeitschätzung und der experimentelle Nachweis seiner diagnostischen Anwendbarkeit / T. Kohlmann // *Wien. E. Nervenheilk.* – 1950. – N.3. – P. 260-341.

500. Krivoshapkin M.D. Western literature review, tutorial, Physiology of Pal, Current concepts and mechanisms, Queer's Medical Centre, Great Britain / M.D. Krivoshapkin. - London, 2001. - P.245-285.
501. Kruger L. Fine structure of militated mechanical nociceptor endings in cat hairy skin / L. Kruger, E.R.Perl, M.Y. Sedivec. – J. Comp. Neurol., 1981. - 198 c, Nol. - P.137-154.
502. Lagrange J.I. Theorie des fonctions analitiques / J.I. Lagrange. – Paris: Imprimeries de la Republique, 1976. – 233p.
503. Lighthile J. The Recently Recognized Failure of Predictability in Newtonian Dynamics / J. Lighthile // Proceedings of the Royal society.
504. Larsen J. K. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies / Larsen J. K., Brand N., Bermond B. // J. Psychosom. Res. - 2003. -Vol. 54. –N. 6. - P. 533-541.
505. Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process / R. S. Lazarus. - New York: McGraw-Hill, 1966. - 196 p.
506. Lazarus R., Folkman S. Manual for Ways of Coping Questionnaire / R. Lazarus, S. Folkman. - Palo Alto, CA, 1988. – 321p.
507. Lazarus R. S. Theory-based stress measurement and commentaries / R. Lazarus // Psychological Inquiry, 1990. - № 1. - P. 3-51.
508. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping / R. Lazarus, S. Folkman. - New York, 1984. - 394 p.
509. Lazarus R. Stress, Coping, and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications / Lazarus R., Perrez M., Reicherts M. - Seattle- Toronto-Bem-Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers, 1992. - P. 5-9.
510. Malmo R.B. Psychology study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress / R.B. Malmo, C.Shagaas // Psychosom. Med. - 1949. – P.11, 25.

511. Malto R.B. Electromyography studies of muscular tension in psychiatric patients under stress / R.B. Malto, C. Shagaas, J.E. Davis // *J. Clin. Psychopath.* - 1951. – P. 12-45.
512. Mendelson G. Pain I. Basis mechanisms / G. Mendelson. - *Med. J. Aust.*, 1981. - 19, Nol. - P. 106 – 109.
513. Menninger K.A. Man against Himself / K.A. Menninger. - New York: Harcourt and Brace, 1938. - 148 p.
514. Merskey H. Some features of the history of the idea of pain / H. Merskey. - *Pain*, 1980. - P. 3-8.
515. Merskey H. The characteristics of persistent pain in psychological illness / H. Merskey // *J. of Psychosomatic Research.* - 1965. - P.198-291.
516. Merskey H. Psychiatric patients with persistent pain / H. Merskey // *J. psychosomatic. Res.* - 1965. – P. 9 - 299.
517. Merskey H. An investigation of pain in psychological illness. D.M. Thesis / H. Merskey. - Oxford, 1964. – 463 p.
518. Melzack R. Pain: Psychological and Psychiatric Aspects / R. Melzack, P. Wall. - London: Baillere, Tindal and Chassell, 1967. – 363 p.
519. Murray J.B. Psychology of pain experience / J.B. Murray // *Pain: clinical and experimental perspectives.* Ed. by M. Weisenberg. - Sant Louis: The C.V. Mosby Company, 1975. - P.36-44.
520. Münsterberg H. Beiträge zur experimentellen Psychologie. – Freiburg. – 1889, H.2. – S. 1-68.
521. Nakahama H. Pain mechanisms in the central nervous system / H. Nakahama. - *Int. Anesth. Clin.*, 1975. - 13, Nol. - P.109-148.
522. Pollock G.H. The psychosomatic specificity concept // *Бессознательное: Природа, функции, методы исследования*, 1978. – Т.11. – С.118-128.
523. Raney J.O. Pain, emotion and a rationale for therapy / J.O. Raney // *Northwest Med.* - 1970. - 69. - P.659-661.
524. Reimer M.D. Disability determinations of disorders based on emotional factors / M.D.Reimer // *Industrial Medicine and Surgery.*-1967.-36. - P.347-351.

525. Sheldon W.H. The varieties of temperament: Psychology of constitutional differences / W.H. Sheldon, S.S.Stevens. – N.Y.: Harper. – 1942. – 600p.
526. Sgarlato T.E., Ginsburg A. Psychic pain, a case report / T.E. Sgarlato, A. Ginsburg // J. of the Amer. Pediatrics Assoc. - 1970. - 60. - P.247-248.
527. Spear F.G. An examination of some psychological theories of pain / T.S. Spear // Brit. J. Med. Psychology. - 1966. – P. 39, 349.
528. Szasz T.S. Pain and Pleasure. A study of Bodily Feelings / T.S. Szasz. - Tailstocks, London, 1957. - 765 p.
529. Treisman M. Temporal discrimination and the indifference interval: implication for a model of internal clock / M. Treisman // Psychol. Monogr. – 1963. – Vol. 77. – P.372-379.
530. Vience M.A. The intermittency of control movements and the psychological refractory period / M.A. Vience // Brit. J.Psychol. – 1948. – V.38. – P.148-157.
531. Wittkower E.D. Hautkrankheiten in psychosomatischer Sicht, Documenta Geigy, Acta Psychosom / E.D. Wittkower. - 1963, 6: 1-39.
532. Wolff B.B. Drug studies in experimental and clinical pain. Symp. On Assessment of drug effects in the normal human / B.B.Wolff // 7 the Ann. Convention of Amer. Psychol. Ass. - New York, 1966. – 503 p.
533. Zoppi M. Experimental pain in man / M. Zoppi, P. Procacci, M. Maresca. — Pain, 1979. - 6. - No2. - P. 123-140.
534. Zutterbeck P.H. Measurement of analgetic activity in man / P.H. Zutterbeck, S.H. Triay // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Weisenberg. - Sant Louis: The G.V. Mosby Company, 1975. - P.67-71.
535. Zung W. W. A self-rating depression scale / W. W. Zung, N. C. Durham // Arch. Gen. Psychiatry. 1965. - № 12: - P. 63-70.
536. Zung W. W. The depression status inventory: an adjunct to the self-rating depression scale / W. W. Zung // J. Clin. Psychol. - 1972. - № 28. - P. 539-543.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна

ІНСТРУКЦІЯ: залежно від того, як Ви себе почуваете у **ДАНИЙ МОМЕНТ**, позначте, будь ласка, знаком "+" відповідну клітину справа від кожного з речень. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

		Ні	Скоріш ні	Скоріш так	Так
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я розстроєний	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я занепокоєний	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

ІНСТРУКЦІЯ: а тепер позначте знаком "+" відповідну клітину залежно від того, як ВИ себе почуваєте **ЗВИЧАЙНО**.

		Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу засмутитися	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Я звичайно почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я приймаю усе занадто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	Буває, що мені нічого не хочеться	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Всякі дрібниці бентежать і хвилюють мене	1	2	3	4

38	Я дуже переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і проблеми	1	2	3	4

Додаток Б

Опитувальник Бека

У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожну групу тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви себе почували ЦЬОГО ТИЖНЯ І СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля вибраного твердження. Перш, ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що ви прочитали всі твердження в кожній групі.

А.

0. Мені не сумно.

1. Мені сумно або тоскно.

2. Мені весь час тужливо або сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти.

3. Мені так сумно, що я не можу цього винести.

Б.

0. Я втратив інтерес до інших людей.

1. Я менше, ніж колись, цікавлюся іншими людьми.

2. У мене втрачений майже весь інтерес до інших людей, і я майже не маю ніяких почуттів до них.

3. У мене втрачений будь-який інтерес до інших людей, і вони мене абсолютно не турбують.

В.

0. Я дивлюся в майбутнє без особливого розчарування.

1. Я відчуваю розчарування в майбутньому.

2. Я відчуваю, що мені нічого чекати попереду.

3. Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і повороту до кращого бути не може.

Г.

1. Я приймаю рішення приблизно так само легко, як завжди.

2. Я намагаюся відтермінувати ухвалення рішень.

3. Приймати рішення для мене надзвичайно важко.

4. Я сам зовсім не можу приймати рішення.

Д.

0. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що невдачі траплялися у мене частіше, ніж у інших людей.

2. Коли озираюся на своє життя, я бачу лише ланцюг невдач.

3. Я відчуваю, що зазнав невдачі як особистість (батько, чоловік, дружина).

Е.

1. Я не відчуваю, що виглядаю значно гірше, ніж зазвичай.

2. Мене турбує те, що виглядаю старим і непривабливим.

3. Я відчуваю, що моя зовнішність постійно змінюється і робить мене непривабливим.

4. Я відчуваю, що виглядаю відштовхуюче.

Є.

0. Я не відчуваю ніякої особливої незадоволеності.

1. Ніщо тепер не радує мене так, як раніше.

2. Більше ніщо не дає мені задоволення.

3. Я не отримую задоволення ні від чого.

Ж.

0. Я можу працювати майже так само добре, як і раніше.

1. Мені треба прикладати додаткові зусилля, щоб щось зробити.

2. Я не можу виконувати ніяку роботу.

3. Мені потрібно прикласти зусилля, щоб щось зробити.

З.

1. Я не відчуваю ніякої особливої провини.

2. Дуже часто я почуваю себе кепсько і нікчемно.

3. У мене досить сильне почуття провини.

4. Я відчуваю себе дуже кепсько і нікчемно.

І.

0. Я втомлююся нітрохи не більше, ніж зазвичай.

1. Я втомлююся швидше, ніж раніше.

2. Я втомлююся від будь-якого заняття.

3.Я втомлююся від будь-якого заняття.

К.

0.Я не відчуваю розчарування в собі.

1.Я розчарований в собі.

2.Я відчуваю огиду до себе.

3.Я ненавиджу себе.

Л.

0.Мій апетит не гірший, ніж зазвичай.

1.Мій апетит не такий гарний, як бувало.

2.Мій апетит тепер набагато гірший.

3.У мене зовсім немає апетиту.

М.

0.У мене немає ніяких думок про суїцид.

1.Я відчуваю, що мені було б краще померти.

2.У мене є певні плани здійснення самогубства.

3.Я покінчу із собою при першій можливості.

Додаток В

Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Роттера

Інструкція: Вам буде запропоновано 44 твердження, що стосуються різних сторін життя і ставлення до них.

Оцініть, будь ласка, ступінь своєї згоди або незгоди з наведеними твердженнями за 6-бальною шкалою: -3 -2 -1 +1 +2 +3, від повної незгоди (-3) до повної згоди (+3).

Іншими словами, поставте проти кожного твердження бал від одиниці до трійки з відповідним знаком «+» (згода) або «-» (незгода).

1. Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей і зусиль людини.
2. Більшість розлучень відбувається тому, що люди не хочуть пристосовуватися одне до одного.
3. Хвороба - справа випадку; якщо вже судилося захворіти, то нічого не вдієш.
4. Люди стають самотніми через те, що самі не виявляють інтересу і дружелюбності до оточуючих.
5. Здійснення моїх бажань часто залежить від везіння.
6. Марно докладати зусилля для того, щоб завоювати симпатії інших людей.
7. Зовнішні обставини, батьки і добробут впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.
8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.
9. Як правило, керівництво є більш ефективним, коли керівник повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність.
10. Мої оцінки в школі, в інституті часто залежали від випадкових обставин (наприклад, настрою викладача) більше, ніж від моїх власних зусиль.
11. Коли я будую плани, то, загалом, вірю, що зможу здійснити їх.
12. Те, що багатьом людям здається удачею чи везінням, насправді є

- результатом довгих цілеспрямованих зусиль.
13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі і ліки.
 14. Якщо люди не підходять один одному, то, як би вони не намагалися, налагодити сімейне життя все одно не зможуть.
 15. Те позитивне, що я роблю, зазвичай буває гідно оцінено іншими.
 16. Люди виростають такими, якими їх виховують батьки.
 17. Думаю, що випадок чи доля не грають важливої ролі в моєму житті.
 18. Я не намагаюся планувати далеко вперед, тому що багато залежить від того, як складуться обставини.
 19. Мої оцінки в школі найбільше залежали від моїх зусиль і рівня підготовленості.
 20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю більше свою відповідальність, ніж протилежна сторона.
 21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.
 22. Я надаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначити, що і як робити.
 23. Думаю, що мій спосіб життя жодною мірою не є причиною моїх хвороб.
 24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям домогтися успіху в своїх справах.
 25. Зрештою, за погане управління організацією відповідальні самі люди, які в ній працюють.
 26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити в ситуаціях, які склалися.
 27. Якщо я дуже захочу, то зможу домогтися прихильності до себе майже кожного.
 28. На підростаюче покоління впливає так багато обставин, що зусилля батьків щодо його виховання часто виявляються марними.
 29. Те, що зі мною трапляється, це справа моїх власних рук.
 30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять саме так, а не інакше.

31. Людина, яка не змогла добитися успіху в своїй роботі, швидше за все, не проявила достатньо зусиль.
32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, що хочу.
33. В неприємностях і невдачах, що були в моєму житті, частіше були винні інші люди, ніж я сам.
34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею стежити і правильно одягати.
35. В складних обставинах я волію почекати, поки проблеми не вирішаться самі собою.
36. Успіх є результатом наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.
37. Я відчуваю, що від мене більше, ніж від кого б то не було, залежить щастя моєї сім'ї.
38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я подобаюсь одним людям і не подобаюсь іншим.
39. Я завжди віддаю перевагу приймати рішення і діяти самостійно, а не сподіватися на допомогу інших людей чи на долю.
40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, незважаючи на всі її старання.
41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити навіть при дуже сильному бажанні.
42. Здібні люди, які не змогли реалізувати свої можливості, мають звинувачувати в цьому лише себе.
43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.
44. Більшість моїх невдач відбулося від невміння, незнання чи ліні і мало залежало від везіння чи невезіння.

Додаток Д

Опитувальник діагностики показників і форм агресії Басса та Дарки

<p>НСТРУКЦІЯ. «Прочитавши або прослухавши зачитані твердження, оцініть, наскільки вони відповідають вашому стилю поведінки, вашому способу життя, і відповідайте однією з чотирьох можливих відповідей: «ТАК», «мабуть, так», «мабуть, ні», «НІ»».</p>				
1. Часом не можу впоратися з бажанням нашкодити кому-небудь.	так	мабуть так	мабуть ні	ні
2. Іноді можу попліткувати про людей, яких не люблю.				
3. Легко дратуюсь, але легко і заспокоююсь.				
4. Якщо мене не попросити по-доброму, прохання не виконаю.				
5. Не завжди отримую те, що мені належить.				
6. Знаю, що люди говорять про мене за спиною.				
7. Якщо не схвалюю вчинки інших людей, даю їм це відчути.				
8. Якщо трапляється обдурити когось, відчуваю докори сумління.				
9. Мені здається, що я не здатний вдарити людину.				
10. Ніколи не дратуюся настільки, щоб розкидати речі.				
11. Завжди поблажливий до чужих недоліків.				
12. Коли встановлене правило не подобається мені, хочеться порушити його.				
13. Інші майже завжди вміють використовувати сприятливі обставини.				
14. Мене насторожують люди, які ставляться до мене більш дружелюбно, ніж я цього чекаю.				
15. Часто не погоджуюсь з людьми.				

16. Іноді в голові з'являються думки, яких я соромлюся.				
17. Якщо хто-небудь ударить мене, я не відповім йому тим же.				
18. У роздратуванні гримаю дверима.				
19. Я більш дратівливий, ніж здається збоку.				
20. Якщо хтось вдає з себе начальника, я чиню йому наперекір.				
21. Мене трохи засмучує моя доля.				
22. Думаю, що багато людей не люблять мене.				
23. Не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.				
24. Той, хто ухиляється від роботи, повинен відчувати почуття провини.				
25. Хто ображає мене або мою сім'ю, напрошується на бійку.				
26. Я не здатний на грубі жарти.				
27. Мене охоплює лють, коли з мене насміхаються.				
28. Коли люди вдають з себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.				
29. Майже щотижня бачу когось з тих, хто мені не подобається.				
30. Досить багато тих, хто заздрить мені.				
31. Вимагаю, щоб люди поважали мої права.				
32. Мене засмучує, що я мало роблю для своїх батьків.				
33. Люди, які постійно підводять вас, варті того, щоб їх присадити, даючи зрозуміти, чого вони насправді варті.				
34. Від люті іноді буваю похмури.				

35. Коли до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь.				
36. Коли хтось намагається вивести мене із себе, я не звертаю на нього уваги.				
37. Хоча я і не виказую цього, іноді мене личить заздрість.				
38. Іноді мені здається, що з мене насміються.				
39. Навіть, коли злюсь, не вдаюся до міцних виразів.				
40. Хочеться, щоб мої гріхи були виправдані.				
41. Рідко даю здачі, навіть якщо хтось вдарить мене.				
42. Ображаюсь, коли іноді виходить не по-моєму.				
43. Іноді люди дратують мене своєю присутністю.				
44. Немає людей, яких би я посправжньому ненавидів.				
45. Мій принцип: «Ніколи не довіряти чужинцям».				
46. Якщо хтось дратує мене, готовий сказати йому все, що про нього думаю.				
47. Роблю багато такого, про що згодом шкодую.				
48. Коли буваю роздратований, можу вдарити кого-небудь.				
49. З десяти років у мене не було спалахів гніву.				
50. Часто відчуваю себе, як порохова діжа, що готова вибухнути.				
51. Якби знали, що я відчуваю, мене вважали б людиною, з якою нелегко ладнати.				
52. Завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що-небудь приємне для мене.				
53. Коли кричать на мене, я відповідаю тим же.				

54. Невдачі засмучують мене.				
55. Б'юся не рідше і не частіше за інших.				
56. Можу згадати випадки, коли був настільки злий, що хапав першу-ліпшу річ і ламав її.				
57. Іноді відчуваю, що готовий першим почати бійку.				
58. Іноді відчуваю, що життя зі мною поступає несправедливо.				
59. Раніше думав, що більшість людей говорить правду, але тепер цьому не вірю.				
60. Лаюся тільки від люті.				
61. Коли чиню неправильно, мене мучить совість.				
62. Якщо для захисту своїх прав потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.				
63. Іноді виражаю свій гнів тим, що стукаю по столу.				
64. Іноді проявляю грубість по відношенню до людей, які мені не подобаються.				
65. У мене немає ворогів, які хотіли б мені нашкодити.				
66. Не вмю поставити людину на місце, навіть якщо вона цього заслуговує.				
67. Часто думаю, що живу неправильно.				
68. Знаю людей, які здатні довести мене до бійки.				
69. Не засмучуюсь через дрібниці.				
70. Мені рідко спадає на думку, що люди намагаються розлютити або образити мене.				
71. Часто просто так погрожую людям, не збираючись виконувати ці погрози.				
72. Останнім часом я став занудою.				
73. У суперечці часто підвищую				

голос.				
74. Намагаюся приховувати погане ставлення до людей.				
75. Краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.				

Додаток Ж

Тест Томаса – типи поведінки у конфлікті

Інструкція: У кожній із запропонованих пар суджень виберіть те, яке найбільш типово для вашої поведінки. На аркуші відповідей обведіть кружечком цифру і літеру відповідні вашій відповіді. Не пропускайте жодної пари.

1а. Іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за рішення суперечливого питання.

1б. Чим обговорювати те, у чому ми розходимось, я намагаюся звернути увагу на те, з чим ми обоє досягли згоди.

2а. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

2б. Я намагаюся улагодити справу з урахуванням інтересів іншого і моїх власних.

3а. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

3б. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

4а. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

4б. Іноді я поступаюся своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини.

5а. Улагоджуючи спірну ситуацію, я весь час намагаюся знайти підтримку в інших.

5б. Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруги.

6а. Я намагаюся уникнути появи неприємностей для себе.

6б. Я намагаюся домогтися свого.

7а. Я намагаюся відкласти рішення спірного питання для того, щоб згодом вирішити його остаточно.

7б. Я вважаю за можливе в чомусь поступитися, щоб добитися свого.

8а. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

8б. Я насамперед намагаюся ясно визначити те, в чому полягають всі порушені інтереси і проблеми.

9а. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через розбіжності, що виникають.

9б. Я докладаю зусиль, щоб домогтися свого.

10а. Я твердо прагну досягти свого.

10б. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

11а. Перш за все я намагаюся чітко визначити всі проблеми та інтереси, які порушуються.

11б. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші стосунки.

12а. Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.

12б. Я даю можливість іншому в чомусь залишитися при своїй думці, якщо він також йде мені назустріч.

13а. Я пропоную середню позицію13б Я наполягаю, щоб було зроблено по-моєму.

14а. Я повідомляю іншому свою точку зору і запитую про його думку.

14б. Я намагаюся показати іншому логіку і переваги моїх поглядів.

15а. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші стосунки.

15б. Я намагаюся зробити все необхідне, щоб уникнути напруги.

16а. Я намагаюся не чіпати почуттів іншого.

16б. Я намагаюся переконати іншого в перевагах моєї позиції.

17а. Звичайно я наполегливо прагну домогтися свого.

17б. Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруги.

18а. Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому таку можливість.

18б. Я даю можливість іншому в чомусь настояти на своєму, якщо він також йде мені назустріч.

19а. В першу чергу я намагаюся ясно визначити те, у чому полягають всі порушені інтереси та конфліктні питання.

19б. Я намагаюся відкласти рішення конфліктного питання для того, щоб згодом вирішити його остаточно.

20а. Я намагаюся негайно перебороти наші розбіжності.

20б. Я намагаюся знайти найкраще поєднання користі і втрат для нас обох.

21а. Ведучи перемовини, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

21б. Я завжди згоджуюся на пряме обговорення проблеми.

22а. Я намагаюся знайти позицію, яка знаходиться посередині між моєю позицією і точкою зору іншої людини.

22б. Я відстоюю свої бажання.

23а. Як правило, я стурбований тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.

23б. Іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за рішення суперечливого питання.

24а. Якщо позиція іншого здається йому дуже важливою, я піду назустріч його бажанням.

24б. Я намагаюся переконати іншого прийти до компромісу.

25а. Я намагаюся показати іншому логіку і переваги моїх поглядів.

25б. Ведучи перемовини, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

26а. Я пропоную середню позицію.

26б. Я завжди заклопотаний тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.

27а. Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.

27б. Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість настояти на своєму.

28а. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

28б. Улагоджуючи ситуацію, я зазвичай намагаюся знайти підтримку в іншого.

29а. Я пропоную середню позицію.

29б. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через розбіжності, що виникають.

30а. Я намагаюся не принижувати почуттів іншого.

30б. Я завжди займаю таку позицію в спірному питанні, щоб ми спільно з іншою зацікавленою людиною могли домогтися успіху.

Додаток 3

Опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант міннесотського багатомірного особистісного переліку ММРІ)

ІНСТРУКЦІЯ: «Зараз ви ознайомитеся з твердженнями, що стосуються стану Вашого здоров'я і Вашого характеру. Прочитайте кожне твердження і вирішіть, вірно воно чи невірно по відношенню до Вас. Не витрачайте часу на роздумування. Найбільш природно те рішення, яке першим приходить в голову».

ТЕКСТ ОПИТУВАЧА

1. У Вас гарний апетит?
2. Вранці Ви зазвичай відчуваєте, що виспалися і відпочили.
3. У вашому повсякденному житті маса цікавого.
4. Ви працюєте з великим напруженням.
5. Часом Вам приходять в голову такі нехороші думки, що про них краще не розповідати.
6. У Вас дуже рідко буває закреп.
7. Іноді Вам дуже хотілося назавжди піти з дому.
8. Часом у Вас бувають напади нестримного сміху або плачу.
9. Часом Вас турбує нудота і позиви на блювоту.
10. У вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
11. Іноді Вам хочеться вилятися.
12. Щотижня Вам сняться жахи.
13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.
14. З Вами відбувалися (або відбуваються) дивні речі.
15. Ви досягли б в житті набагато більшого, якби люди не були налаштовані проти Вас.
16. В дитинстві бувало Ви інколи скоювали крадіжки.

17. Бувало, що по декілька днів, тижнів або цілих місяців Ви нічим не могли зайнятися, тому що важко було змусити себе включитися в роботу.
18. У Вас неспокійний з переривами сон.
19. Коли Ви знаходитесь серед людей, Вам чуються дивні речі.
20. Більшість людей, які Вас знають, не вважають Вас неприємною людиною.
21. Вам часто доводилося підкорятися кому-небудь, хто знав менше Вашого.
22. Більшість людей задоволені своїм життям більше, ніж Ви.
23. Дуже багато людей перебільшують свої нещастя, щоб домогтися співчуття і допомоги.
24. Іноді ви гніваєтесь.
25. Вам безумовно не вистачає впевненості в собі.
26. У вас часто бувають посмикування м'язів.
27. У Вас часто буває відчуття, ніби Ви зробили щось негідне.
28. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
29. Деякі люди так люблять керувати, що Вам хочеться все зробити наперекір, хоча Ви знаєте, що вони мають рацію.
30. Ви вважаєте, що проти Вас щось замишляють.
31. Більшість людей здатні домагатися вигоди не зовсім чесним шляхом.
32. Вас часто турбує шлунок.
33. Часто ви не можете зрозуміти, чому напередодні Ви були в поганому настрої і роздратовані.
34. Часом Ваші думки текли так швидко, що Ви не встигали їх висловлювати.
35. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості Ваших знайомих.
36. Часом Ви впевнені у власній непотрібності.
37. В останні роки Ваше самопочуття було в основному гарним.
38. У Вас були періоди, під час яких Ви щось робили і потім не могли пригадати, що саме.
39. Ви вважаєте, що Вас часто незаслужено карали.
40. Ви ніколи не відчували себе краще, ніж тепер.

41. Вам байдуже, що думають про Вас інші.
42. З пам'яттю у Вас все благополучно.
43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з якою Ви тільки що познайомилися.
44. Довгий час Ви відчуваєте загальну слабкість.
45. У Вас рідко болить голова.
46. Іноді Вам бувало важко зберегти рівновагу при ходьбі.
47. Не всі Ваші знайомі Вам подобаються.
48. Є люди, які намагаються вкрасти Ваші ідеї та думки.
49. Ви вважаєте, що робили вчинки, які не можна пробачити.
50. Ви вважаєте, що Ви занадто сором'язливі.
51. Ви майже завжди про що-небудь тривожитесь.
52. Ваші батьки часто не схвалювали Ваших знайомств.
53. Іноді Ви трохи брешете.
54. Часом Ви відчуваєте, що Вам надзвичайно легко приймати рішення.
55. У Вас буває сильне серцебиття і Ви часто задихаєтесь.
56. Ви запальні, але швидко відходите.
57. У Вас бувають періоди такого занепокоєння, що важко всидіти на місці.
58. Ваші батьки та інші члени сім'ї часто прискіпливі до Вас.
59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.
60. Ви не засуджуєте людину, яка не проти скористатися в своїх інтересах помилками іншого.
61. Іноді Ви сповнені енергії.
62. За останній час у Вас погіршився зір.
63. Часто у Вас дзвенить або шумить у вухах.
64. У Вашому житті були випадки (може бути, тільки один), коли Ви відчували, що на Вас діє гіпноз.
65. У Вас бувають періоди, коли Ви незвично веселі без особливої причини.
66. Навіть перебуваючи в товаристві, Ви зазвичай відчуваєте себе самотньо.
67. Ви вважаєте, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути

неприємностей.

68. Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість інших людей.
69. Часом Ваша голова працює як би повільніше, ніж зазвичай.
70. Ви часто розчаровуєтеся в людях.
71. Ви зловживаєте спиртними напоями.

Додаток К

Опитувальник визначення психологічної характеристики темпераменту

Потрібно відповісти на кожне питання «так» або «ні» і записати свою відповідь поруч з номером питання. Не слід витратити багато часу на обдумування питань. Дайте ту відповідь, яка першою приходить в голову. Відповідайте на всі питання поспіль, нічого не пропускаючи. Чим відвертіше Ви це зробите, тим точніше і правильніше зможете вивчити свій темперамент.

Зміст питання:

1. Ви любите часто бувати в компанії?
2. Ви уникаєте мати речі, які ненадійні, неміцні, хоча і красиві?
3. Чи часто у Вас бувають підйоми і спади настрою?
4. Під час бесіди Ви дуже швидко говорите?
5. Вам подобається робота, що вимагає повної напруги сил і здібностей?
6. Чи буває, що Ви передаєте чутки?
7. Чи вважаєте Ви себе людиною дуже веселою і життєрадісною?
8. Ви дуже звикаєте до певного одягу, його кольору й крою, так що неохоче міняєте його на щось інше?
9. Чи часто Ви відчуваєте, що маєте потребу в людях, які Вас розуміють, можуть схвалити і втішити?
10. У Вас дуже швидкий почерк?
11. Чи шукаєте Ви собі самі роботу, заняття, хоча можна було б і відпочивати?
12. Чи буває так, що Ви не виконуєте своїх обіцянок?
13. У Вас багато дуже хороших друзів?
14. Чи важко Вам відірватися від справи, якою захопилися, і зайнятися іншою.
15. Чи часто Ви переймаєтесь почуттям провини?

16. Зазвичай Ви ходите дуже швидко, незалежно від того, поспішаєте ви чи ні?
17. У школі Ви працювали над важкими завданнями до тих пір, поки не вирішували їх?
18. Чи буває, що іноді Ви мислите гірше, ніж зазвичай?
19. Вам легко знайти спільну мову з незнайомими людьми?
20. Чи часто Ви плануєте, як будете себе вести при зустрічі, бесіді?
21. Ви запальні і легко вразливі натяками і жартами над Вами?
22. Під час бесіди зазвичай Ви жестикулюєте?
23. Найчастіше Ви прокидаєтеся вранці свіжим і добре відпочившим?
24. Чи бувають у Вас такі думки, про які б Ви не хотіли, щоб дізналися інші?
25. Ви любите жартувати над іншими?
26. Чи схильні Ви до того, щоб ґрунтовно перевірити свої думки, перш ніж їх повідомляти будь-кому?
27. Чи часто Вам сняться жахи?
28. Зазвичай Ви легко запам'ятовуєте і засвоюєте новий навчальний матеріал?
29. Ви настільки активні, що вам важко навіть кілька годин бути без справи?
30. Чи бувало, що розгнівавшись, Ви виходили з себе?
31. Вам не важко внести пожвавлення в досить нудну компанію?
32. Ви зазвичай досить довго роздумуєте, приймаючи якесь, навіть не дуже важливе, рішення?
33. Вам казали, що Ви приймаєте все занадто близько до серця?
34. Вам подобається грати в ігри, що вимагають швидкості і гарною реакції?
35. Якщо у Вас щось довго не виходить, то зазвичай Ви все ж намагаєтеся зробити це?
36. Чи виникало у Вас, хоч і короткочасне, відчуття роздратування по

відношенню до Ваших батьків?

37. Чи вважаєте Ви себе відкритою і товариською людиною?
38. Зазвичай Вам важко взятися за нову справу?
39. Чи турбує Вас почуття, що Ви чимось гірші за інших?
40. Зазвичай Вам важко щось робити з повільними і неквапливими людьми?
41. Протягом дня Ви можете довго і продуктивно займатися чим-небудь, не відчуваючи втоми?
42. У Вас є звички, яких варто було б позбутися?
43. Вас приймають іноді за турботну людину?
44. Чи вважаєте Ви хорошим другом тільки того, чия симпатія до Вас надійна і перевірена?
45. Вас можна швидко розсердити?
46. Під час дискусії зазвичай Ви швидко знаходите потрібну відповідь?
47. Ви можете змусити себе довго і продуктивно, не відволікаючись, займатися чим-небудь?
48. Чи буває, що Ви говорите про речі, в яких зовсім нічого не розумієте?

