

Савенкова І.І.,  
доцент кафедри практичної психології  
Київського університету імені Володимира Грінченка

## **ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ХРОНОТОП ПЕРЕБІГУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОНТОГЕНЕТИЧНІЙ РОЗГОРТЦІ**

**Актуальність дослідження.** Учені прийшли до висновку, що проблеми соматичної не можна вивчати окремо від проблем психіки у процесі розгляду психосоматичних захворювань, оскільки вони становлять єдність (С.Максименко, О.Кокун, В.Блейхер) [7; 6; 2].

Причину виникнення захворювання, тобто функціональних порушень органів та систем організму, які призводять до зриву роботи організму в цілому, неможливо зрозуміти без знання психологічних особливостей особистості хворого, а без цього важко й спрогнозувати перебіг конкретної хвороби (С.Максименко [7]). Л.Терлецька зазначає, що «першопричина, котра дає поштовх до появи різних захворювань, найчастіше виявляється у психології людини» [9, с.18].

Психологічна диференціація індивідуальних психологічних властивостей людини показує, 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 (Д.Елькін, Б.Цуканов) [10; 12].

Принцип індивідуального підходу в лікуванні вимагає комплексного врахування психологічних особливостей кожної особистості, і не випадково покладений у підґрунтя розв'язання важливої проблеми сучасної медицини – подолання психосоматичних захворювань.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Як показав аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, вивчення взаємозв'язку і взаємозалежності соматичних порушень (на прикладі психосоматичних захворювань із

урахуванням індивідуально-типологічних особливостей особистості) від часових параметрів, а також їх співвідношення, залишилося поза увагою вчених.

Разом із тим, відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання прояву психосоматичних захворювань кожної окремої нозологічної форми хвороби у типологічній групі безперервного спектру « $\tau$ -типів» (часових типів за Б.Цукановим) [10] та психопрофілактики цих розладів.

Кожний індивід існує у своєму власному часі та просторі. У свою чергу простір та час являють собою нерозривну єдність, яку відмічав ще М.Бахтін [2]. Учений виділив так званий *хронотоп* – *час та простір в єдності*. Зробив він це на матеріалі текстів романів. Ми пропонуємо відповідний аналіз на основі психосоматичної єдності людини 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 соматіку, а також визначає його *індивідуальний хронотоп*.

Ми припускаємо, що хронотопом можна вважати «опис психосоматичної єдності людини», 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. Для цього достатньо використати, як показники належності до індивідуального хронотопу, *власну одиницю часу ( $\tau$ ) та тривалість біологічного циклу життя індивіда*, які виступають у якості психолого-часових індикаторів психосоматичної єдності людини.

Відповідно до даних наукової літератури [10; 12; 13], 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 [10]. Виділені багатодобові, багатомісячні та багатолітні цикли [10; 12; 13]. Вчений виокремив у житті людини поворотні пункти, тобто певний вік, в якому відбуваються «психологічні переломи» та назвав їх вузловими точками. Таким чином, дискретний відлік індивідуального часу призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів життя людини проходить нерівномірно, тобто протягом життя чітко виділяються періоди, у середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх можливостей. Такі періоди отримали назву *великого біологічного циклу*. Його тривалість для середньостатистичного суб'єкта становить 7,65 року [10]. Міжіндивідуальний діапазон коливань у відповідності до значень «т-типів» - від 6,5 до 9,5 років. Сьогодні ми з упевненістю говоримо про те, що в масштабі великих біологічних циклів відбувається віковий розвиток психіки, коливання успішності діяльності, загострення хронічних неінфекційних захворювань, а також психосоматичні кризи особистості [10, с.34].

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

Ми звернулись до розгляду цієї проблеми з врахуванням тривалості біологічного циклу життя індивіда [10, с.134-166]. А саме, співвідношення тривалості біологічного циклу життя індивіда та періодичності загострення психосоматичного захворювання.

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

Тому метою дослідження є вивчення індивідуального хронотопу хворих на психосоматичні захворювання в онтогенетичній розгортці.

Загалом, багато дослідників наводить 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 [5, с.123]; J.Birren [14] - у віковій психології; R.Brun - у психології людського віку. Б.Ананьєв вказує, що ці цикли та фази розвитку „є характеристики часові” [1, с.186] і вони не можуть бути незалежними від ходу центральних годин індивіда. Враховуючи безперервність ходу центральних годин, Б.Цуканов [10] 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 [11; 12; 13], 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 [11] та П.Фресс [13]. В дослідженнях Б.Цуканова [12, 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 [10, 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” [10, с.66]. Якщо життя індивіда складається з ряду циклів, що змінюють один одного, то чи не проявиться великий біологічний цикл у періодах загострення, ремісії (затухання) та реконвалесценції (видужання) психосоматичних захворювань? Шляхом тривалих спостережень гетерохронних змін в онтогенезі Б.Ананьєвим встановлено [1, с.76], що процеси соматичного, статевого та нервово-психічного дозрівання протікають прискорено, а процеси зрілості та старіння уповільнюються. Виходячи з величини  $C$  (великого біологічного циклу), Б.Цуканов показав, що період немовляти продовжується  $\frac{1}{4} C$  [10]. 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 [14, с.110].

**Виклад результатів дослідження.** У наших попередніх дослідженнях було доведено, що в межах  $0,8c \leq \tau \leq 1,0c$  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» [2; 7; 8], 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 [10, с.153], великий біологічний цикл індивіда визначається за формулою:

$$C = 8,5\tau \text{ (років),}$$

де  $\tau$  – власна одиниця часу індивіда. Ця одиниця виконує роль „кроку”, яким вимірюється плин часу життя кожного індивіда з моменту народження.

Перевірка припущення проводилась у терапевтичному та поліклінічному відділеннях Первомайської ЦМБЛ. 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 власна одиниця часу знаходилась у діапазонах:  $0,8c \leq \tau \leq 0,82c$  та  $0,95c \leq \tau \leq 1,0c$ , 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 1.

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення  
ішемічної хвороби серця

| Група                 | „ $\tau$ -тип”<br>(в сек.) | C   | Цикли<br>(у роках) |      |      | Статистичний<br>вік<br>хворих | $\sigma$ | t     |
|-----------------------|----------------------------|-----|--------------------|------|------|-------------------------------|----------|-------|
| Чоловіки<br>(180інд.) | $0,8 \leq \tau \leq 0,82$  | 6,9 | 5C                 | 6C   | 7C   | 34,1-41-47,9                  | 1,3      | 0,001 |
|                       |                            |     | 34,5               | 41,4 | 48,3 |                               |          |       |
| Жінки<br>(192інд.)    | $0,8 \leq \tau \leq 0,82$  | 6,9 | 5C                 | 6½C  | 7¾C  | 34-44-54                      | 1,1      |       |
|                       |                            |     | 34,5               | 44,8 | 53,5 |                               |          |       |
| Чоловіки<br>(203інд.) | $0,83 \leq \tau \leq 0,85$ | 7,0 | 7C                 | 7¾C  | 8½C  | 49-54-59                      | 1,6      |       |
|                       |                            |     | 49                 | 54,3 | 59,6 |                               |          |       |
| Жінки<br>(174інд.)    | $0,83 \leq \tau \leq 0,85$ | 7,0 | 7C                 | 8C   | 9¼C  | 49-56-64                      | 1,3      |       |
|                       |                            |     | 49                 | 56   | 64,7 |                               |          |       |
| Чоловіки<br>(154інд.) | $0,95 \leq \tau \leq 1,0$  | 8,2 | 4¾C                | 6C   | 7¼C  | 39-49-59                      | 1,2      |       |
|                       |                            |     | 38,9               | 49,2 | 59,4 |                               |          |       |
| Жінки<br>(337інд.)    | $0,95 \leq \tau \leq 1,0$  | 8,2 | 6C                 | 6½C  | 7C   | 51-55-59                      | 1,1      |       |
|                       |                            |     | 51                 | 55,2 | 59,5 |                               |          |       |

Отримані дані свідчать, що вірогідно відрізняються періоди загострення хвороби у чоловіків та жінок даного « $\tau$  – типу». Так середній вік прояву *ішемічної хвороби серця* (гіпертонічний криз, стенокардія, інфаркт міокарда) у чоловіків, які знаходяться у межах  $0,8c \leq \tau \leq 0,82c$ , дорівнює  $41 \pm 6,9$  року. У чоловіків, які потрапляють у межі  $0,83c \leq \tau \leq 0,85c$ , середній вік дорівнює  $54 \pm 5$  років.

Середній вік початку захворювання у жінок, які знаходяться у межах  $0,8c \leq \tau \leq 0,83c$ , дорівнює  $44 \pm 10$  років. А у жінок, власна одиниця часу яких знаходиться у межах  $0,83c \leq \tau \leq 0,85c$ , дорівнює  $56 \pm 7$  років.

У чоловіків із власною одиницею часу у межах  $0,95c \leq \tau \leq 1,0c$  вік початку захворювань складає  $49 \pm 10$  років, а у жінок цієї групи -  $55 \pm 4$  роки.

Розрахунковий та статистичний вік зведений до таблиці 1. Порівняння розрахункового та статистичного віку показує, що у «середньогрупових хворих» порушення серця 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.

Середній вік прояву *артеріальної есенціальної гіпертензії* у чоловіків, які знаходяться у межах  $0,8с \leq \tau \leq 0,82с$ , дорівнює  $32 \pm 5,2$  року. У чоловіків, які попадають у межі  $0,83с \leq \tau \leq 0,85с$ , середній вік дорівнює  $38 \pm 3,5$  року. Середній вік початку захворювання у жінок, які знаходяться у межах  $0,8с \leq \tau \leq 0,83с$  вірогідно відрізняється від чоловіків та дорівнює  $31 \pm 3,5$  року. А у жінок, власна одиниця часу яких знаходиться у межах  $0,83с \leq \tau \leq 0,85с$ , дорівнює  $50 \pm 14$  років. У чоловіків із власною одиницею часу у межах  $0,95с \leq \tau \leq 1,0с$  вік початку захворювань складає  $49 \pm 2$  роки, а у жінок цієї групи -  $55 \pm 2$  роки.

Розрахунковий та статистичний вік зведений до таблиці 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.

Таблиця 2

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення  
артеріальної есенціальної гіпертензії

| Група                 | „ $\tau$ -тип”<br>(в сек.) | С   | Цикли<br>(у роках) |                 |                 | Статистичний<br>вік<br>хворих | $\sigma$ | t     |
|-----------------------|----------------------------|-----|--------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|----------|-------|
| Чоловіки<br>(124інд.) | $0,8 \leq \tau \leq 0,82$  | 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<br>(176інд.)    | $0,8 \leq \tau \leq 0,82$  | 6,9 | 4С                 | $4\frac{1}{2}С$ | 5С              | 27-31-34                      | 1,2      |       |
|                       |                            |     | 27,6               | 31              | 34,5            |                               |          |       |
| Чоловіки<br>(213інд.) | $0,83 \leq \tau \leq 0,85$ | 7,0 | 5С                 | $5\frac{1}{2}С$ | 6С              | 35-38-42                      | 1,6      |       |
|                       |                            |     | 35                 | 38,5            | 42              |                               |          |       |
| Жінки<br>(194інд.)    | $0,83 \leq \tau \leq 0,85$ | 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<br>(174інд.) | $0,95 \leq \tau \leq 1,0$  | 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<br>(133інд.)    | $0,95 \leq \tau \leq 1,0$  | 8,2 | 6С                 | $6\frac{1}{2}С$ | 7С              | 51-55-59                      | 1,1      |       |
|                       |                            |     | 51                 | 55,2            | 59,5            |                               |          |       |

Середній вік прояву *функціональної аритмії з тахікардіями* у чоловіків, які знаходяться у межах  $0,8с \leq \tau \leq 0,82с$ , дорівнює  $29 \pm 8,6$  року. У чоловіків, які попадають у межі  $0,83с \leq \tau \leq 0,85с$ , середній вік дорівнює  $38 \pm 3,5$  року. Середній



вік початку захворювання у жінок, які знаходяться у межах  $0,8c \leq \tau \leq 0,83c$ , дорівнює  $34 \pm 6,9$  року. А у жінок, власна одиниця часу яких знаходиться у межах  $0,83c \leq \tau \leq 0,85c$ , дорівнює  $40 \pm 5,3$  року.

Середній вік прояву *функціональної аритмії з брадикардіями* у чоловіків та жінок вірогідно відрізняється. Так у чоловіків із власною одиницею часу у межах  $0,95c \leq \tau \leq 1,0c$ , вік початку захворювань складає  $49 \pm 2$  роки, а у жінок цієї групи -  $55 \pm 2$  роки.

Розрахунковий та статистичний вік зведений до таблиці 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 3

Розрахунковий та статистичний вік початку загострення  
функціональної аритмії

| Група                 | „ $\tau$ -тип”<br>(в сек.) | C   | Цикли<br>(у роках) |                 |                 | Статистичний<br>вік<br>хворих | $\sigma$ | t     |
|-----------------------|----------------------------|-----|--------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|----------|-------|
| Чоловіки<br>(103інд.) | $0,8 \leq \tau \leq 0,82$  | 6,9 | 3C                 | $4\frac{1}{4}C$ | $5\frac{1}{2}C$ | 20-29-37                      | 1,4      | 0,001 |
|                       |                            |     | 20,7               | 29,3            | 37,9            |                               |          |       |
| Жінки<br>(154інд.)    | $0,8 \leq \tau \leq 0,82$  | 6,9 | 4C                 | 5C              | 6C              | 27-34-41                      | 1,2      |       |
|                       |                            |     | 27,6               | 34,5            | 41,4            |                               |          |       |
| Чоловіки<br>(267інд.) | $0,83 \leq \tau \leq 0,85$ | 7,0 | 5C                 | $5\frac{1}{2}C$ | 6C              | 35-38-42                      | 1,7      |       |
|                       |                            |     | 35                 | 38,5            | 42              |                               |          |       |
| Жінки<br>(196інд.)    | $0,83 \leq \tau \leq 0,85$ | 7,0 | 5C                 | $5\frac{3}{4}C$ | $6\frac{1}{2}C$ | 35-40-46                      | 1,3      |       |
|                       |                            |     | 35                 | 40,3            | 46,5            |                               |          |       |
| Чоловіки<br>(204інд.) | $0,95 \leq \tau \leq 1,0$  | 8,2 | $5\frac{3}{4}C$    | 6C              | $6\frac{1}{4}C$ | 47-49-51                      | 1,4      |       |
|                       |                            |     | 47,2               | 49,2            | 51,3            |                               |          |       |
| Жінки<br>(126інд.)    | $0,95 \leq \tau \leq 1,0$  | 8,2 | 6C                 | $6\frac{1}{2}C$ | 7C              | 51-55-59                      | 1,2      |       |
|                       |                            |     | 51                 | 55,2            | 59,5            |                               |          |       |

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

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

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

Саме у цих точках спостерігається загострення симптоматики психосоматичних захворювань. А чому саме у цих точках відбувається загострення хвороби? Відповідь на поставлене запитання знаходимо у припущенні Б.Цуканова, що природа темпераменту пов'язана з біоенергетичними процесами в організмі індивіда і будь-який біоенергетичний цикл має розгортку на „стрілі внутрішнього часу” організму, в якому початок та кінець циклу рознесені на тривалість його періоду. За період, який закінчився, в організмі проходить ряд внутрішніх змін, які призводять до зовнішніх змін фізіологічного та психологічного характеру.

Виходячи із циклоїдної моделі „ковзаючих колес” переживання часу, можна дати відповідь на питання про початок домінантних хвороб. Арка циклоїда згідно схеми Б.Цуканова відображає повний оберт „колеса” біологічного циклу. Якщо площі під аркою надати зміст біоенергетичного потенціалу індивіда, як пропонував Ю.Кривоногов у своїх дослідженнях, то початок 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.

### Література

1. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды / Б.Г. Ананьев. – М.: Педагогика, 1980. – Т.1. – 342с.
2. Бахтин М.М. Вопросы литературы и эстетики / М.М.Бахтин. – Л.: Наука, 1975. – 165с.
3. 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.
4. Вітенко І.С. Медична психологія: підручник [для студентів вищих медичних навчальних закладів] / І.С. Вітенко. – К.: Здоров'я, 2007. – 207с.
5. Кон И.С. Открытие «Я» / И.С.Кон. – М.: Наука, 1978. – 211с.
6. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: [Монографія] / О. М. Кокун.- К.: Міленіум, 2004.- 264с.
7. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості / С. Д. Максименко. - К.: ТОВ «КММ», 2006. - 240с.
8. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема психодіагностики кардіологічних розладів / І.І.Савенкова // Психологія і суспільство. - № 2 (36). – 2009. – С.104-109.
9. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу: [Монографія] / Л.Г. Терлецька. – К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2003. – 150с.
10. Цуканов Б.Й. Время в психике человека: [Монография] / Б.Й. Цуканов. – Одесса: Астропринт, 2000. – 198с.
11. Шноль С.Э. Предисловие к русскому изданию // Биологические часы / С.Э. Шноль. – М.: Мир, 1964. – С. 5-10.
12. Элькин Д.Г. Восприятие времени. Дис...докт. психол. наук: 19.00.01 - общая психология, история психологи / Д.Г. Элькин.– Одесса, 1945.- 295с.
13. Фресс П. Приспособление человека к времени: [Монография] / П. Фресс; [пер. с англ. А.Андриенко]. – М.: Прогресс, 1961. – 342с.
14. Birren J.E. The psychology of ageing / J.E. Birren. – New Jersey, 1964. - 113 p.

Савенкова И.И.,  
доцент кафедры практической психологии  
Киевского университета имени Владимира Гринченко

## **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ХРОНОТОП ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ РАЗВЕРТКЕ**

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

Экспериментально доказано, что обострения заболевания совпадают или с концом текущего большого биологического цикла, или с концом его текущей четверти.

Результаты исследования убеждают, что у разных индивидов их «предпочитаемая» болезнь проявляется с определенной «С-периодичностью», когда организм находится в минимуме своих возможностей.

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

## **INDIVIDUAL CHRONOTOPE COURSE OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN DEVELOPMENTAL SWEEP**

The results of the study manifestations of the "C-metric" for example, cardiovascular disorders in different periods of the disease.

Experimentally proved that the acute illness or coincide with the end of the current large biological cycle, or to the end of its current quarter.

Results of the study are convinced that different individuals of their "preferred" the disease manifests itself with a certain "C-frequency" when the body is at a minimum of its features.

Савенкова І.І.,  
доцент кафедри практичної психології  
Київського університету імені Володимира Грінченка

## **ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ХРОНОТОП ПЕРЕБІГУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОНТОГЕНЕТИЧНІЙ РОЗГОРТЦІ**

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

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

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

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

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

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

## **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

Савенкова Ірина Іванівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології Київського університету імені Володимира Грінченка, науковий кореспондент Інституту психології імені Г.С.Костюка.

тел.: 067-744-33-62

e-mail: [savenkova-1966@mail.ru](mailto:savenkova-1966@mail.ru)