

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ В.О. СУХОМЛИНСЬКОГО**

Кафедра психології та соціальних наук

**НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС
НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
ПСИХОЛОГІЯ ЧАСУ**

Для спеціальності: 053 «Психологія»

Автори:

доктор психологічних наук,
професор кафедри психології
Савенкова І.І.

Затверджено на засіданні кафедри психології та соціальних наук
Протокол від «02» вересня 2020 року № 2

Зміст навчально-методичного комплексу

1. Титульна сторінка.
2. Зміст НМК.
3. Витяги з ОКХ, ОПП спеціальності.
4. Навчальна програма дисципліни.
5. Робоча програма навчальної дисципліни.
6. Тести
7. Методичні рекомендації та розробки до практичних занять.
8. Методичні матеріали, що забезпечують самостійну роботу студентів.
9. Конспект лекцій з дисципліни.
10. Інструктивно-методичні матеріали до практичних занять.

Витяг із ОПП

Мета курсу «Психологія часу»: ознайомити студентів із напрямками психологічної реабілітації та особливостями організації психологічної допомоги особам із психічними розладами; методами і прийомами, необхідними для вирішення практичних завдань психологічної реабілітаційної роботи; сприяти розвитку особистісних та професійних якостей майбутніх практичних психологів, їхньої подальшої самоосвіти.

Завдання курсу «Психологія часу»:

- опанувати фундаментальні теоретичні засади реабілітаційної психології та психіатрії;
- сформулювати уявлення про місце реабілітаційної психології та психіатрії в контексті інших психологічних дисциплін, про зв'язок з іншими суміжними дисциплінами;
- ознайомити студентів із основними поняттями та проблемами реабілітаційної психології та психіатрії;
- ознайомити студентів із загальнопсихологічними фундаментальними проблемами, вирішуваними реабілітаційною психологією та психіатрією;
- сформулювати уявлення про класифікацію психічних розладів, критерії психічної норми;
- ознайомити студентів із основними принципами і методами реабілітаційної діяльності психолога в роботі з хворими;
- сформулювати уявлення про методологічні засади та про технологію психологічного супроводу невідкладних психічних станів.

Витяг із ОКХ

У результаті вивчення дисципліни студенти оволодівають такими компетентностями:

Загальнопредметні:

1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.
3. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
4. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
5. Здатність бути критичним і самокритичним.
6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.
7. Здатність генерувати нові ідеї (креативність).
8. Навички міжособистісної взаємодії.
9. Здатність працювати в команді.
10. Здатність реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні.
11. Здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у

розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя.

Фахові:

1. Здатність оперувати категоріально-понятійним апаратом психології.
2. Здатність до ретроспективного аналізу вітчизняного та зарубіжного досвіду розуміння природи виникнення, функціонування та розвитку психічних явищ.
3. Здатність до розуміння природи поведінки, діяльності та вчинків.
4. Здатність самостійно збирати та критично опрацьовувати, аналізувати та узагальнювати психологічну інформацію з різних джерел.
5. Здатність використовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій.
6. Здатність самостійно планувати, організовувати та здійснювати психологічне дослідження.
7. Здатність аналізувати та систематизувати одержані результати, формулювати аргументовані висновки та рекомендації.
8. Здатність організовувати та надавати психологічну допомогу (індивідуальну та групову).
9. Здатність здійснювати просвітницьку та психопрофілактичну роботу відповідно до запиту.
11. Здатність дотримуватися норм професійної етики.
12. Здатність до особистісного та професійного самовдосконалення, навчання та саморозвитку.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ В. О. СУХОМЛИНСЬКОГО
Кафедра психології та соціальних наук**

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор із науково-педагогічної
роботи _____ О.А.

Кузнецова

28 серпня 2020 р.

**ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
ПСИХОЛОГІЯ ЧАСУ**

Ступінь магістра

Спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма Психологія

Програму розроблено та внесено: Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського

РОЗРОБНИК ПРОГРАМИ: Савенкова Ірина Іванівна, завідувач кафедри психології та соціальних наук, доктор психологічних наук.

РЕЦЕНЗЕНТ: завідувач кафедри практичної психології, доктор психологічних наук, професор Лозова Ольга Володимирівна

Програму схвалено на засіданні кафедри психології та соціальних наук
Протокол від «28» серпня 2020 року № 1

Завідувач кафедри психології та соціальних наук _____ (Савенкова І.І.)

Програму погоджено навчально-методичною комісією факультету педагогіки та психології:

Протокол від «28» серпня 2020 року № 1
Голова навчально-методичної комісії факультету _____ (Чугуєва І.Є.)

Програму погоджено навчально-методичною комісією університету

Протокол від «28» серпня 2020 року № 1
Голова навчально-методичної комісії університету _____ (Кузнецова О.А.)

Анотація:

Програма розкриває психологічні механізми власної одиниці часу та тип темпераменту; типологічні групи та «переважаючи» хвороби. Аналізується натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі « τ -типів» та закономірності відтворення « τ -типів»; зв'язок « τ -типів» з періодом серцевої діяльності; відношення « τ -типів» до тривалості дихального циклу.

Ключові слова:

Темперамент, власна одиниця часу, лінійний спектр, « τ -тип», цикл, індивід, обдарованість.

Annotation:

The program reveals the psychological mechanisms of one's own unit of time and type of temperament; typological groups and "predominant" diseases. The natural order of typological groups in the linear spectrum of " τ -types" and regularities of reproduction of " τ -types" are analyzed; connection of " τ -types" with the period of cardiac activity; the ratio of " τ -types" to the duration of the respiratory cycle.

Keywords:

Temperament, own unit of time, linear spectrum, " τ -type", cycle, individual, giftedness.

ВСТУП

Програма вивчення нормативної навчальної дисципліни «Психологія часу» складена відповідно до освітньо-професійної програми підготовки магістрів спеціальності 053 «Психологія» за совітньо-професійною програмою Психологія.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є: психічні прояви різних розладів, зв'язок вищих психічних функцій та поведінки із структурами мозку.

Міждисциплінарні зв'язки: загальна психологія, вікова психологія, експериментальна та диференціальна психологія, психофізіологія, психологія здоров'я, психодіагностика, патопсихологія.

1. Мета та завдання навчальної дисципліни та очікувані результати

1.1. **Мета:** ознайомити студентів із напрямками психологічної реабілітації та особливостями організації психологічної допомоги особам із психічними розладами; методами і прийомами, необхідними для вирішення практичних завдань психологічної реабілітаційної роботи; сприяти розвитку особистісних та професійних якостей майбутніх практичних психологів, їхньої подальшої самоосвіти.

1.2. Основними **завданнями** вивчення дисципліни є:

- опанувати фундаментальні теоретичні засади реабілітаційної психології та психіатрії;

- сформувані уявлення про місце реабілітаційної психології та психіатрії в контексті інших психологічних дисциплін, про зв'язок з іншими суміжними дисциплінами;

- ознайомити студентів із основними поняттями та проблемами реабілітаційної психології та психіатрії;

- ознайомити студентів із загальнопсихологічними фундаментальними проблемами, вирішуваними реабілітаційною психологією та психіатрією;

- сформувані уявлення про класифікацію психічних розладів, критерії психічної норми;

- ознайомити студентів із основними принципами і методами реабілітаційної діяльності психолога в роботі з хворими;

- сформувані уявлення про методологічні засади та про технологію психологічного супроводу невідкладних психічних станів.

Програмні результати навчання:

ПРН 1. Аналізувати та пояснювати психічні явища, ідентифікувати психологічні проблеми та пропонувати шляхи їх розв'язання.

ПРН 2. Розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування психічних явищ в контексті професійних завдань.

ПРН 5. Обирати та застосовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій (тести, опитувальники, проєктивні методики тощо) психологічного дослідження та технології психологічної допомоги.

ПРН 6. Формулювати мету, завдання дослідження, володіти навичками збору первинного матеріалу, дотримуватися процедури дослідження.

ПРН 9. Пропонувати власні способи вирішення психологічних задач і проблем у процесі професійної діяльності, приймати та аргументувати власні рішення щодо їх розв'язання.

ПРН 16. Знати, розуміти та дотримуватися етичних принципів професійної діяльності психолога.

1.3. Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студент оволодіває такими компетентностями:

I. Загальнопредметні:

ЗК 1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 11. Здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя.

II. Фахові:

ФК 1. Здатність оперувати категоріально-понятійним апаратом психології.

ФК 3. Здатність до розуміння природи поведінки, діяльності та вчинків.

ФК 5. Здатність використовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій.

ФК 6. Здатність самостійно планувати, організовувати та здійснювати психологічне дослідження.

ФК 7. Здатність аналізувати та систематизувати одержані результати, формулювати аргументовані висновки та рекомендації.

ФК 8. Здатність організовувати та надавати психологічну допомогу (індивідуальну та групову).

ФК 9. Здатність здійснювати просвітницьку та психопрофілактичну роботу відповідно до запиту.

ФК 11. Здатність дотримуватися норм професійної етики.

2. Інформаційний обсяг навчальної дисципліни.

Тема 1. Власна одиниця часу та тип темпераменту

Тема 2. Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.

Тема 3. Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів».

Тема 4. Закономірності відтворення «т-типів».

Тема 5. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.

Тема 6. Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.

Тема 7. Великий біологічний цикл індивіда.

Тема 8. Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності.

Тема 9. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих суб'єктів.

Тема 10. Якість ходу годинників та музична обдарованість.

3. Рекомендована література. Базова:

1. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування психосоматичного стану осіб із особливими потребами: Монографія / І.І.Савенкова. – К.: КУ ім. Б.Грінченка, 2018. – 360с.

2. Савенкова І.І. Клінічна психологія: навчальний посібник / І.І.Савенкова. – Одеса: Астропринт, 2016. – 280с.

3. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. – СПб: Питер, 2016. – 960 с.

4. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи. – Одеса: «Астропринт», 2015. – 82с.

5. Менделевич В.Д., Менделевич Е.Г. Психиатрия.–Ростов-на-Дону:Феникс,2017.– 416 с.

6. Психіатрія: навч. посібн./ відп. ред. проф. Долуда С. М. – Харків: Оберіг, 2018. – 568 с.

7. Психіатрія і наркологія: підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін.; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. – 2-ге вид., переробл. і допов. – К. : ВСВ "Медицина", 2015. – 512 с.

8. Савенкова І.І. Клінічна психологія. – Одеса: Астропринт, 2013. – 264 с.

9. Тиганов А.С. Психиатрия: научно-практический справочник. – М.: МИА, 2016. – 609 с.

10. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. – Вінниця: Віндрук, 2014. – 100 с.

11. Цуканов Б.Й. Время в психике человека /Б.Й. Цуканов.-Одеса:Астропринт,2015.– 260с.

Допоміжна

1. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполопова Т. Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и соц. работников. — Донецк: Каштан, 2016. — 268 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2017. – 400с.
3. Берецкая Е.А. Социальная реабилитация. – М.: Инфа, 2017. – 320 с.
4. Дерезюк А. В. Стан медико-соціальної допомоги хворим на психічні розлади та обґрунтування можливостей її вдосконалення // Інноваційні діагностичні технології в мед.-соц. експертизі і реабілітації інвалідів:: матеріали конф. – Дніпропетровськ: Пороги, 2015. – С. 16–18.
5. Ентони В. Психіатрична реабілітація; пер. з англ. / В. Ентони, М. Коен, М. Фаркас. – К.: Сфера, 2017. – 298 с.
6. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Наука, 2012. – 315 с.
7. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2015. – 960 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 426 с.
9. Мурза В. П. Психолого-фізична реабілітація: Підручник. – К.: Олан, 2015. – 608 с.
10. Никіфорук Р. І. Медико-соціальної допомога в психіатричній практиці // Психічне здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 59–61.
11. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств; пер. с англ. / под ред. А. Н. Моховикова. – М. : Смысл, 2017. – 127 с.
12. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. НАМН України. – 2015. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
13. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / Под ред. К.Л. Киснера. – М.: Высшая школа, 2015. – 363 с.
14. Психиатрия: Учебник для студ. мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 576 с.
15. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана.– Луцьк: РВВ – Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2016.– 430 с.
16. Табачников С.І., Горбань Є.М., Михайлов Б.В., Влох І.Й., Маркова М.В., Чугунов В.В. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні // Медицинские исследования. — 2016. — Т. 1, вып. 1. — С. 6-8.
17. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу. – К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2015. –150 с.
18. Хаустова О.О. Психосоціальної реабілітація: проблеми і шляхи вирішення // Нейро news. – 2016. – № 2. – С.25-29.

Інформаційні ресурси

1. Пошукова система Національної бібліотеки імені В.І.Вернадського - <http://www.nbuv.gov.ua/>
2. Наукова періодика України - <http://www.nbuv.gov.ua/portal/>

4. Форма підсумкового контролю успішності навчання: залік.

5. Засоби діагностики успішності навчання: опитування, самостійна робота, контрольна робота, індивідуальне науково-дослідне завдання, банк тестових питань для перевірки знань.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ В. О. СУХОМЛИНСЬКОГО
Факультет педагогіки та психології
Кафедра психології та соціальних наук

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор із науково-педагогічної
роботи _____ О.А.

Кузнецова

28 серпня 2020 р.

РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
ПСИХОЛОГІЯ ЧАСУ

Ступінь магістра

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма Психологія

2020-2021 навчальний рік

Розробник: Савенкова І.І., завідувач кафедри психології та соціальних наук, доктор психологічних наук _____ (Савенкова І.І.)

Робоча програма затверджена на засіданні кафедри психології та соціальних наук

Протокол № 1 від «28» серпня 2020 р.

Завідувач кафедри _____ (Савенкова І.І.)

«28» серпня 2020 р.

Анотація:

Програма розкриває психологічні механізми власної одиниці часу та тип темпераменту; типологічні групи та «переважаючи» хвороби. Аналізується натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі « τ -типів» та закономірності відтворення « τ -типів»; зв'язок « τ -типів» з періодом серцевої діяльності; відношення « τ -типів» до тривалості дихального циклу.

Ключові слова:

Темперамент, власна одиниця часу, лінійний спектр, « τ -тип», цикл, індивід, обдарованість.

Annotation:

The program reveals the psychological mechanisms of one's own unit of time and type of temperament; typological groups and "predominant" diseases. The natural order of typological groups in the linear spectrum of " τ -types" and regularities of reproduction of " τ -types" are analyzed; connection of " τ -types" with the period of cardiac activity; the ratio of " τ -types" to the duration of the respiratory cycle.

Keywords:

Temperament, own unit of time, linear spectrum, " τ -type", cycle, individual, giftedness.

1. Опис навчальної дисципліни

Денна форма навчання

Найменування показників	Галузь знань, освітній ступінь	Характеристика навчальної дисципліни	
	Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки		
Кількість кредитів – 3		денна форма навчання	
		Нормативна	
Індивідуальне науково-дослідне завдання – розробка проекту «Хронопсихологічне прогнозування розвитку особистості»	Спеціальність Психологія	Рік підготовки:	
		5-й	
		Семестр	
Загальна кількість годин – 90		2-й	
		Лекції	
Тижневих годин для денної форми навчання: аудиторних – 2 самостійної роботи студента – 4	Ступінь магістра	8 год.	
		Практичні	
		22 год.	
		Лабораторні	
		-	-
		Самостійна робота	
		60 год.	
http://moodle.mdu.edu.ua/my/		Вид контролю: залік	

Мова навчання – українська.

Примітка.

Співвідношення кількості годин аудиторних занять до самостійної та індивідуальної роботи становить: для денної форми навчання – 30 год. – аудиторні заняття, 60 год. – самостійна робота (30% / 70%).

Заочна форма навчання

Найменування показників	Галузь знань, освітній ступінь	Характеристика навчальної дисципліни	
		<i>заочна форма навчання</i>	
Кількість кредитів – 3	Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки	Нормативна	
Індивідуальне науково-дослідне завдання – розробка проекту «Хронопсихологічне прогнозування розвитку особистості»	Спеціальність 053 Психологія	<i>Рік підготовки:</i>	
		5-й	
<i>Семестр</i>			
Загальна кількість годин – 90		2-й	
		<i>Лекції</i>	
http://moodle.mdu.edu.ua/my/		2 год.	
		<i>Практичні</i>	
		4 год.	
	<i>Лабораторні</i>		
	-	-	
	<i>Самостійна робота</i>		
	84 год.		
Вид контролю: залік			

Мова навчання – українська.

Примітка.

Співвідношення кількості годин аудиторних занять до самостійної та індивідуальної роботи становить: для заочної форми навчання – 6 год. – аудиторні заняття, 84 год. – самостійна робота (11% / 89%).

2. Мета, завдання навчальної дисципліни та очікувані результати

Мета курсу: ознайомити студентів із напрямками психологічної реабілітації та особливостями організації психологічної допомоги особам із психічними розладами; методами і прийомами, необхідними для вирішення практичних завдань психологічної реабілітаційної роботи; сприяти розвитку особистісних та професійних якостей майбутніх практичних психологів, їхньої подальшої самоосвіти.

Завдання курсу:

- опанувати фундаментальні теоретичні засади реабілітаційної психології та психіатрії;
- сформувати уявлення про місце реабілітаційної психології та психіатрії в контексті інших психологічних дисциплін, про зв'язок з іншими суміжними дисциплінами;
- ознайомити студентів із основними поняттями та проблемами реабілітаційної психології та психіатрії;
- ознайомити студентів із загальнопсихологічними фундаментальними проблемами, вирішуваними реабілітаційною психологією та психіатрією;
- сформувати уявлення про класифікацію психічних розладів, критерії психічної норми;
- ознайомити студентів із основними принципами і методами реабілітаційної діяльності психолога в роботі з хворими;
- сформувати уявлення про методологічні засади та про технологію психологічного супроводу невідкладних психічних станів.

Передумови для вивчення дисципліни: загальна психологія, вікова психологія, експериментальна та диференціальна психологія, психофізіологія, психологія здоров'я, психодіагностика, патопсихологія.

Програмні результати навчання:

- ПРН 1. Аналізувати та пояснювати психічні явища, ідентифікувати психологічні проблеми та пропонувати шляхи їх розв'язання.
- ПРН 2. Розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування психічних явищ в контексті професійних завдань.
- ПРН 5. Обирати та застосовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій (тести, опитувальники, проєктивні методики тощо) психологічного дослідження та технології психологічної допомоги.
- ПРН 6. Формулювати мету, завдання дослідження, володіти навичками збору первинного матеріалу, дотримуватися процедури дослідження.
- ПРН 9. Пропонувати власні способи вирішення психологічних задач і проблем у процесі професійної діяльності, приймати та аргументувати власні рішення щодо їх розв'язання.
- ПРН 16. Знати, розуміти та дотримуватися етичних принципів професійної діяльності психолога.

1.3. Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студент оволодіває такими компетентностями:

I. Загальнопредметні:

- ЗК 1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- ЗК 2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.
- ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- ЗК 11. Здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя.

II. Фахові:

- ФК 1. Здатність оперувати категоріально-понятійним апаратом психології.
- ФК 3. Здатність до розуміння природи поведінки, діяльності та вчинків.
- ФК 5. Здатність використовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій.
- ФК 6. Здатність самостійно планувати, організовувати та здійснювати психологічне дослідження.
- ФК 7. Здатність аналізувати та систематизувати одержані результати, формулювати аргументовані висновки та рекомендації.
- ФК 8. Здатність організовувати та надавати психологічну допомогу (індивідуальну та групову).
- ФК 9. Здатність здійснювати просвітницьку та психопрофілактичну роботу відповідно до запиту.
- ФК 11. Здатність дотримуватися норм професійної етики.

2. Інформаційний обсяг навчальної дисципліни.

- Тема 1.** Власна одиниця часу та тип темпераменту
- Тема 2.** Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.
- Тема 3.** Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів».
- Тема 4.** Закономірності відтворення «т-типів».
- Тема 5.** Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.
- Тема 6.** Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.
- Тема 7.** Великий біологічний цикл індивіда.
- Тема 8.** Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності.
- Тема 9.** Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих суб'єктів.
- Тема 10.** Якість ходу годинників та музична обдарованість.

Програма навчальної дисципліни

Кредит 1. Власна одиниця часу індивіда в тривалості, що переживається

- Тема 1.** Власна одиниця часу та тип темпераменту
- Тема 2.** Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.
- Тема 3.** Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів».
- Тема 4.** Закономірності відтворення «т-типів».

Кредит 2. Власна одиниця часу у біологічних часах індивіда

- Тема 5.** Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.
- Тема 6.** Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.
- Тема 7.** Великий біологічний цикл індивіда.

Кредит 3. Якість ходу власних годин індивіда

- Тема 8.** Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності.
- Тема 9.** Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих суб'єктів.
- Тема 10.** Якість ходу годинників та музична обдарованість.

3. Структура навчальної дисципліни Денна форма навчання

Назви кредитів і тем	Кількість годин					
	усь ого	у тому числі				
		Л	П	лаб	інд	ср
1	2	3	4	5	6	7
<i>Кредит 1. Власна одиниця часу індивіда в тривалості, що переживається</i>						
Тема 1. Власна одиниця часу та тип темпераменту	8	2	2			4
Тема 2. Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.	8		2			6
Тема 3. Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів».	6		4			2
Тема 4. Закономірності відтворення «т-типів».	8		2			6
Усього:	30	2	10			18
<i>Кредит 2. Власна одиниця часу у біологічних часах індивіда</i>						
Тема 5. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.	10	2	2			6
Тема 6. Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.	8		2			6
Тема 7. Великий біологічний цикл індивіда.	12	2	2			8
Усього:	30	4	6			24
<i>Кредит 3. Якість ходу власних годин індивіда</i>						
Тема 8. Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності.	14	2	2			10
Тема 9. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих	16		4			12
Усього:	30	2	6			26
Усього годин:	90	8	22			60

Заочна форма навчання

Назви кредитів і тем	Кількість годин					
	усь ого	у тому числі				
		Л	П	лаб	інд	ср
1	2	3	4	5	6	7
<i>Кредит 1. Власна одиниця часу індивіда в тривалості, що переживається</i>						
Тема 1. Власна одиниця часу та тип темпераменту	8	2				6
Тема 2. Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.	8					8
Тема 3. Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів».	8					8
Тема 4. Закономірності відтворення «т-типів».	6					6
Усього:	30	2				28
<i>Кредит 2. Власна одиниця часу у біологічних часах індивіда</i>						
Тема 5. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.	10		2			8
Тема 6. Відношення «т-типів» до тривалості	10					10

дихального циклу.					
Тема 7. Великий біологічний цикл індивіда.	10				10
Усього:	30		2		28
<i>Кредит 3. Якість ходу власних годин індивіда</i>					
Тема 8. Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності.	16		2		14
Тема 9. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих	14				14
Усього:	30		2		28
Усього годин:	120	2	4		84

4. Теми лекційних занять
Денна форма навчання

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
<i>Кредит 1. Власна одиниця часу індивіда в тривалості, що переживається</i>		
1	Тема 1. Власна одиниця часу та тип темпераменту	2
2	Тема 2. Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.	
3	Тема 3. Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів»	
4	Тема 4. Закономірності відтворення «т-типів».	
<i>Кредит 2. Власна одиниця часу у біологічних часах індивіда</i>		
5	Тема 5. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.	2
6	Тема 6. Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.	
7	Тема 7. Великий біологічний цикл індивіда.	
<i>Кредит 3. Якість ходу власних годин індивіда</i>		
8	Тема 8. Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності	2
9	Тема 9. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих	
Разом:		6

Заочна форма навчання

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
<i>Кредит 1. Власна одиниця часу індивіда в тривалості, що переживається</i>		
1	Тема 1. Власна одиниця часу та тип темпераменту	2
2	Тема 2. Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.	
3	Тема 3. Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів»	
4	Тема 4. Закономірності відтворення «т-типів».	
<i>Кредит 2. Власна одиниця часу у біологічних часах індивіда</i>		
5	Тема 5. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.	
6	Тема 6. Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.	
7	Тема 7. Великий біологічний цикл індивіда.	
<i>Кредит 3. Якість ходу власних годин індивіда</i>		
8	Тема 8. Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності	
9	Тема 9. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих	
Разом:		2

5. Теми практичних занять
Денна форма навчання

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
-------	------------	-----------------

<i>Кредит 1. Власна одиниця часу індивіда в тривалості, що переживається</i>		
1	Тема 1.Власна одиниця часу та тип темпераменту	2
2	Тема 2.Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.	2
3	Тема 3.Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів»	4
4	Тема 4. Закономірності відтворення «т-типів».	2
<i>Кредит 2. Власна одиниця часу у біологічних часах індивіда</i>		
5	Тема 5. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.	2
6	Тема 6. Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.	2
7	Тема 7.Великий біологічний цикл індивіда.	2
<i>Кредит 3. Якість ходу власних годин індивіда</i>		
8	Тема 8.Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності	2
9	Тема 9. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих	4
Разом:		22

Заочна форма навчання

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
<i>Кредит 1. Власна одиниця часу індивіда в тривалості, що переживається</i>		
1	Тема 1.Власна одиниця часу та тип темпераменту	
2	Тема 2.Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.	
3	Тема 3.Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів»	
4	Тема 4. Закономірності відтворення «т-типів».	
<i>Кредит 2. Власна одиниця часу у біологічних часах індивіда</i>		
5	Тема 5. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.	2
6	Тема 6. Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.	
7	Тема 7.Великий біологічний цикл індивіда.	
<i>Кредит 3. Якість ходу власних годин індивіда</i>		
8	Тема 8.Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності	2
9	Тема 9. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих	
Разом:		4

6. Самостійна робота

Денна форма навчання

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
<i>Кредит 1. Власна одиниця часу індивіда в тривалості, що переживається</i>		
1	Тема 1.Власна одиниця часу та тип темпераменту	4
2	Тема 2.Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.	6
3	Тема 3.Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів»	2
4	Тема 4. Закономірності відтворення «т-типів».	6
<i>Кредит 2. Власна одиниця часу у біологічних часах індивіда</i>		
5	Тема 5. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.	6
6	Тема 6. Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.	6
7	Тема 7.Великий біологічний цикл індивіда.	8
<i>Кредит 3. Якість ходу власних годин індивіда</i>		
8	Тема 8.Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності	10
9	Тема 9. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих	12

		Разом:	60
Заочна форма навчання			
№ з/п	Назва теми	Кількість годин	
<i>Кредит 1. Власна одиниця часу індивіда в тривалості, що переживається</i>			
1	Тема 1. Власна одиниця часу та тип темпераменту	6	
2	Тема 2. Типологічні групи та «переважаючи» хвороби.	8	
3	Тема 3. Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т-типів»	8	
4	Тема 4. Закономірності відтворення «т-типів».	6	
<i>Кредит 2. Власна одиниця часу у біологічних часах індивіда</i>			
5	Тема 5. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.	8	
6	Тема 6. Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.	10	
7	Тема 7. Великий біологічний цикл індивіда.	10	
<i>Кредит 3. Якість ходу власних годин індивіда</i>			
8	Тема 8. Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності	14	
9	Тема 9. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих	14	
		Разом:	84

7. Індивідуальне науково - дослідне завдання

Індивідуальне науково-дослідне завдання складається з двох напрямів:

I – підготовка та захист контрольної роботи (для студентів ЗФН);

II – розробка проекту «Хронопсихологічне прогнозування розвитку особистості» (для студентів ДФН).

8. Форми роботи та критерії оцінювання

Рейтинговий контроль знань студентів здійснюється за 100-бальною шкалою:

Шкала оцінювання: національна та ECTS

ОЦІНКА ЄКТС	СУМА БАЛІВ	ОЦІНКА ЗА НАЦІОНАЛЬНОЮ ШКАЛОЮ	
		екзамен	залік
A	90-100	5 (відмінно)	5/відм./зараховано
B	80-89	4 (добре)	4/добре/ зараховано
C	65-79		
D	55-64	3 (задовільно)	3/задов./ зараховано
E	50-54		
FX	35-49	2 (незадовільно)	Не зараховано

Форми поточного та підсумкового контролю. Комплексна діагностика знань, умінь і навичок студентів із дисципліни здійснюється на основі результатів проведення поточного й підсумкового контролю знань (КР). Поточне оцінювання (індивідуальне, групове і фронтальне опитування, самостійна робота, самоконтроль). Завданням поточного контролю є систематична перевірка розуміння й засвоєння програмового матеріалу, виконання практичних, лабораторних робіт, умінь самостійно опрацьовувати тексти, складання конспекту рекомендованої літератури, написання і захист реферату, здатності публічно чи письмово представляти певний матеріал. Завданням підсумкового контролю (КР, іспит) є перевірка глибини засвоєння студентом програмового матеріалу модуля.

Критерії оцінювання відповідей на практичних заняттях:

Студенту виставляється відмінно – студент демонструє повні і глибокі знання навчального матеріалу, достовірний рівень розвитку умінь та навичок, правильне й обґрунтоване формулювання практичних висновків, умінь приймати необхідні

рішення в нестандартних ситуаціях, вільне володіння науковими термінами, аналізує причинно-наслідкові зв'язки;

Студенту виставляється дуже добре - студент демонструє повні знання навчального матеріалу, допускає незначні пропуски матеріалу, вміє застосувати його щодо конкретно поставлених завдань, у деяких випадках нечітко формулює правильні відповіді;

Студенту виставляється добре – студент демонструє повні знання навчального матеріалу, але допускає незначні пропуски фактичного матеріалу, вміє застосувати його щодо конкретно поставлених завдань, у деяких випадках нечітко формулює загалом правильні відповіді, допускає окремі несуттєві помилки та неточності;

Студенту виставляється достатньо – студент володіє більшою частиною фактичного матеріалу, але викладає його не досить послідовно і логічно, допускає істотні пропуски у відповіді, не завжди вміє інтегровано застосувати набуті знання для аналізу конкретних ситуацій, нечітко, а інколи й невірно формулює основні теоретичні положення та причинно-наслідкові зв'язки;

Студенту виставляється задовільно – студент не володіє достатнім рівнем необхідних знань, умінь, навичок, науковими термінами.

Кількість балів у кінці семестру повинна складати від 150 до 300 балів (за 3 кредити), тобто сума балів за виконання усіх завдань.

Відповідний розподіл балів, які отримують студенти за 3 крд.

Поточне тестування та самостійна робота									КР	Накопичувальні бали/Сума
T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	30	300/100*
30	30	30	30	30	30	30	30	30		

9. Засоби дігностики

Засобами діагностики та методами демонстрування результатів навчання є: завдання до практичних занять, завдання для самостійної та індивідуальної роботи (зокрема есе, реферати), презентації результатів досліджень, тестові завдання, контрольні роботи.

10. Методи навчання

Усний виклад матеріалу: наукова розповідь, спрямована на аналіз фактичного матеріалу; пояснення – вербальний метод навчання, за допомогою якого розкривається сутність певного явища, закону, процесу; семінари-дискусії, інтерактивні заняття з використанням інтернет-технологій, розв'язування задач на основі психотерапевтичних випадків, презентації, герменевтичний аналіз, ділові ігри, психотерапевтичні вправи й техніки, ілюстрація – метод навчання, який передбачає показ процесів у їх символічному зображенні (малюнки, схеми, графіки та ін.).

11. Рекомендована література

Базова

12. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування психосоматичного стану осіб із особливими потребами: Монографія / І.І.Савенкова. – К.: КУ ім. Б.Грінченка, 2018. – 360с.
13. Савенкова І.І. Клінічна психологія: навчальний посібник / І.І.Савенкова. – Одеса: Астропринт, 2016. – 280с.
14. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. – СПб: Питер, 2016. – 960 с.
15. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи. – Одеса: «Астропринт», 2015. – 82с.
16. Менделевич В.Д., Менделевич Е.Г. Психиатрия. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. – 416 с.

17. Психіатрія: навч. посібн. / відп. ред. проф. Долуда С. М. – Харків : Оберіг, 2015. – 568 с.
18. Психіатрія і наркологія: підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. – 2-ге вид., переробл. і допов. – К. : ВСВ "Медицина", 2015. – 512 с.
19. Савенкова І.І. Клінічна психологія. – Одеса: Астропринт, 2013. – 264 с.
20. Тиганов А.С. Психиатрия: научно-практический справочник. – М.: МИА, 2016. – 609 с.
21. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. – Вінниця: Віндрук, 2014. – 100 с.
22. Цуканов Б.Й. Время в психике человека /Б.Й.Цуканов. - Одеса: Астропринт, 2015. – 260с.

Допоміжна

1. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполопова Т. Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и соц. работников. — Донецк: Каштан, 2016. — 268 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2015. – 400с.
3. Березкая Е.А. Социальная реабилитация. – М.: Инфа, 2017. – 320 с.
4. Дерезюк А. В. Стан медико-соціальної допомоги хворим на психічні розлади та обґрунтування можливостей її вдосконалення // Інноваційні діагностичні технології в мед.-соц. експертизі і реабілітації інвалідів:: матеріали конф. – Дніпропетровськ: Пороги, 2015. – С. 16–18.
5. Ентоні В. Психіатрична реабілітація; пер. з англ. / В. Ентоні, М. Коен, М. Фар-кас. – К.: Сфера, 2016. – 298 с.
6. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Наука, 2016. – 315 с.
7. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2015. – 960 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 426 с.
9. Мурза В. П. Психолого-фізична реабілітація: Підручник. – К.: Олан, 2015. – 608 с.
10. Нікіфорок Р. І. Медико-соціальної допомога в психіатричній практиці // Психічне здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 59–61.
11. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств; пер. с англ. / под ред. А. Н. Моховикова. – М. : Смысл, 2016. – 127 с.
12. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине / // Журн. НАМН України. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
13. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / Под ред. К.Л.Киснера. – М.: Высшая школа, 1999. – 363 с.
14. Психиатрия: Учебник для студ. мед. вузов / М.В.Коркина, Н.Д.Лакошина, А.Е.Личко, И.И.Сергеев. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 576 с.
15. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана.– Луцьк: РВВ – ВежаВолин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011.– 430 с.
16. Табачников С.І., Горбань Є.М., Михайлов Б.В., Влох І.Й., Маркова М.В., Чугунов В.В. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні // Медицинские исследования. — 2011. — Т. 1, вып. 1. — С. 6-8.

17. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу. – К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2016.–150 с.
18. Хаустова О.О. Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення // Нейро news. – 2016. –№ 2. – С.25-29.

13.Інформаційні ресурси

3. Пошукова система Національної бібліотеки імені В.І.Вернадського - <http://www.nbuv.gov.ua/>
4. Наукова періодика України - <http://www.nbuv.gov.ua/portal/>

Контрольні завдання

Варіант 1

1. Власна одиниця часу та тип темпераменту: поняття власна одиниця часу. Особливості типів темпераменту. Зв'язок типу темпераменту та власної одиниці часу.
2. Типологічні групи та «переважаючі» хвороби: різновиди типологічних груп. Особливості протікання «переважаючих» хвороб.
3. Натуральний порядок типологічних груп у лінійному спектрі «т- типів».
4. Характеристика роботи центральної роботи нервової системи як основа типологічних груп.

Варіант 2

1. Закономірності відтворення «т-типів».
2. Зв'язок «т-типів» з періодом серцевої діяльності.
3. Три групи індивідів в залежності від частоти пульсу.
4. Особливості тривалості «дійсного справжнього».

Варіант 3

1. Відношення «т-типів» до тривалості дихального циклу.
2. Індивідуальні періоди бадьорості та сну.
3. Великий біологічний цикл індивіда.
4. Аналог «хороших» годинників та продуктивність пізнавальної діяльності.

Варіант 4

1. Відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих суб'єктів: різновиди відхилення від аналогу «хороших» годинників у розумово відсталих суб'єктів.
2. Якість ходу годинників та музична обдарованість: Ритмічне почуття як один із показників обдарованості.

3. Середні індивідуальні значення «дійсного справжнього».
4. Хронопсихологічне прогнозування особливостей розвитку осіб з особливими потребами та їх психосоматичний стан.

Методичні рекомендації та розробки до практичних занять

Практичне заняття є формою навчального заняття, на якому формуються вміння і навички практичного застосування окремих теоретичних положень навчальної дисципліни шляхом виконання спеціально підібраних завдань.

Основними цілями практичних занять з «Психологія часу» є:

- сформувати уявлення про місце нейропсихології та клінічної психології в контексті інших психологічних дисциплін, сприяти засвоєнню її основних теоретичних засад; ознайомити із загальними категоріями, поняттями, термінами дисципліни, збагатити понятійно-категоріальний апарат студентів;
- ознайомити студентів із основними поняттями та проблемами нейропсихології та клінічної психології;
- ознайомити студентів із загальнопсихологічними фундаментальними проблемами, вирішуваними нейропсихологією та клінічною психологією;
- сформувати уявлення про різновиди нейропсихологічних порушень / класифікацію психічних розладів, критерії психічної норми;
- ознайомити студентів із основними принципами і методами діагностичних досліджень у клініці, психокорекційної діяльності;
- сформувати уявлення про методологічні засади терапевтичного процесу, про технологію психологічного супроводу невідкладних психічних станів.

Головна мета набуття практичних умінь і навичок: підготовка до самостійного виконання практичних завдань; набуття умінь застосування теоретичних знань на практиці; підготовка студентів-психологів до майбутньої професійної діяльності.

На цих заняттях викладач організовує розгляд студентами окремих теоретичних положень навчальної дисципліни, а головне – формує вміння і навички їх практичного застосування шляхом виконання спеціально підібраних завдань.

Орієнтовна структура практичного заняття з дисципліни «Психологія часу»

1. Організаційна частина: повідомлення теми, мети заняття.
2. Мотивація навчальної діяльності. Актуалізація опорних знань.
3. Формування вмінь і навичок студентів (закріплення вмінь і навичок або перевірка вмінь і навичок шляхом виконання практичних завдань).
4. Поточний контроль виконання роботи. Підведення підсумків заняття.

Для успішної підготовки до практичних занять студентам необхідно:

- вивчити теоретичний матеріал з теми, користуючись літературними джерелами до курсу (основною і додатковою літературою);
- якісно виконати завдання практичного характеру;
- при необхідності отримати додаткову методичну консультацію від викладача.

Методичні матеріали, що забезпечують самостійну роботу студентів.

Самостійна робота студентів із дисципліни «Психологія часу» займає важливе місце у навчальному процесі при підготовці майбутніх фахівців-психологів. Вона сприяє систематизації та закріпленню теоретичних знань, розвитку пізнавальних здібностей та творчої ініціативи, самостійності, відповідальності та організованості, формуванню самостійності мислення, розвитку дослідницьких умінь.

Самостійна робота включає в себе як репродуктивні, так і творчі аспекти діяльності студентів.

Репродуктивний (тренувальний) рівень – спрямований на закріплення знань, формування навичок та умінь (включає складання таблиць та схем тощо); пізнавальна діяльність полягає в осмисленні та запам'ятанні інформації.

Творчий, пошуковий рівень – передбачає аналіз проблемних ситуацій (студент повинен самостійно здійснювати вибір методів та засобів вирішення завдань), виконання учбово-дослідницьких завдань.

Кожний вид самостійної роботи з дисципліни орієнтований на розвиток професійно важливих навичок та умінь.

Основними формами самостійної роботи з дисципліни є:

- виконання тестових завдань;
- перегляд фільму, підготовка до дискусії;
- підготовка мультимедійної презентації;
- укладання термінологічного словника;
- підготовка тематичної доповіді.

Процес організації самостійної роботи студентів включає в себе наступні етапи:

- підготовчий (самоорганізація процесу роботи, вивчення рекомендованої літератури з теми);
- основний (використання прийомів засвоєння, переробки, передачі знань, фіксування результатів);
- заключний (оформлення результатів діяльності, звітування про виконання завдання).

Виконуючи завдання самостійно студенту необхідно:

- засвоїти зміст теми, що винесена на самостійну роботу студентів;
- раціонально спланувати самостійну роботу у відповідності з графіком самостійної роботи, запропонованим викладачем;
- самостійну роботу студент повинен виконувати в організаційних формах, які передбачені робочою програмою;
- виконувати самостійну роботу і звітувати про її результати у відповідності зі строками звітності.

Для успішного виконання завдань, передбачених для самостійного опрацювання, необхідно враховувати наступні суб'єктивні фактори:

1. Вивчення програмного матеріалу із заповненням «прогалін» в знаннях, що затрудняють успішне його засвоєння.
2. Удосконалення умінь працювати з науковими джерелами.
3. Оволодіння логічними операціями (порівнянням, аналізом, синтезом, узагальненням, визначенням понять, правилами систематизації і класифікації).
4. Розвиток пізнавальних психічних процесів: уваги, пам'яті, мовлення, спостережливості, інтелекту, мислення (слабкий розвиток яких може стати серйозною перешкодою у навчанні).
5. Покращення працездатності, що забезпечується нормальним фізичним станом (чергування праці та пауз в роботі, періоди відпочинку, індивідуально обґрунтована норма сну, стресостійкість тощо).
6. Посилення навичок саморегуляції власної поведінки і діяльності, оволодіння оптимальним стилем діяльності, що забезпечить якісне виконання завдань, передбачених програмою.

Студенту дозволяється:

- самостійно визначати рівень опрацювання змісту матеріалу;
- пропонувати додаткові теми і питання для самостійного опрацювання;
- в рамках загального графіку виконання самостійної роботи пропонувати обґрунтований індивідуальний графік виконання і звітування;
- пропонувати свої варіанти організаційних форм самостійної роботи;
- використовувати для самостійної роботи методичні посібники, монографії поза запропонованим переліком літературних джерел;
- використовувати не лише контроль, а і самоконтроль результатів самостійної роботи.

Адекватна оцінка знань, досягнень і недоліків – важлива складова самоорганізації самостійної роботи студента, без неї неможлива успішна робота по управлінню своєю поведінкою і діяльністю.

**Завдання для самостійної роботи студента з дисципліни
«Психодіагностика психічних розладів та їх реабілітація»**

№ теми	Зміст завдання	Форма контролю
1	Виконання тестових завдань до теми: «Основні клінічні прояви органічних психічних розладів»	Тестові завдання
2	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Деменція при хворобі Альцгеймера. Судинна деменція»	Підготовка до дискусії
3	Підготовка мультимедійної презентації до теми: «Деменція при хворобах, кваліфікованих у інших розділах. Делірій»	Мультимедійна презентація
4	Укладання термінологічного словника до теми: «Психічні розлади внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку»	Термінологічний словник
5	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Неуточнені органічні або симптоматичні психічні розлади»	Тематична доповідь
6	Виконання тестових завдань з теми: «Шизофренія: основні психологічні діагностичні критерії»	Тестові завдання
7	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Форми шизофренії, їх клінічні прояви»	Мультимедійна презентація
8	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему «Шизотипові розлади та їх особливості»	Підготовка до дискусії
9	Укладання термінологічного словника до теми: «Психологічні прояви маячних розладів»	Термінологічний словник
10	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Соціально-трудова реабілітація та психотерапія хворих на шизофренію»	Тематична доповідь
11	Виконання тестових завдань з теми: «Клінічні прояви афективних розладів настрою, основні реабілітаційні	Тестові завдання

	заходи»	
12	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Маніакальний епізод»	Підготовка до дискусії
13	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Біполярний афективний розлад»	Тематична доповідь
14	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Депресивний епізод. Рекурентний депресивний розлад»	Мультимедійна презентація
15	Укладання термінологічного словника з теми: «Хронічні (афективні) розлади настрою»	Термінологічний словник
16	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Різновиди невротичних та соматоформних розладів, їх психологічні діагностичні критерії»	Мультимедійна презентація
17	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Тривожно-фобічні розлади. Обсесивно-компульсивний розлад»	Тематична доповідь
18	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації»	Підготовка до дискусії
19	Укладання термінологічного словника з теми: «Дисоціативні розлади»	Термінологічний словник
20	Виконання тестових завдань з теми: «Соматоформні розлади. Невротичні розлади»	Тестові завдання
21	Виконання тестових завдань з теми: «Різновиди та основні клінічні прояви поведінкових синдромів, які пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами»	Тестові завдання
22	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Розлади прийому їжі. Розлад сну неорганічної природи»	Мультимедійна презентація
23	Укладання термінологічного словника з теми: «Відсутність або втрата статевого потягу»	Термінологічний словник
24	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Психічні і поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом»	Підготовка до дискусії
25	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Зловживання речовинами, що не спричиняють залежності»	Тематична доповідь
26	Підготовка мультимедійної презентації на тему: «Специфічні розлади особистості»	Мультимедійна презентація
27	Перегляд фільму, підготовка до дискусії на тему: «Розлади статевої ідентифікації»	Підготовка до дискусії
28	Підготовка тематичної доповіді на тему: «Розлади сексуальної переваги»	Тематична доповідь
29	Укладання термінологічного словника з теми: «Психологічні і поведінкові розлади, пов'язані з сексуальним розвитком і орієнтацією»	Термінологічний словник
30	Виконання тестових завдань з теми: «Інші розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих»	Тестові завдання

Лекція 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 неврозами 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 (aetiological 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.

Лекція 2

Класифікації психосоматичних розладів та психологічний портрет особистості із особливими потребами

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 («holly 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*.

Лекція 3

Аналіз теорій та моделей виникнення психосоматичних порушень

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. Александера 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. Александер 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 «Генеza 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 (pykno – 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 досягне і конкретне. Наприклад, характер і психоз мають між собою щось по суті спільне, відмінне полягає лише в ступені прояв (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 соматки, 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 сприйнятливості 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 (мультикаузальності) 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 багатфакторний 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 синдроми 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 визначитися з критеріями типології домінантних психосоматичних хвороб. У зв'язку з

цим, необхідним стає виокремлення психолого-часових передумов прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

Лекція 4

Психолого-часові передумови прогнозування перебігу психосоматичних порушень

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 у край 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, сьогодення і майбутнє є частинами психологічного поля в сьогоденні, 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, сьогодення 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.Яковлева [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, сьогоднішнє 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]. Приймаючи 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, сьогоднішнім 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.Сеченов [329], П.Фресс [394], Д.Елькін [435]). У свідомості індивіда час розпадається на минуле, сьогоднішнє і майбутнє (Аристотель [28], Г.Вудроу [97]). Суб'єктивно час, що переживається, плине (У.Джемс [126], П.Фресс [394]) в напрямку з майбутнього через сьогоднішнє 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.Ярошук [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.Беявський [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 сьогодні" – 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 сьогоднішня, 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 сьогоднішня було істотним недоліком у психології часу. Питання про розміри "кванта справжнього" (Є.Головаха, А.Кронік) [111] або про тривалість "дійсного сьогоднішня" (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 вагомні 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.

Лекція 5

Концепція хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних порушень осіб із особливими потребами

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 ~ 17%, за даними Т.Кольмана [499] - 15%, за даними П.Фресса [394] - 14 ~ 16%, за даними Б.Цуканова - 15 ~ 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 приходять 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* (X_p), 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 приходять 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 статевої 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 приходить 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 у край 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 неvigідному 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.Олзоєвою [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 наведеній 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 акцентуйованості, 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.

Лекція 6

Загальний зміст хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних порушень

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 погодитися з думкою С.Максименка [216, с. 15], що «...наукові дослідження - повинні давати цілісні, а не розрізнені-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-впроваджувальному 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 нераціональне. 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 соматофортні 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 порушень осіб із особливими потребами

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.Піттендрей [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, коливання 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.

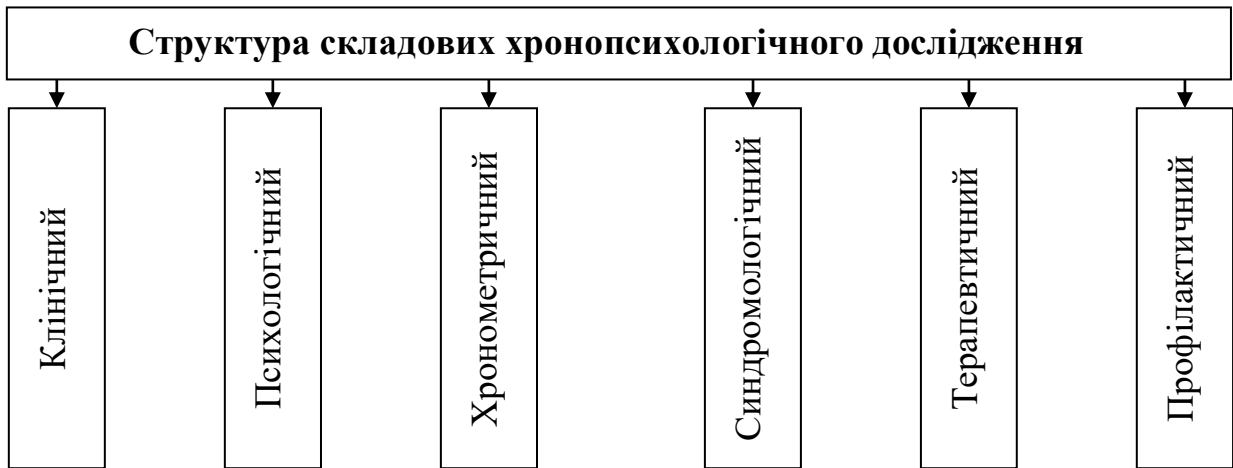


Рис. 2.1. Структура хронометричного дослідження

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;

6) **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 бифуркації*, 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.

Лекція 7

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.

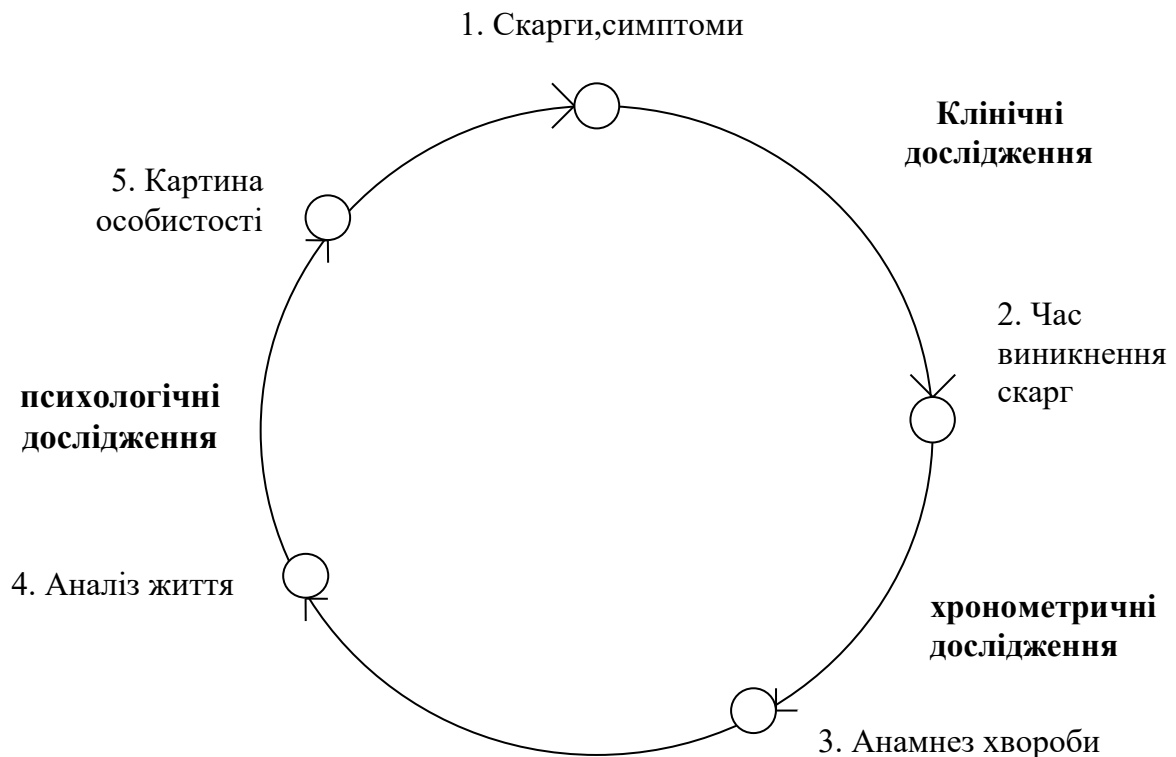


Рис. 2.2. Хронопсихологічний анамнез прояву психосоматичного порушення

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.

Лекція 8

Психологічні методи дослідження прогнозування перебігу психосоматичних порушень

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.

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 (НИІ), 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.

Лекція 9

Методи емпіричного дослідження психічного стану осіб із особливими потребами

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 одної 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, несамостійних, 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, приятними, чесними, самостійними, відповідальними за власне здоров'я: якщо людина хвора, то звинувачує у

цьому самому 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:

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

$(\langle\langle 6 \rangle\rangle + \langle\langle 7 \rangle\rangle) : 2 = \text{IV}$ – 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 прикрощі 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

б.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 *шкалової 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).

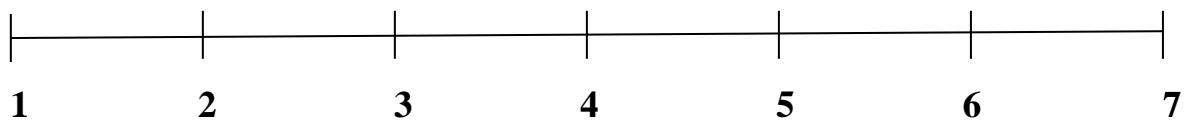


Рис. 2.3. Зразок фрагмента бланка для шкалової самооцінки болю

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”.

Лекція 10

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.

Лекція 11

Методика хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних порушень

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 $t_0 = 2, 3, 4, 5$ 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:

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

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)	X _p	ε (в %)	t _s (в с)	X _p	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)	X _p	ε (в %)	t _s (в с)	X _p	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, панкреатити, ДЖВШ;	242			
	закрепи, ем.діарея.	162			
	Захворюв. сечостатевої системи:	167			
	гломерулонефр.	134			
пієлонефрити	138				
дизметаболічна нефропатія	124				
НН	63				
функ. енурез;	138				
Побудова інд. хронотопу	Захворювання органів		389	Спостережен. клінічний	Метод визначення

перебігу психосом. захв.в онтогенез. Розгортці	дихання: бронх. астма трахеобронхіт. Невротичні розлади	125 194 50	50	метод,діагнос бесіда	тривалості біологічного циклу життя індивіда за законом переживан.часу
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.

Лекція 12

Практичне обґрунтування концепції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних порушень осіб із особливими потребами

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.

Лекція 13

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 соматіку, 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 медицини 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 молоді із особливими потребами віком від 18 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 $p = f(X_T)$ 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	ДАТ	Кількісний розподіл
------------	-----	-----	---------------------

	(мм.рт.ст.)	(мм.рт.ст.)	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.

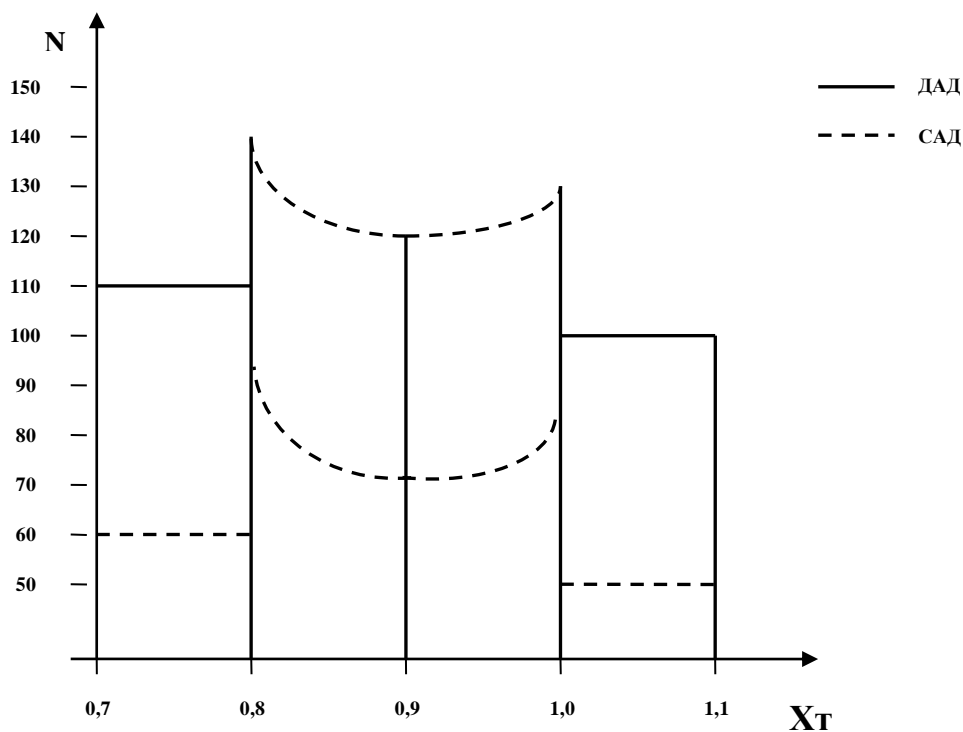


Рис. 3.1. Кількісний розподіл систолічного та діастолічного тиску у спектрі «хронотипів»

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.

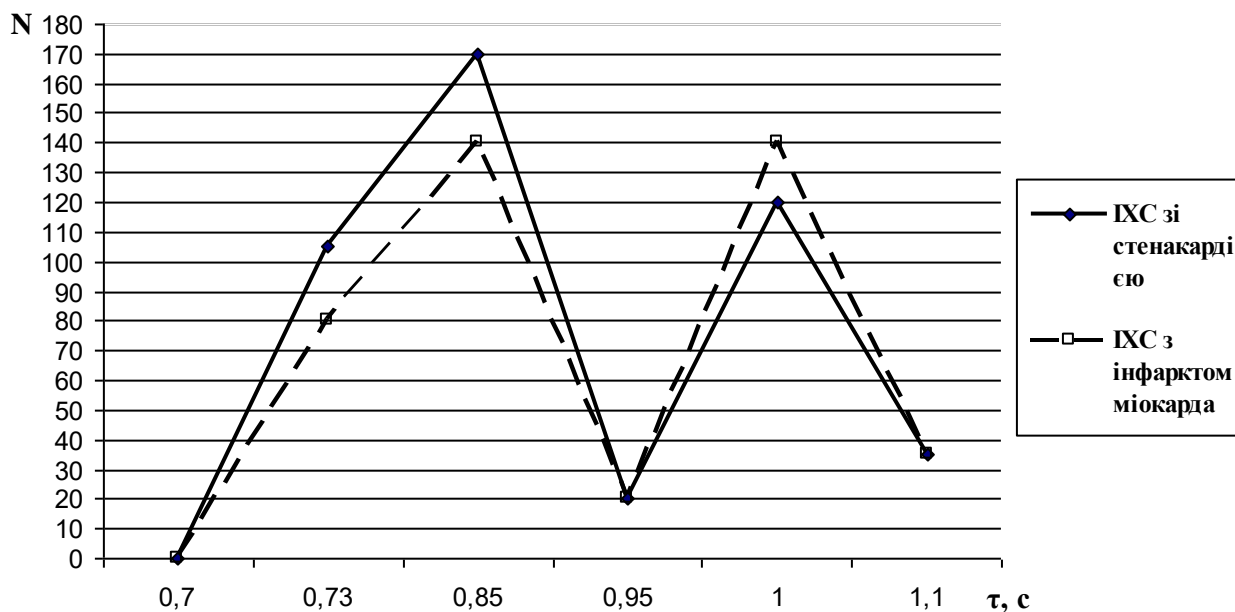


Рис. 3.2. Кількісний розподіл ІХС у спектрі «хронотипу»

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].

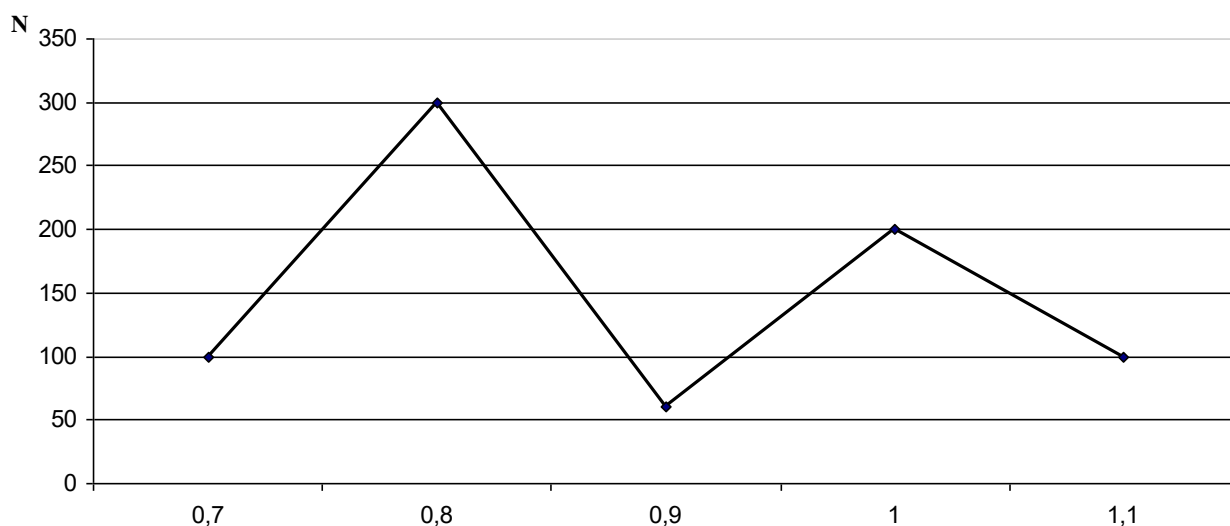


Рис. 3.3. Кількісний розподіл АЕГ у спектрі «хронотипу»

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. Порухення 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 приходить 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 украй 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 (T_p). 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 T_p як у прямому, так і у зворотному порядку. Зв'язок виявився досить високим:

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

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].

Лекція 14

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	Х _{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 2015 по 2017 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.Birgen [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 підрахувався 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.

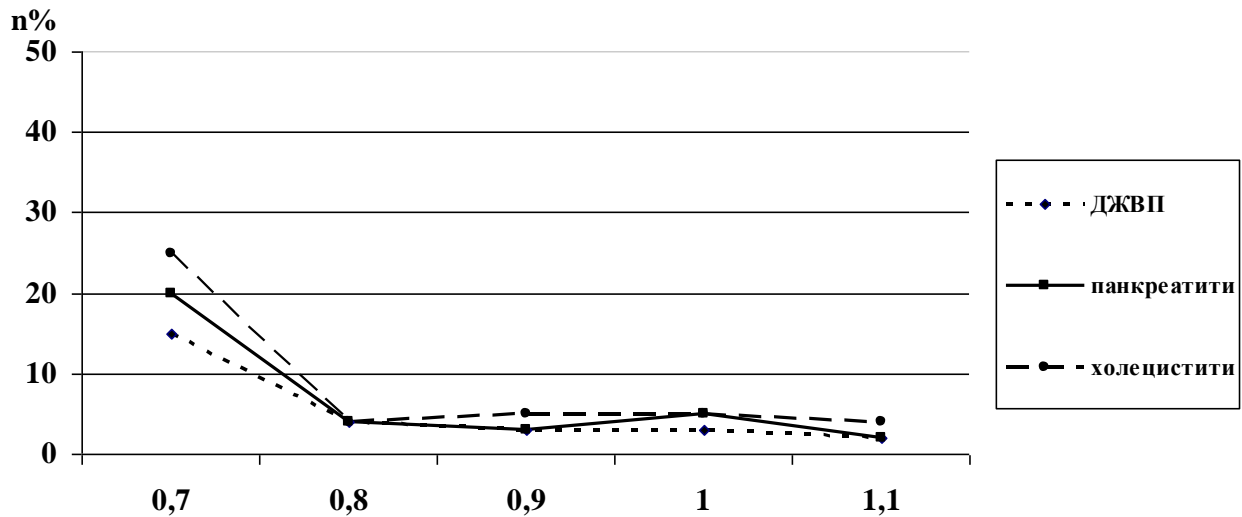


Рис. 3.4. Кількісний розподіл осіб, що мають захворювання жовчовивідних шляхів у спектрі «хронотипів»

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

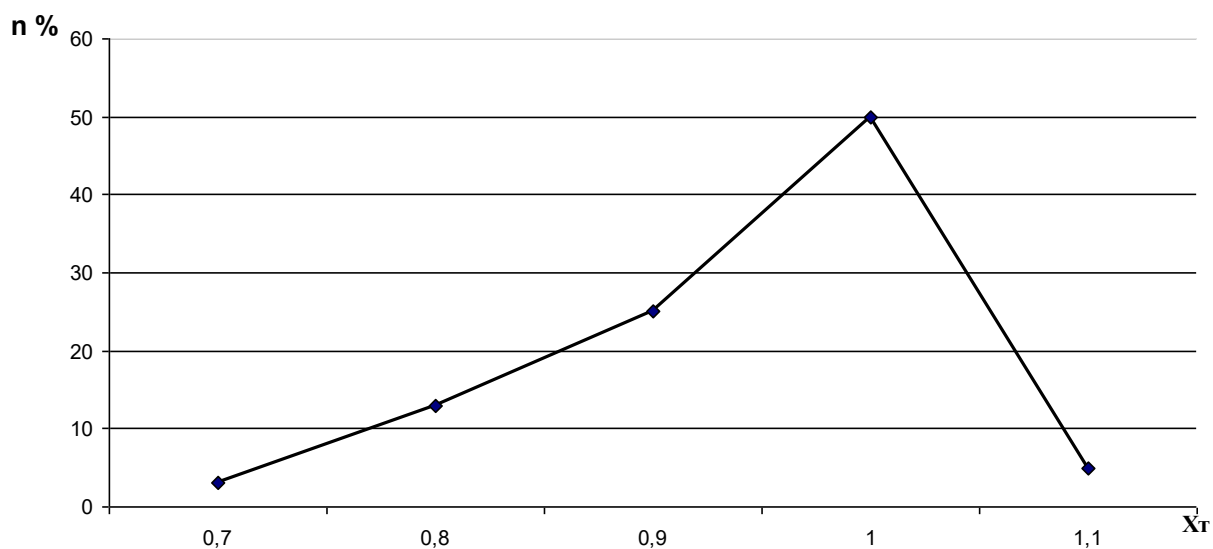


Рис. 3.5. Кількісний розподіл хворих на хронічні закрепи у спектрі «хронотипу»

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

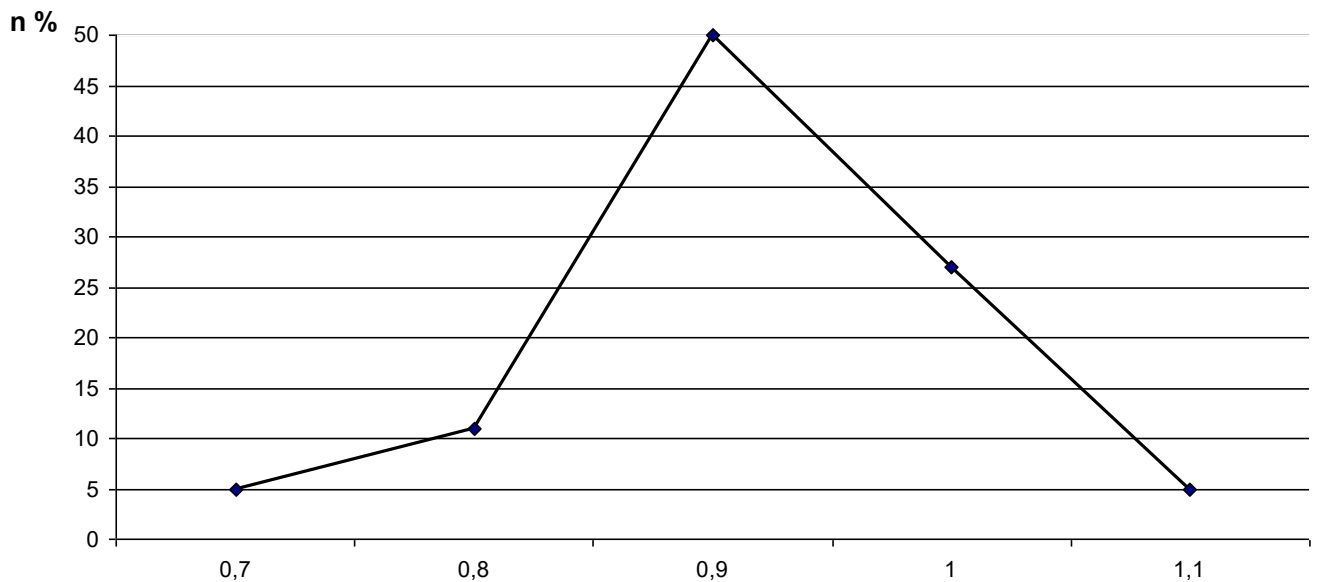


Рис. 3.6. Кількісний розподіл хворих на емоційну діарею у спектрі «хронотипу»

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.