

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

**САВЕНКОВА Ірина Іванівна**

УДК 616.89 - 053

**ХРОНОПСИХОЛОГІЧНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ  
ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

19.00.04 – медична психологія

**Автореферат**

дисертації на здобуття наукового ступеня  
доктора психологічних наук

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С.Костюка Національної Академії Педагогічних Наук України

**Науковий консультант**

доктор психологічних наук, професор  
**Кокун Олег Матвійович**,  
Інститут психології імені Г.С.Костюка  
НАПН України, заступник директора з  
науково-інноваційної роботи

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор,  
**Чугунов Вадим Віталійович**, завідувач  
кафедри психіатрії, психотерапії, загальної  
та медичної психології, наркології та  
сексології Запорізького державного  
медичного університету;

доктор психологічних наук, професор,  
**Харченко Дмитро Миколайович**,  
завідувач кафедри психології Черкаського  
національного університету імені Богдана  
Хмельницького;

доктор психологічних наук, професор,  
**Вітенко Іван Семенович**,  
директор Центрального методичного  
кабінету з вищої медичної освіти  
Міністерства охорони здоров'я України.

Захист дисертації відбудеться 26 грудня 2013 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.26.001.26 у Київському національному університеті імені Тараса Шевченка за адресою: 03187, м. Київ, проспект Академіка Глушкова, 2а.

З дисертацією можна ознайомитися у науковій бібліотеці імені М. Максимовича Київського національного університету імені Тараса Шевченка за адресою: 01601, м. Київ, вул. Володимирська, 58.

Автореферат розісланий «25» листопада 2013 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради

О.І.Власова

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

### **Актуальність теми дослідження.**

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

Сучасні культурні, економічні і соціальні трансформації вимагають від людини надзвичайної мобілізації когнітивних, емоційних і особистісних ресурсів, постійної готовності вирішувати життєві проблеми, що виникають. Хронічне перенапруження і внутрішня психологічна реактивність - повсякденний стан сучасної людини, що виступає причиною значного зростання кількості психосоматичних захворювань, етіологія яких тісно пов'язана з особливостями психологічної сфери людського індивіда. За сучасними даними, психосоматичні розлади в індустріальних країнах поширені серед 40 - 50 % населення і цей показник є досить стабільним (Д.Харченко, 2012).

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

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

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

Життя людини від народження до смерті має циклічну будову (Л.Виготський, П.Фресс). Сучасні науковці виділяють багатодобові, багатомісячні та багатолітні цикли у житті людського індивіда (Ю.Ашофф, Е.Бюннінг, С.Шноль, А.Емме, А.Уінфрі, Л.Купріянович, Б.Цуканов), виокремлюють поворотні пункти (так звані вузлові точки) - певний вік, в якому відбуваються «психологічні злами» (Ю.Молчанов, В.Русалов, С.Бондаревич). Дискретний відлік індивідуального часу людьми призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів їх життя проходить нерівномірно. Протягом життя чітко виділяються періоди, в середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх

можливостей. В масштабі періодів *великого біологічного циклу* (Б.Цуканов) відбувається віковий розвиток психіки, коливання успішності діяльності, загострення хронічних неінфекційних захворювань, а також психосоматичні кризи особистості (Б.Цуканов, О.Малхазов, В.Плохих, О.Полунін, З.Кіреєва, С.Бондаревич).

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

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

Загострення хвороби виникають у них у різні пори року, не зважаючи на проведені профілактичні заходи. Це означає, що сучасна медицина неспроможна своєчасно передбачити загострення психосоматичного захворювання. На думку автора, причина цього явища – відсутність індивідуального психосоматичного підходу у лікуванні та профілактиці захворювання, що вимагає комплексного врахування психологічних особливостей кожної особистості, який не випадково покладений у підґрунтя розв'язку важливої проблеми сучасної медицини – прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

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

Актуальність обраної проблеми, її недостатнє теоретичне обґрунтування та практична розробка зумовили вибір теми дисертаційного дослідження: *«Хронопсихологічне прогнозування перебігу психосоматичних захворювань»*, його предмет та об'єкт, визначили мету й завдання наукового пошуку.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Тему дисертаційного дослідження затверджено на вченій раді Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (протокол № 8 від 27.10.2011 р.) та узгоджено Радою з координації наукових досліджень у галузі педагогіки та психології НАПН України (протокол № 9 від 29.11.2011 р.).

Дисертаційне дослідження пов'язано із науково-дослідними темами Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України: *«Психофізіологічне забезпечення становлення фахівця у професіях типу «людина-людина»* (державний реєстраційний номер 0107U012420) та *«Психофізіологічні закономірності професійного самоздійснення особистості»* (державний реєстраційний номер 0113U001126).

**Метою дослідження** є розробка наукової концепції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань задля попередження рецидиву хвороби.

**Основні задачі дослідження:**

1. Обґрунтувати загальні теоретико-методологічні засади прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

2. Визначити зміст етапів та розробити алгоритм хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, проаналізувати його ефективність на прикладі різних нозологічних груп хворих на психосоматичні захворювання.

3. Виокремити психолого-часові індикатори прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

4. Побудувати індивідуальний хронотип перебігу у людини психосоматичних захворювань в онтогенетичній розгортці.

5. Створити «хронопсихологічний профіль особистості» хворих на кардіологічні, гастроентерологічні, уронефрологічні та пульмонологічні захворювання.

6. Визначити якість основних підходів до підвищення ефективності фізіотерапевтичного лікування шляхом диференціації часових характеристик у суб'єктів із такими порушеннями.

7. Розробити систему заходів медико-психологічної реабілітації хворих та програму психопрофілактики соматичних порушень.

**Об'єктом** дослідження виступили психосоматичні захворювання.

**Предмет** – хронопсихологічне прогнозування перебігу психосоматичних захворювань людини.

**Припущення дослідження** полягає у тому, що виокремлення психолого-часових індикаторів психосоматичних захворювань дозволить забезпечити більш точний прогноз їх перебігу, ефективність лікування та своєчасність проведення комплексної медико-психологічної профілактики цих порушень.

**Теоретико-методологічну основу дослідження склали концептуальні положення:**

*на загальнометодологічному рівні* – системний підхід у психології та психофізіології (П.Анохін, Б.Ломов, С.Максименко, О.Кокун, В.Мерлін та ін.); теоретичні положення психологічної теорії діяльності (Б.Ананьєв, Г.Балл, О.Леонт'єв, С.Рубінштейн, С.Максименко, В.Семиченко, В.Щадриков, О.Кокун); психоаналітичні концепції особистості (З.Фройд, У.Кенон, А.Адлер, К.Юнг, В.Райх, Х.Кронц, Ф.Перлз, Е.Берн, О.Лоуен); концепція здоров'я, уявлення про специфіку діагнозу та корекцію психосоматичних розладів (Р.Баєвський, В.Казначєєв, С.Семичов); нейрогенні теорії патології (І.Сеченов, І.Павлов, В.Бехтерев, П.Анохін, К.Биков, Ю.Губачев, І.Курцин); теорія кортико-вісцерального походження розладів (К.Биков, І.Курцин);

*на рівні конкретних теоретико-експериментальних і прикладних досліджень проблеми* - реляційна концепція часу (П.Фресс, Дж. Драйзер, Ю.Молчанов, Д.Елькін); закон переживання часу (Б.Цуканов); концепція суб'єктивного теперішнього (О.Полунін); концепція психосоматичної єдності людини

(Ф.Данбар, Ф.Александр, С.Максименко, В.Симаненков, Ю.Губачев, О.Уголев, В.Дільман, Х.Фрайбергер).

#### **Методи дослідження.**

1. Теоретичні: аналіз наукової літератури за темою дослідження та узагальнення здобутої інформації, системний аналіз та інтерпретація отриманих даних, класифікація, структурно-функціональне моделювання.

2. Емпіричні: спостереження, бесіда, анкетування, психодіагностичне тестування (було використано наступні методики: шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, опитувальник Бека, опитувальник рівня суб'єктивного контролю Роттера, методика діагностики показників і форм агресії А.Басса та А.Дарки, тест Томаса, опитувальник Міні-мульти, методика визначення психологічної характеристики темпераменту Д.Райгородського, шкалована самооцінка болю).

3. Метод хронометричної проби із метою прогнозування перебігу психосоматичних захворювань (із застосуванням електронного хроноскопу).

4. Методи математичної статистики: описова статистика, методи середніх величин, процентильна статистика, порівняння середніх значень за t-критерієм Стьюдента, кореляційний аналіз.

**Характеристика вибірки.** У дослідженнях, результати яких викладені у дисертації, взяли участь 2375 хворих на психосоматичні захворювання віком від 27 до 60 років, в тому числі: *кардіологічних хворих*: ішемічна хвороба серця (I20-25) – 129 осіб, артеріальна есенціальна гіпертензія (I10) – 262 особи, аритмії (I49.1) – 249 осіб; *пульмонологічних хворих*: бронхіальна астма (J45) – 125 осіб, трахеобронхіт (J30) – 194 особи; *гастроентерологічних хворих*: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (K25-26) – 198 осіб, холецистити (K81), панкреатити (K85) та дискинезія жовчовивідних шляхів (K82.8) – 242 особи; закрепи (K59) – 162 особи; діарея (K59.1) – 167 осіб; *нефроурологічних хворих*: гломерулонефрити (N00) – 134 особи, пієлонефрити (N10) – 138 осіб, дизметаболічні нефропатії (N20) – 124 особи, енурез (N33) – 138 осіб; хворих на *невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади*: неврастенії (F48.0) – 5 осіб, obsесивно-компульсивні розлади (F42.0) – 26 осіб, конверсійні істерії (F44.0) – 19 осіб, соматоформні дисфункції вегетативної нервової системи (F45.3) – 63 особи. Вибір саме такого контингенту досліджуваних зумовлений вираженою негативною динамікою стану здоров'я таких безпосередніх груп хворих на психосоматичні захворювання.

**Надійність та достовірність** отриманих у дослідженні наукових результатів забезпечувалися теоретичним аналізом проблеми, відповідністю методологічним обґрунтуванням його вихідних положень, відповідністю застосованих у дослідженні методів його завданням, кількісним та якісним аналізом отриманого емпіричного матеріалу, високою репрезентативністю досліджуваної вибірки. Обробка отриманих емпіричних результатів здійснювалася на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS 17.0 for Windows.

**Наукова новизна одержаних результатів дослідження** полягає у тому, що:

*Вперше*

- розроблено концепцію хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, суть якої полягає у тому, що хронотип індивіда виступає центральним чинником, який дозволяє спрогнозувати психотип та соматотип хворих на психосоматичні захворювання. Враховуючи хронопсихологічні індивідуальні особливості хворого на психосоматичне захворювання, є можливість спрогнозувати загострення хвороби та своєчасно провести профілактику цього порушення;

- започатковано поняття «хронотип індивіда», яке дозволило встановити наявність системи взаємозв'язку і взаємозалежності між індивідуально-типологічними особливостями суб'єкта (психотипом), часовими параметрами й соматичними порушеннями (соматотипом);

- запропоновано алгоритм хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, суть якого полягає у виокремленні етапів своєчасного передбачення загострення психосоматичного порушення задля попередження рецидиву хвороби;

- побудовано модель «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні захворювання за кожною окремою нозологічною формою, відповідно до якої хронотип індивіда дозволяє спрогнозувати психотип та соматотип таких хворих;

- визначено стратегію комплексної психологічної та комбінованої медикаментозної реабілітації, яка дозволить підвищити терапевтичний ефект у хворих на психосоматичні захворювання.

*Уточнено* використання методології реляційної концепції часу з метою хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

*Розширено* уявлення про психолого-часові індикатори прояву психосоматичних порушень, а саме, трактування таких понять, як «психосоматичний фактор часу», «психосоматична С-метрика», що вимагає їхнього уточнення з метою прогнозування цих порушень.

**Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці та впровадженні в практику:**

1) алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань;

2) авторської методики: «Спосіб дії імпульсного струму на організм людини з урахуванням хронотипу індивіда» з метою підвищення ефективності лікування хворих на соматичні розлади;

3) авторської методики експрес-діагностики суб'єктивної виразності болю у хворих на психосоматичні порушення;

4) системи заходів медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні розлади;

5) програми медико-психологічної профілактики психосоматичних захворювань із урахуванням диференціації часових характеристик у суб'єктів із цими порушеннями.

Ця інформація створить можливості для значного посилення потенціалу діагностичної медицини та запобігання хронізації психосоматичних захворювань.

**Результати дослідження впроваджено:**

1. У роботу лікарів Первомайської централізованої міської багатопрофільної лікарні (Миколаївська область) протягом 2008-2012 рр. (довідка № 16 / 84 від 20.08.2012р.).

2. У процес науково-методичної підготовки й викладання курсу лекцій «Патопсихологія» для студентів IV-го курсу психологічного факультету Київського університету імені Бориса Грінченка (Київ – 2012 р.) (довідка № 13/ 1 від 13.12.2012р.).

3. У процес науково-методичної підготовки й викладання курсу лекцій «Патопсихологія» для студентів III-го курсу психологічного факультету Південнослов'янського інституту ВНЗ «Київський славистичний університет» (Миколаїв – 2010) (довідка № 8/ 10 від 06.04.2011р.).

4. У процес науково-методичної підготовки й викладання курсу лекцій «Патопсихологія» для студентів IV-го курсу психологічного факультету Кіровоградського інституту регіонального управління та економіки (Кіровоград – 2011 р.) (довідка № 8 / 1 від 14.03.2011р.).

**Особистий внесок здобувача.** У двох наукових статтях, опублікованих у співавторстві з д. пед. н. І.Добрянським, в яких викладаються результати дослідження хронопсихологічних особливостей дітей та дорослих, особистий внесок здобувача полягає у розробці та здійсненні емпіричного дослідження, статистичній обробці даних та інтерпретації отриманих результатів, завершальному оформленні статей.

#### **Апробація результатів дослідження.**

Результати досліджень, викладених у дисертації, апробовано на засіданні лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С.Кстюка та на 11 наукових конференціях різних рівнів: XII Міжнародна науково-практична конференція "Наука і освіта - 2009" (10-15 лютого 2009р., м.Дніпропетровськ); I Всеукраїнська науково-практична конференція "Регіональні проблеми розвитку місцевого самоврядування" (29-30 квітня 2010 р., м. Первомайськ); I Всеукраїнська науково-практична конференція "Гендер: сучасний стан та перспективи розвитку в українському суспільстві" (25-30 жовтня 2009 р., м. Херсон); III Всеукраїнська науково-практична конференція "Актуальні проблеми практичної психології" (20-22 листопада 2008 року, м. Херсон); VI Міжнародна науково-практична конференція "Development of modern science and technics" (1-3 November 2010, Donetsk); VIII Міжнародна науково-практична інтернет-конференція "Актуальні проблеми сучасної науки" (20-23 жовтня 2009 року, м. Київ); VI Міжнародна науково-практична конференція "Науковий потенціал світу, 2009" (14-15 листопада 2009 року, м. Дніпропетровськ); VIII Міжнародна науково-практична конференція "Development of modern science and technics" (11-13 November 2013, Donetsk); X Міжнародна науково-практична інтернет-конференція "Актуальні проблеми сучасної науки" (24-26 жовтня 2011 року, м. Київ); I Міжнародна науково-практична конференція «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи» (2-3 листопада 2012 року, м. Київ); VIII Міжнародна науково-практична конференція "Соціалізація особистості в умовах системних змін: теоретичні та прикладні проблеми» (15 березня 2013 року, м. Київ).



**Публікації.** Результати дисертаційної роботи викладено у 35 друкованих працях: 1 монографії, 1 навчальному посібнику з грифом МОН України, 22 статтях у фахових виданнях України, 7 статтях у інших виданнях на матеріалах конференцій та 4 тезах конференцій.

**Кандидатська дисертація** на тему: «Психосимптоматика хронічних неінфекційних захворювань у дітей» була захищена у березні 2007 р. Захищені положення кандидатської дисертації в докторській дисертації не використовуються.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається із вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел (536 найменувань). Обсяг основного змісту дисертації складає 368 сторінок. Робота містить 77 таблиць та 35 рисунків на 58 сторінках.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У **вступі** проаналізовано психосоматичний підхід, що базується на психодинамічних концепціях особистості та патогенезу розладів; обґрунтовано актуальність і доцільність розробки концепції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, розкрито сутність та стан цієї наукової проблеми. Визначено об'єкт і предмет дослідження, сформульовано мету та завдання, описано методи дослідження. Розкрито наукову новизну, практичне значення отриманих результатів. Наведено дані щодо особистого внеску здобувача, апробації результатів, публікацій, структури та обсягу роботи.

В **першому розділі** – *«Теоретико-методологічні основи хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань»* - здійснено теоретичний аналіз психосоматичного підходу щодо пояснення механізмів перебігу психосоматичних захворювань, розглянуто психолого-часові передумови прогнозування перебігу цих захворювань, обґрунтовано концепцію хронопсихологічного прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих.

Реляційна концепція часу (П.Фресс, Д.Елькін, Б.Цуканов) виступила підґрунтям для пояснення періодичності прояву психосоматичних захворювань, відповідно до якої людині притаманні власні часові властивості і щодо принципу об'єктивності – ці властивості виявляються у тривалості, що переживається реально. За певний період в організмі людини відбувається ряд внутрішніх змін, що призводять до зовнішніх змін фізіологічного та психологічного характеру, які зумовлюють стани як здоров'я, так і хвороби людини. Дослідження у цьому напрямку Г.Вудроу, Д.Катца, Т.Кольмана, В.Лисенкової, П.Фресса, Г.Шляхтіна, Д.Елькіна, Б.Цуканова дозволили описати характер і величину часової помилки, яка виникає як розбіжність між заданим проміжком часу ( $t_0$ ) і суб'єктивною відповіддю випробуваного ( $t_s$ ). 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 виявив три зони, які стали класичними: 1) зона коротких інтервалів  $t_0 \leq 0,5c$ ; 2) зона нейтральних інтервалів  $0,5c \leq t_0 \leq 1,0c$ ; 3) зона довгих інтервалів  $t_0 > 1,0c$ .

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

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

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

Це означає, що суб'єкт має *індивідуальний хронотип (Хт)*, за допомогою якого вимірюється суб'єктивне сприйняття часу. Для визначення хронотипу хворого на психосоматичне захворювання використовується відношення:  $X_t = t_s/t_0$ , запропоноване Г.Еренвальдом. 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, суб'єкт не пасивний, він виконує ті чи інші зовнішні або внутрішні дії. У цих діях він використовує певні засоби. Перед ним стоїть метрична задача, яку неможливо виконати без міри (вимірювання), і гіпотетично хронотип виступає у функції такої міри.

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

Розвиваючи ідеї В.Вернадського, Б.Цуканов у своїх дослідженнях показав, що жива істота на Землі існує у вигляді «глобальних біологічних годин», а еволюція живих систем та поява *Homo sapiens* повністю узгоджені із законом їх ходу. Водночас, ці годинники не однакові, вони індивідуальні для кожної окремої людини (Б.Цуканов). Результат запропонованого відношення пояснює, як живе та працює цей годинник не тільки в переживанні тривалості, а й у психосоматичному здоров'ї людини. А саме, хронотип індивіда виступає як центральний чинник у переживанні часу людиною, що пояснює періодичність прояву «переважаючих» захворювань у психосоматичних хворих. Тобто, у індивідів із певним хронотипом, їх «переважаюча» хвороба проявляється із певною «С-періодичністю».

Розглядаючи питання щодо «переважаючих» хвороб (Б.Цуканов), ми виходили з відомого положення, що у окремого 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 циклоїдної моделі переживання часу (Б.Цуканов), пов'язане із уявленнями про фазову сингулярність (С.Шноль, І.Пригожин). Під *фазовою сингулярністю* розуміють злиття часових фаз різних циклів у окремі точки (А.Уінфрі). Відповідно до циклоїдної моделі (Б.Цуканов), фазова сингулярність має місце у точках, де кінець попереднього великого циклу зливається з початком наступного циклу.

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

Дійсно, у багатьох дослідженнях (А.Уінфрі, Б.Цуканов, D.Paydarfar, F.Eldridge, I.Kiley) встановлено, що причиною раптової зупинки дихання, фібриляції серцевого м'язу, внаслідок яких людина гине, є фазова сингулярність. Статистика стенокардії та інфарктів (Д.Елькін, Б.Цуканов) переконує, що початок хвороби співпадає з фазовою сингулярністю у межах тривалого великого біологічного циклу життя індивіда.

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

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

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

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

У другому розділі – *«Методичне забезпечення хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань»* - представлено загальний зміст хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, принципи та алгоритм такого прогнозування; обґрунтовано методи емпіричного дослідження психічного стану хворих на соматичні порушення та методи прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

Методичне забезпечення психодіагностики хронотипу представлено методом хронометричної проби із застосуванням *електронного хроноскопу*, який дає можливість зафіксувати значення суб'єктивного сприйняття часу людиною з точністю до 0,001с (Б.Цуканов, 2000). На цій похибці стає можливим диференціювати індивідуально-типологічні та соматичні особливості досліджуваних.

Застосування концепції хронопсихологічного прогнозування дозволило розробити алгоритм хронопсихологічного прогнозу перебігу, ефективності лікування та психопрофілактики психосоматичних захворювань, що здійснюється у 5 етапів:

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

Дослідницько-експериментальна частина 1-го етапу передбачала підготовку та проведення досліджень із метою безпосереднього виокремлення як клінічних (соматотип) та хронометричних (хронотип), так і психічних (психотип) критеріїв діагностики психосоматичних захворювань.

**II етап.** Побудова індивідуального хронотипу перебігу психосоматичних захворювань пацієнтів 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 *терміні біфуркації*, тобто у період найбільшої вірогідності загострення захворювання. Профілактичний вплив здійснювався шляхом надання рекомендацій хворому щодо термінів проведення профілактичних заходів.

**III етап.** Побудова моделі «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні захворювання органів серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, дихання, сечостатевої системи.

**IV етап.** Розробка основних підходів щодо прогнозування перебігу психосоматичних захворювань та підвищення ефективності лікування шляхом диференціації часових характеристик у пацієнтів із соматичними порушеннями.

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

**V етап.** Розробка системи психолого-організаційних заходів медико- і психопрофілактичної й прогностичної спрямованості на пацієнтів із соматичними порушеннями з урахуванням існування системи взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними особливостями й часовими параметрами (хронотипом) на прикладі психосоматичних захворювань.

Так як результати проведеного дослідження переконують, що інтервал між двома ударами пульсу (кореляційне відношення між «хронотипом» та періодом  $T_r$  як у прямому, так і у зворотному порядку є досить високим:  $r_{X_t, T_r} = 0,98$  та  $r_{T_r, X_t} = 0,99$ ), а також інтервал дихального циклу узгоджуються зі значенням хронотипу індивіда (у індивідів дуже екстравертованої групи за загальним виконанням відношення були отримані наступні варіанти співвідношення інтервалу дихального циклу та значення хронотипу:  $T_s = 2X_t$ ,  $T_s = 3X_t$ ,  $T_s = 4X_t$ ; індивідів помірно екстравертованої групи:  $T_s = 4X_t$ ), то на цій підставі в роботі висунуто припущення, що узгодження із хронотипом хворого імпульсних впливів на його організм забезпечить їх відповідність фізіологічним ритмам функціонуючих органів і систем організму пацієнта. Передбачалось також, що запропонований індивідуальний підхід має значно посилити ефективність фізіотерапевтичного впливу на організм хворої людини.

В роботі розроблено спосіб дії імпульсного струму на організм людини із врахуванням хронотипу, що включає дію адаптивно-динамічним струмом із прямокутною формою імпульсів відповідної частоти, який відрізняється від стандартної відповідної фізіотерапевтичної процедури тим, що частоту дії погоджують зі спрямованістю суб'єкта на час. Числове значення частоти імпульсів визначається за формулою:

$$V = X_t / 60 \text{ сек,}$$

де  $V$  – частота імпульсів узгодження зі спрямованістю суб'єкта на час,  $X_t$  – хронотип.

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

*Теоретичний блок* включає 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 чинників у причинності захворювання.

*Методичний блок* представлений методом хронометрії темпоральних характеристик; хронометричним визначенням темпераментальних характеристик; авторською методикою експрес-діагностики самооцінки рівня суб'єктивної виразності болю у хворих на психосоматичні захворювання.

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 дозволить заздалегідь попередити загострення хронічного процесу шляхом використання відповідних профілактичних заходів.

*Організаційний блок* охоплює: планування лікувальних заходів пацієнтам, які прийняли участь у дослідженні, із наступною профілактикою й прогнозуванням за допомогою авторського курсу профілактики психосоматичних захворювань із врахуванням ходу біологічного годинника кожного хворого; роз'яснювальну роботу серед учасників цієї програми щодо необхідності заходів попередження загострення захворювання, виконання рекомендацій щодо своєчасного діагностичного обстеження.

*Виконавчий блок* представлений такими психологоорганізаційними заходами: визначення та врахування індивідуально-типологічних особливостей учасників дослідження; визначення та врахування їх вікового С-періоду гострого прояву хвороби; психологічне консультування, використання авторської методики способу дії імпульсного струму на організм людини із врахуванням її хронотипу.

В контексті розробки робочих схем реалізації системи лікувальних заходів враховувалась розроблена в роботі *модель «хронопсихологічного профілю особистості»*, що дозволило виділити основні вузлові точки – точки біфуркації хворих, задіяних у дослідженні, з врахуванням їх вікового С-періоду; а також індивідуально-типологічні особливості учасників дослідження залежно від часових параметрів: часових характеристик, хронотипу.

Ефективність запропонованої системи визначалася за підсумками порівняльного аналізу результатів первинного психосоматичного й контрольного обстежень, що дало можливість проаналізувати зміни психосимптоматики внаслідок проведеної комплексної медико-психологічної реабілітаційної роботи з врахуванням концепції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

У третьому розділі – **«Хронопсихологічні індикатори перебігу психосоматичних захворювань»** здійснено пошук локалізації кардіологічних, гастроентерологічних, уронефрологічних та пульмонологічних розладів у типологічних групах «хронотипу».

Проводячи систематичне визначення хронотипу хворих віком від 27 до 60 років, які страждають на психосоматичні захворювання органів дихання, серцево-судинної системи, травлення, виділення, ми підтвердили припущення, що періодичність прояву психосоматичного захворювання пов'язана із локалізацією у типологічній групі хронотипу (рис. 1).

Результати дослідження переконують: *серцево-судинні захворювання*, а саме, *ішемічна хвороба серця (I 20-25) (ІХС), артеріальна есенціальна гіпертензія (I10) (АЕГ), аритмії серця (I 49.1)* локалізується у межах переважно двох типологічних груп індивідів, для яких вони є «переважаючими», та за межі цих груп практично не виходять. Сама хвороба окреслила межі двох груп «помірними» екстравертами ( $0,8 \leq X_t < 0,86$ ) (53%) та «помірними» інтровертами ( $0,94 < X_t \leq 1,0$ ) (47%), які перенесли інфаркт міокарда. Між індивідами цих груп є ряд суттєвих якісних відмінностей у перебігу клінічної форми хвороби. Так, у індивідів помірно екстравертованої групи ( $0,8 \leq X_t < 0,86$ ) переважає ІХС з інфарктом міокарда (53%) здебільшого трансмуральної та крупновогнищевої форми. Повторний інфаркт загрожує життю людини. Процес відновлення у цих хворих протікає повільно. У індивідів помірно інтровертованої групи ( $0,94 < X_t \leq 1,0$ ), навпаки, плин хвороби має переважно прояви стенокардії (47%), а інфаркт міокарда зустрічається у дрібновогнищевій формі (12%). Такі хворі можуть перенести два – три та більше інфарктів, але процес їх відновлення відбувається значно швидше.

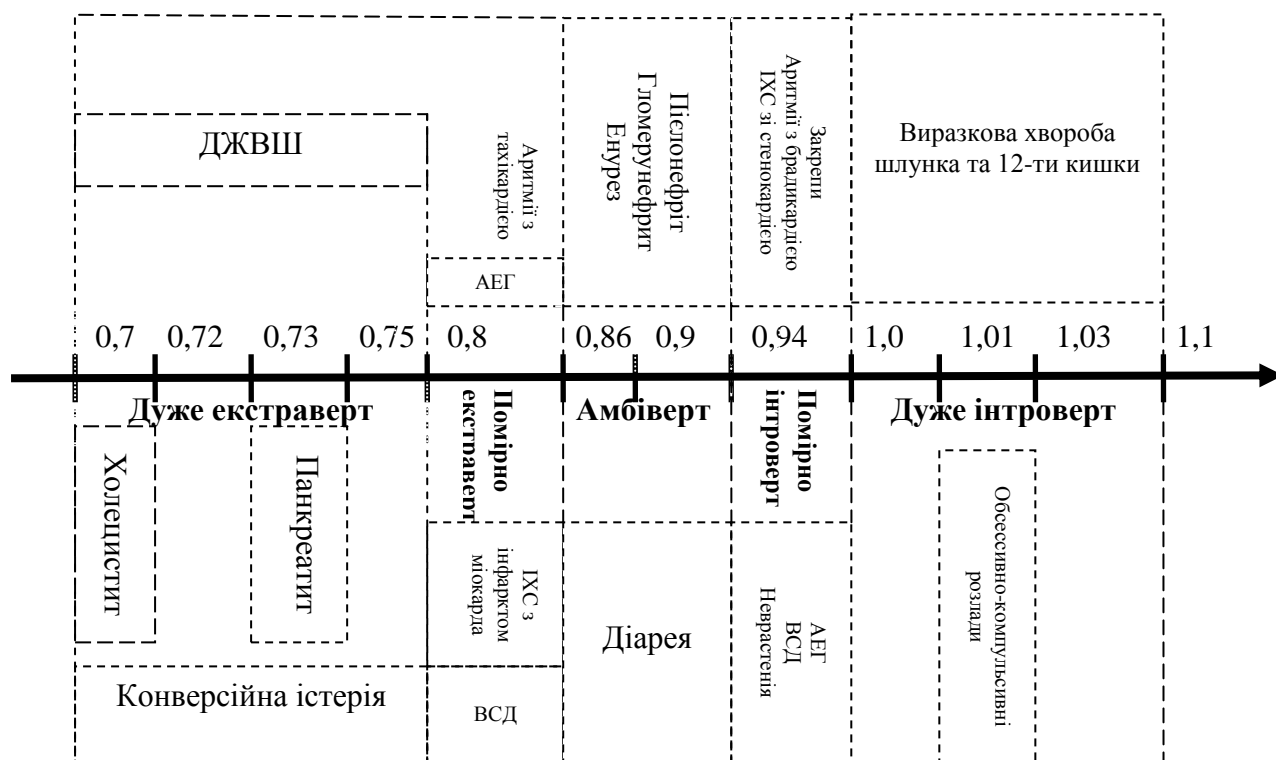


Рис. 1. Типологічні групи та психосоматичні захворювання у спектрі хронотипів

Переважає більшість хворих помірно екстравертованої групи ( $0,8 \leq X_t < 0,86$ ) (40%) скаржилась на постійну гостроту дефіциту часу у житті. В помірно інтровертованій групі ( $0,94 < X_t \leq 1,0$ ) (59%), навпаки, практично більшість хворих стверджує, що не відчувають дефіциту часу. Протилежне ставлення до

часу у хворих на АЕГ помірно екстравертованої групи («поспішаючі» суб'єкти) та помірно інтровертованої групи («точні» суб'єкти), пов'язане з величиною індивідуального «хронотипу».

Хронотип обстежених хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (К 25-26) знаходиться переважно у діапазоні  $1,0 < X_T \leq 1,1$  (78,3%), що відповідає групі індивідів, у яких домінують хвороби шлунка типологічного масиву одного з п'яти сегментів спектру «спрямованості на час».

Індивіди з хронотипом ( $X_T$ ) у діапазоні від 1,0 до 1,1 (77%), які страждають на хвороби шлунка, 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 екстравертованих».

Спостерігається узгодження між «хронотипом» та клінічним проявом (соматотипом) захворювання підшлункової залози та жовчного міхура на контингенті пацієнтів, хронотип яких знаходиться у діапазоні  $0,7 \leq X_T < 0,8$  (69%). Результати проведеного нами дослідження показали, що хронотип хворих, які страждають на *холецистит* (К81), знаходиться у діапазоні:  $0,7 \leq X_T \leq 0,72$  (38%), *панкреатит* (К85) –  $0,73 \leq X_T \leq 0,75$  (30%) та *дискинезію жовчовивідних шляхів* (К82.8) –  $0,7 \leq X_T < 0,8$  (32%), що відповідає групі індивідів, у яких «переважають» хвороби підшлункової залози та жовчного міхура. Такі індивіди характеризуються високою екстраверсією, стабільністю, а збудження у них в 2 рази переважає над гальмуванням. До того ж вони цілеспрямовані та агресивні у поведінці. Індивіди з таким «хронотипом» наближаються до категорії «дуже екстравертованих».

Таким чином, враховуючи психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда, схильного до захворювань шлунково-кишкового тракту, є можливість спрогнозувати місце його найменшого опору, зокрема, такі хвороби, як гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, холецистити, панкреатити, дискинезії жовчовивідних шляхів.

Обстеження хворих на *нефроурологічні захворювання* (N00-33) підтверджує припущення, що *сечова система* є місцем найменшого опору у людей із хронотипом у діапазоні:  $0,86 \leq X_T \leq 0,94$  (92%), куди відносяться індивіди із «суто» амбівертним типом спрямованості.

Для суб'єктів із соматичними порушеннями нефроурологічного профілю характерний урівноважений рівень збудження й гальмування, тобто за показниками «екстраверсія-інтроверсія» й «нейротизм-стабільність» домінує серединний або *амбівертний тип спрямованості* (93%). Хронотип з параметрами 0,9 – це критична точка, що поділяє два типи спрямованості особистості на час – помірно екстравертований і помірно інтровертований типи, і вона належить амбівертному типу спрямованості. Часова характеристика суб'єкта амбівертного типу спрямованості представлена тим, що він поспішає, але часу йому вистачає, тобто він живе сьогоднішнім, поведінка характеризується "обережністю без остраху". В цілому дані дослідження дозволили встановити систему взаємозв'язків і



взаємозалежностей, що прямо залежить від часових параметрів (хронотипу) пацієнтів при певних соматичних порушеннях.

Пульмонологічні симптоми хворих на *bronхіальну астму* (J45) та *рецидивуючий трахеобронхіт* (J20) локалізовані переважно (83%) у діапазоні:  $0,7 \leq X_t < 0,86$ , куди відносяться індивіди екстравертованої групи.

Враховуючи сучасні класифікації психосоматозів, до яких відносять і соматоформні порушення, ця група хворих була піддана хронопсихологічному дослідженню. В ході дослідження з позиції реляційної концепції часу нам вдалося виділити зону найменшого опору у індивідів, які страждають на *невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади*. Це вказує на їх належність до типологічної групи. Так, *неврастенії* (F 48.0) є місцем найменшого опору у помірно інтровертованих ( $0,94 < X_t \leq 1,0$ ) (63%). Отже, давно відомо, що помірний інтроверт - це людина зі слабкою нервовою системою, що має підвищену чутливість навіть до слабких подразників. У нього виражена інтроверсія і високий нейротизм, а гальмування у два рази перевищує збудження. Сильний стрес у помірного інтроверта може спровокувати невротичний розлад.

*Конверсійна істерія* (F 44.0) локалізується у межах дуже екстравертованої групи ( $0,7 \leq X_t < 0,8$ ) (72%). Дійсно, «чистий» екстраверт – це людина, яка має невірноважену нервову систему, у якій збудження переважає над гальмуванням, явно виражена екстраверсія.

Цілком можна пояснити, чому в зоні локалізації *обсесивно-компульсивних розладів* (F 42.0) виявилися представники дуже інтровертованої групи (54%). У інтроверта нервова система стабільна, інертна, збудження і гальмування врівноважують одне одного, явно виражена інтроверсія, а настрої зазвичай рівний. Але саме "чистий" інтроверт у цю зону не потрапляє. До неї належать індивіди з  $X_t$  від 1,01 до 1,03. Це вже не помірні інтроверти, але ще не «чисті» інтроверти, а отже, їхню нервову систему сильною назвати не можна. Така диференціація невротичних розладів необхідна і в медицині, й у психології тому, що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть виникнути невротичні розлади.

Хворі на *соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи* (F 45.3) за *гіпертонічним типом* (ВСД) мають переважно хронотип в тих зонах, у яких у хворих пацієнтів має місце гіпертонічна хвороба. Самі хворі пацієнти із ВСД чітко визначили дві межі ( $X_t = 0,8$  та  $X_t = 1,0$ ) (67%), у спектрі „хронотипів”, в яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної. *Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи за гіпертонічним типом* визначила межі обох груп «суто» помірними екстравертами та «суто» помірними інтровертами.

Ступінь суб'єктивної виразності болю при розладах типу «психосоматичні захворювання» узгоджується із хронотипом індивіда у типологічній групі спектру „спрямованості на час” (63%), тобто має чітку типологічну локалізацію.

Належність індивіда до типологічної групи, яка визначає «місце найменшого опору», не означає *приреченості захворіти саме цією хворобою*.

Вона тільки вказує, що в організмі цього індивіда є система, в якій у певний період життя може розпочатись розвиток хвороби. Такий період життя має назву *періоду ризику* і саме в цей час необхідно посилити профілактику захворювання.

У четвертому розділі – *«Індивідуальний хронотип перебігу психосоматичних захворювань в онтогенетичній розгортці»* спрогнозовано перебіг серцево-судинних, пульмонологічних, уронефрологічних та гастроентерологічних розладів в онтогенезі.

Для вирішення цієї проблеми ми звернулись до оцінки тривалості С-періоду (Б.Цуканов), а саме, до значення хронотипу індивіда 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 (Б.Цуканов), 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. Виявлено, що в індивідів із гіпертонічною тенденцією через періоди  $T_p = 3$  спостерігається різкий стрибок артеріального тиску (Б.Цуканов), 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 виникає питання про роль С-періоду у перебігу психосоматичних захворювань. З точки зору автора, поняття «С-період» може розглядатись як *психолого - часовий індикатор загострення психосоматичного захворювання*.

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

Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей (75%).

Простежуючи „С-періодичність” захворювань, необхідно визнати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають статус критичних. Саме у цих точках спостерігається загострення симптоматики психосоматичних захворювань. Виходячи із циклоїдної моделі „ковзаючих коліс” переживання часу (Б.Цуканов), можна дати відповідь на питання про початок домінантних хвороб.

Для більшості обстежених хворих на психосоматичні захворювання (68%) загальним є те, що клінічні прояви хвороби не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів та й з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю  $\frac{1}{4}C$ ,  $\frac{1}{2}C$ ,  $\frac{1}{16}C$ ,  $\frac{3}{4}C$  в залежності від належності до типологічної групи. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу. Таким чином, дискретний відлік індивідуального часу призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів життя людини проходить нерівномірно, тобто протягом

життя чітко виділяються періоди, у середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх можливостей.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у хворих на психосоматичні захворювання максимальна суб'єктивна оцінка болю - 6-7 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем  $1\frac{1}{4}$  С (23%);  $1\frac{1}{2}$  С (22%);  $1\frac{3}{4}$  С (18%). Середній ступінь суб'єктивної виразності болю – 4-5 балів (гострий біль) проявляється у віці, який співпадає з кінцем  $1\frac{1}{3}$  С (18%);  $1\frac{7}{12}$  С (12%). Мінімальний ступінь суб'єктивної виразності болю – 1-3 бали (слабкий, тупий біль) проявляється у віці, який співпадає з кінцем  $1\frac{1}{6}$  С (12%);  $1\frac{5}{12}$  С (16%);  $1\frac{2}{3}$  С (14%). Таким чином, є всі підстави стверджувати, що моменти проходження хворим фазової сингулярності (кінець циклу або його чвертей) призводять до максимальної суб'єктивної виразності больової реакції.

Встановлена диференціація суб'єктивної виразності больової реакції залежно від „хронотипу” має велике значення для медичної практики, оскільки її відстеження дасть змогу лікарю передбачити її ступінь у кожного окремого хворого при загостреннях психосоматичних захворювань в онтогенезі та своєчасно провести профілактику хвороби.

**У п'ятому розділі – «Хронопсихологічний профіль особистості хворих на психосоматичні захворювання»** представлено хронопрогностичні показники психотипу психосоматичних пацієнтів та побудовано «хронопсихологічний портрет» хворих на кардіологічні, пульмонологічні, гастроентерологічні та уронефрологічні захворювання.

Побудова хронопсихологічного портрету хворих на психосоматичні захворювання дозволила встановити наявність системи взаємозв'язку і взаємозалежності між індивідуально-типологічними особливостями суб'єкта, часовими параметрами й соматичними порушеннями. Зокрема, за допомогою попередніх досліджень - «місцем найменшого опору» індивідів, хронотип яких знаходиться у діапазоні:  $0,8 \leq X_T < 0,86$ , є такі хвороби серця, як *ішемічна хвороба з інфарктом міокарда та артеріальна есенціальна гіпертензія*, а також прояви *аритмій з тахікардією*. Базовим емоційним забарвленням поведінки таких хворих (66%) є *ситуативна тривожність*, яка може виступити пусковим механізмом у патогенезі даних психосоматичних захворювань.

Високою *особистісною тривожністю* характеризуються індивіди, хронотип яких знаходиться у діапазоні:  $0,94 < X_T \leq 1,0$  (67%). Саме ці хворі переважно демонструють такі захворювання серця як *ішемічна хвороба серця зі стенокардією та аритмія з брадикардією*. Тому чинник емоційного забарвлення психосоматичного захворювання таких пацієнтів є рушійним важелем у створенні програми ефективної первинної та вторинної психопрофілактики цих захворювань з урахування періоду спаду великого біологічного циклу життя індивіда.

Індивіди, хронотип яких знаходиться в інтервалі:  $0,7 \leq X_T < 0,8$  (56%), характеризуються високими показниками *фізичної, вербальної та непрямой агресії*, мають високий *індекс агресивності*. Психокорекційна програма, розроблена для таких пацієнтів, має бути спрямована насамперед на зниження рівня агресії, саме в період входження хворим у фазу сингулярності.

Індивіди, хронотип яких знаходиться в інтервалах:  $0,94 < X_T \leq 1,0$  (45%) та  $1,0 < X_T \leq 1,1$  (23%) характеризуються високими показниками *підозрілості, образу та аутоагресії, мають високий індекс ворожості*. Саме на зниження цих показників агресії має бути спрямована комплексна медико-психологічна корекційна програма.

Кореляційний зв'язок між значенням хронотипу індивіда та показником депресії показує, що сильна та високо значуща кореляція спостерігається в інтервалах:  $0,94 < X_T \leq 1,0$  (68%) та  $1,0 < X_T \leq 1,1$  (56%).

Представлені показники визначення психологічної характеристики часової спрямованості хворих на психосоматичні розлади виступили у якості прогностичних критеріїв хронопсихологічного прогнозування перебігу цих порушень, тобто визначили *психотип* «хронопсихологічного портрету» хворих на психосоматичні захворювання.

Дослідження самооцінки хворих на психосоматичні захворювання з різними типами *рівня суб'єктивного контролю* (РСК) показали, що хронотип індивідів з *низьким рівнем РСК* знаходиться в діапазонах:  $0,7 \leq X_T < 0,8$  (56%) та  $0,8 \leq X_T < 0,86$  (53%). Вони відносяться до *екстернального типу рівня суб'єктивного контролю*. Хронотип індивідів з *високим РСК* знаходиться в діапазонах:  $0,94 < X_T \leq 1,0$  (39%) та  $1,0 < X_T \leq 1,1$  (33%). Вони відносяться до *інтернального типу рівня суб'єктивного контролю*. У діапазоні:  $0,94 < X_T \leq 1,0$  (28%) знаходяться індивіди з *нормальним значенням стена*, тобто займають проміжне положення між екстернальним та інтернальним РСК. Отже, можна стверджувати, що тип локусу суб'єктивного контролю узгоджується зі значенням хронотипу у типологічних групах.

Обстеження індивідів, які страждають на психосоматичні захворювання різної нозології, дало можливість спрогнозувати розподіл психологічних симптомів цих хвороб у типологічних групах спектру «хронотипів» та побудувати «психологічний профіль особистості» таких хворих. Це надало можливість виокремити основні психологічні діагностичні критерії прояву кожної окремої патології та з їх урахуванням розробити відповідні медико-психологічні реабілітаційні заходи щодо попередження загострення психосоматичного розладу досліджуваних хворих.

У шостому розділі – «*Система заходів медико-психологічної реабілітації хворих та програма психопрофілактики соматичних порушень*» представлено зміст заходів медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих і програму первинної та вторинної психопрофілактики соматичних порушень; подано порівняльний аналіз результатів реабілітаційних та профілактичних заходів у експериментальній та контрольній групах.

Система заходів медико-психологічної реабілітації хворих шляхом диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями забезпечує своєчасність, а відповідно, і ефективність проведення реабілітаційних заходів. Запропонований спосіб дії імпульсного струму на організм людини з урахуванням ходу хронотипу індивіда значно посилює ефективність даного фізіотерапевтичного впливу. Враховуючи показання до лікування електросном, ми

включили цю процедуру до *комплексної медико-психологічної реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда.*

Процедура електросну проводилась як в експериментальній групі (узгодження частоти подачі імпульсів із хронотипом індивіда), так і в контрольній групі (частота подачі імпульсів визначалась чутливістю шкіри пацієнтів у вигляді «поколювання», пов'язаною із силою імпульсного струму). У якості порівняльних критеріїв виступили *клінічні показники* - виникнення порушень ритму серця, поява задишки, розвиток нападу стенокардії, поява блідості шкіри, пітливості у стані спокою, підвищення САТ та ДАТ внаслідок фізіотерапевтичного впливу (табл. 1).

Таблиця 1

**Порівняльний аналіз клінічних симптомів хворих на ІХС у період реабілітації в експериментальній та контрольній групах**

Показник	Бали	експерим група n = 253	контр група n=169	вся вибірка n=422	p
<b>Порушення ритму серця</b>	відсутність – 0 наявність - 1	58 (23%)	115(68%)	173 (41%)	0,001
<b>Поява задишки</b>	відсутність – 0 наявність - 1	33 (13%)	125(74%)	158 (37%)	0,005
<b>Напад стенокардії</b>	відсутність – 0 наявність - 1	61 (24%)	106(63%)	167 (39%)	0,001
<b>Блідість шкіри</b>	відсутність – 0 наявність - 1	26 (10%)	96 (57%)	122 (29%)	0,005
<b>Пітливість у стані спокою</b>	відсутність – 0 наявність - 1	24 (9%)	87 (51%)	111 (26%)	0,005
<b>Підвищення САТ &gt; 20-40мм.рт.ст.</b>	відсутність – 0 наявність - 1	28 (11%)	132(78%)	160 (38%)	0,005
<b>Підвищення ДАТ &gt; 10-12мм.рт.ст.</b>	відсутність – 0 наявність - 1	36(14%)	115(68%)	151 (36%)	0,001

Результати дослідження переконують, що серед прояву клінічних ознак перебігу ІХС у період реконвалесценції хворі з контрольної групи частіше (78%) відзначають у себе порушення ритму серця, прояви задишки, напади стенокардії, блідість шкіри, пітливість у стані спокою та підвищення САТ та ДАТ. Хворі з експериментальної групи мають більш стабільні показники (63%) клінічних симптомів хвороби.

В цілому, проведені дослідження підтверджують припущення, що в період клініко-психологічної реабілітації запропонований нами спосіб дії імпульсного струму на організм людини з урахуванням індивідуального її хронотипу значно підвищує ефективність фізіотерапевтичного впливу на пацієнтів із психосоматичними захворюваннями (75%). Це дозволяє стверджувати, що

*хронотип* індивіда може виконувати не тільки прогностичну функцію, а й бути використаний у якості *психолого-часового індикатора* ефективності фізіотерапевтичного впливу в лікуванні хворих на психосоматичні захворювання. Висновок ґрунтується на тих результатах дослідження, які переконують, що тривалість хронотипу індивіда узгоджується із тривалістю періоду між двома ударами його пульсу та тривалістю дихального циклу. Таким чином, *погодження імпульсних ритмічних впливів* у визначеному заданому ритмі із *ходом біологічного годинника індивіда* забезпечує їх відповідність фізіологічним ритмам функціонуючих органів і систем організму. Такий індивідуальний підхід значно посилює ефективність фізіотерапевтичного впливу на організм людини.

*Розроблена автором комплексна програма медико-психологічної реабілітації* виконувалась в декількох напрямках і переслідувала різні певні цілі. *Клінічні цілі* - підвищення толерантності до фізичного навантаження, нападів стенокардії, зменшення проявів серцевої недостатності або аритмії. *Психологічні цілі* - відновлення самовладання, зменшення тривожності і депресії, підвищення адаптації до стресу. *Соціальні цілі* - повернення до праці, незалежність в щоденному самообслуговуванні для осіб похилого віку та хворих із значними порушеннями функції лівого шлуночка. *Організаційні цілі* - зниження матеріальних витрат, більш рання виписка і раннє відновлення, зменшення кількості призначення препаратів, зменшення кількості повторної госпіталізації.

*Комплексна медико-психологічна реабілітація* хворих на психосоматичні захворювання передбачає три етапи (див. рис.2):

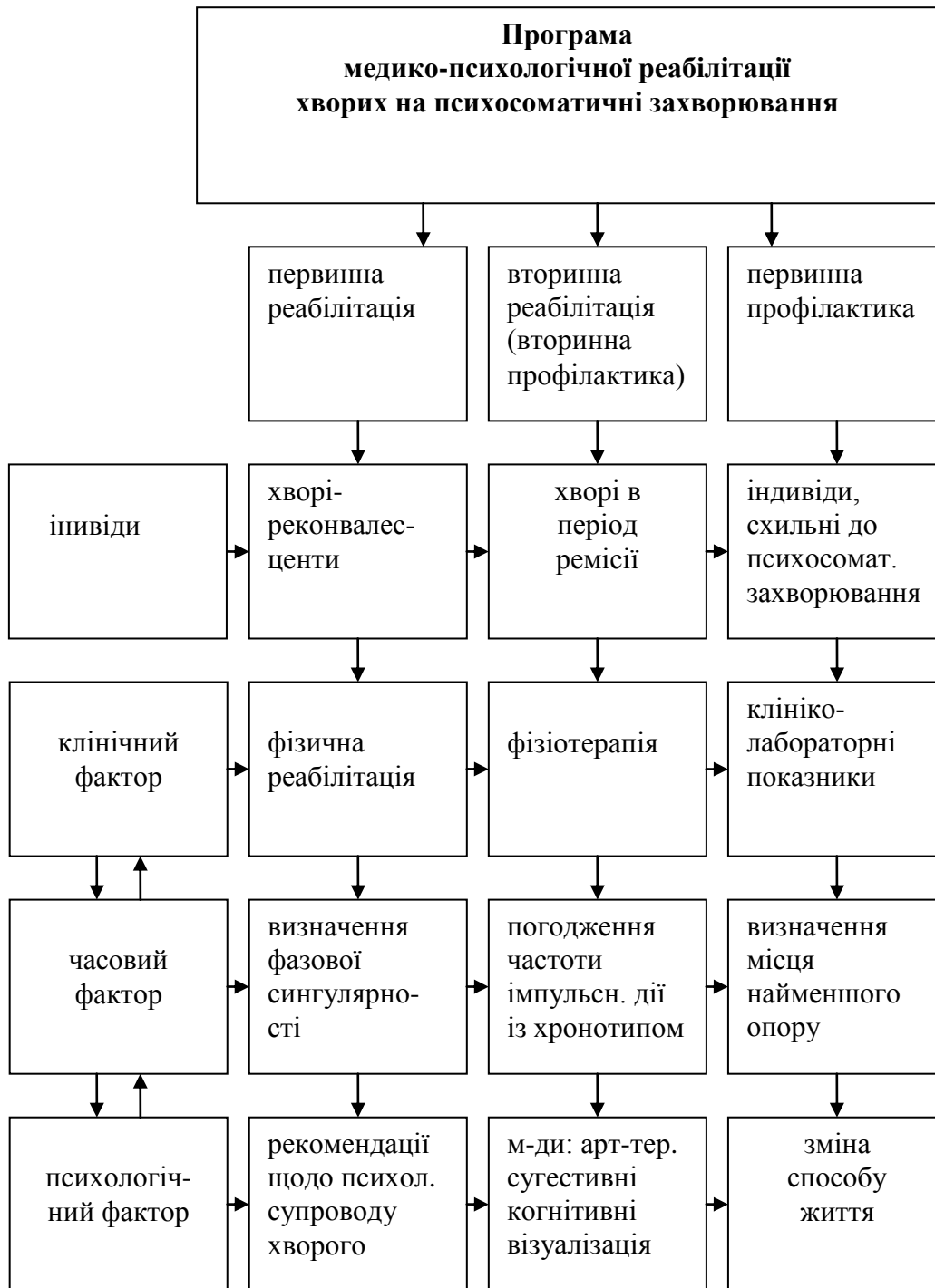
1-й етап – первинна реабілітація (період реконвалесценції - видужання);

2-й етап – вторинна реабілітація ототожнюється з вторинною профілактикою або попередженням загострення захворювання.

3-етап – первинна профілактика або попередження прояву ризиків хвороби.

На першому етапі реабілітації *медичний аспект* був пов'язаний із вибором фізичного навантаження. Ми дотримувались індивідуального підходу щодо визначення *термінів рухової реабілітації з урахуванням диференціації часових характеристик* у суб'єктів із ІХС, які протягом місяця перенесли інфаркт міокарда.

*Термін рухової реабілітації для хворих із хронотипом* в діапазонах:  $0,8 \leq X_T < 0,86$  та  $0,94 < X_T \leq 1,0$  *складав не менше 15-25 днів*. Інша категорія хворих потребувала *рухової реабілітації терміном на 7-9 днів*. Але між індивідами із груп ризику є ряд суттєвих якісних відмінностей у перебігу клінічної форми хвороби. Враховуючи ці особливості перебігу захворювання даних категорій хворих, стає можливим конкретизувати терміни реабілітації для цих пацієнтів, а саме, хворі із значенням хронотипу в діапазоні:  $0,8 \leq X_T < 0,86$  потребують фізичної реабілітації *терміном не менше 24-25 днів*, а хворі із значенням хронотипу в діапазоні:  $0,94 < X_T \leq 1,0$  є більш адаптованими до хвороби і *потребують фізичної реабілітації терміном 15-16 днів*. Ми дотримувались запропонованих раніше рекомендацій ВООЗ, що передбачають *7 стадій активності в період фізичної реабілітації*, але тривалість кожної з них становила індивідуальну кількість днів для певної категорії хворих.



**Рис. 2. Програма медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих**

Показниками адекватної реакції пацієнта на фізичне навантаження на первинному етапі реабілітації були збільшення пульсу на піку впливу і в перші 2-3 хвилини відпочинку не більше ніж на 20 ударів, збільшення числа дихальних рухів не більше ніж на 6-9 за 1 хвилину (допускається короткочасне відчуття задишки, якщо воно не супроводжується іншими неприємними симптомами і зникає самостійно протягом 2-3 хвилин), підвищення САД на 20-40 мм рт. ст. і ДАТ на 10-12 мм рт. ст. При цьому, всі зміни функціональних показників при

адекватному фізичному навантаженні повинні повертатися до вихідного рівня протягом 2-3 хвилин (максимально протягом 5 хвилин) після закінчення навантаження.

*Психологічна реабілітація хворого* починалася з перших хвилин перебування в стаціонарі. Було надано окремі *рекомендації медичному персоналу* щодо психологічного супроводу хворого в цей період, а саме:

1. При розмові з хворим лікар не повинен використовувати вирази, які можуть сприяти розвитку невротичних реакцій: «важкий інфаркт, набряк легенів, аневризми серця». Подібні терміни не слід вживати і при розмовах з медперсоналом, якщо хворий може зрозуміти їх зміст. Більш доцільно застосування визначень ІМ з зубцем Q.

2. В залежності від особистісних особливостей хворого справжній діагноз може бути повідомлений пізніше, після попередньої підготовки хворого.

3. Строго індивідуально слід підходити до розгляду питань, що стосуються тривалості лікування і подальшої працездатності.

4. Більш правильною є установка хворого на можливість повернення до праці і звичайного способу життя. З іншого боку, якщо хворий недостатньо реально оцінює свій стан, відмовляється від госпіталізації, порушує руховий режим або схему терапії, йому необхідно прямолінійно і об'єктивно розповісти про тяжкість стану організму та прогнози. Це забезпечить не тільки більш серйозне ставлення хворого до стану здоров'я, але і дозволить уникнути можливих в подальшому нарікань з боку хворого і родичів.

5. Не варто забороняти хворим читання газет, перегляд телевізійних передач, але їх тематика повинна бути обговорена і вони не повинні викликати негативні емоції.

*Рекомендації щодо термінів відновлення статевого життя* надавались індивідуально для конкретного хворого з урахуванням змін стану при фізичному навантаженні. Хворі мали долати не менш 2 прольотів сходинок при відсутності значущих змін АТ, ЧСС або розвитку аритмії. При цьому не рекомендувалась зміна партнера або звичайних умов.

У цілому, одужання після інфаркту міокарда – час переоцінки способу життя, і для успішної адаптації може знадобитися зміна життєвих звичок. У цей час надавались рекомендації хворому щодо поступового відновлення колишньої соціальної активності, здатності вести нормальний і корисний для суспільства спосіб життя. Підкреслювалося, що деякі колишні форми соціальної активності можуть виявитися невідповідними.

Більшість хворих (78%) із експериментальної групи за допомогою лікаря та психолога впоралися з проблемою одужання. Критеріями виписування хворого з лікарні були наступні:

- 1) *урівноважений хворий* – емоційно стійкий;
- 2) хворий, який не боїться відкрито обговорювати свої проблеми;
- 3) хворий, який приймає поради психолога;
- 4) хворий, у якого є хобі та інтереси, що можуть розрадити його на стадії одужання;
- 5) хворий, здатний адаптуватися до інфаркту міокарда.



На другому *етапі реабілітації* – етапі вторинної профілактики, метою якого було *своєчасне попередження загострення захворювання*, враховувалась оцінка об'єктивного стану хворого з боку поліклінічного лікаря, який виявляв хворих із проблемами під час одужання. Такі пацієнти отримували консультацію фахівця-кардіолога і психолога.

*Вторинна профілактика* була спрямована на раннє попередження прогресу захворювання і розвитку ускладнень. Заходи, що проводились при вторинній профілактиці: хронометричне обстеження із виявленням періоду спаду біологічного циклу життя індивіда – найбільш вірогідного проміжку часу загострення хвороби, психологічне обстеження та корекція виявлених порушень поведінки, клініко-лабораторне обстеження як критерій результативності проведення комплексної вторинної медико-психологічної реабілітації.

У цей період реабілітації збільшення фізичної працездатності хворого дозволяло провести більш детальне психологічне обстеження, ніж те, яке можна було виконати в гострій фазі захворювання. Водночас, особливістю надання допомоги пацієнтам у період реконвалесценції було проведення нами комплексної хроно-медико-психологічної реабілітації, що враховувала як часовий аспект – визначення періоду фазової сингулярності, тобто періоду найбільшого ризику загострення захворювання, так і психолого-медичну складову.

*Основним напрямком* психологічної реабілітації на цьому етапі було усвідомлення ситуації хвороби, тобто прийняття та формування адекватної позиції щодо захворювання, а відповідно, покращення адаптації особистості у відстрочений період.

У якості основних мішеней психологічної реабілітації були висунуті: тривожність; депресивний стан як пасивна життєва позиція; проблема сприйняття себе (занижена самооцінка, невпевненість у собі); проблеми спілкування (порушення міжособистісних відношень, соціального та професійного функціонування).

*Програма психологічної реабілітації* враховувала наступні *методи*:

сугестивні, поведінкові, когнітивні, арт-терапію, креативну візуалізацію з використанням бінауральних ритмів.

При роботі з *тривожністю та депресивним станом* були використані методи релаксації та бінауральні музичні ритми (К.Бугайчук, 2000). Особливі низькочастотні форми звуку мали позитивний вплив на психічний стан та соматичне здоров'я пацієнтів.

Наші власні дослідження психологічної складової реабілітації на цьому етапі довели, що бінауральна терапія дозволяє обстеженим пацієнтам значно швидше входити у стан глибокої релаксації *саме напередодні входження хворим у фазу сингулярності* (приблизно за 10-20 днів), що сприяє покращенню їх сну та емоційній стійкості. Цей метод особливо має показання до застосування у разі стійкості хворого до інших психологічних методів реабілітації.

Доведено, що зниження тривожності вказаними вище методами сприяє зміні установки пацієнта на хворобу, уникненню напруги. Внаслідок цього хворі займали більш активну життєву позицію, що призводило до зменшення

депресивного стану. Емпіричні дані, отримані за допомогою методики шпитальної шкали тривожності та депресії (НАДС), підтверджують це припущення.

Так, до проведення реабілітаційної роботи результати дослідження переконували, що у всіх хворих має місце високий рівень ситуативної тривожності. Після проведеної медико-психологічної реабілітації отримані наступні результати: у 26,8% хворих рівень тривожності нормалізувався (див. табл. 2). Тим більше відмічено, що, не дивлячись на високий рівень тривожності у цих хворих до та після реабілітації, існують відмінності за t-критерієм Стьюдента в абсолютних значеннях показників тривожності ( $p \leq 0,05$ ).

Таблиця 2

**Порівняльний аналіз рівня прояву тривожності хворих на ІХС до та після проведення реабілітаційної роботи**

Рівень тривожності	Бали	До реабілітації n = 253	Після реабілітації n = 253
Низький	$\geq 30$	1,5%	26,8%
Середній	31-45	19,5%	69,8%
Високий	$\leq 46$	79%	43%
M		42,3	31,2
$\sigma$		8,4	8,0
$p \leq$		0,05	

Депресивна симптоматика різного ступеня виразності була відмічена у 83,9% хворих, без депресії – у 16,1%. Практично у третини (28,6%) виявлений високий рівень депресивного стану (див. табл. 3).

Таблиця 3

**Порівняльний аналіз рівня прояву депресії хворих на ІХС до та після проведення реабілітаційної роботи**

Рівень депресії	Бали	До реабілітації n = 253	Після реабілітації n = 253
Відсутність	$< 5$	16,1%	37,5%
Середній	5-25	65,3%	42,9%
Високий	$>25$	28,6%	19,6%
M		23,3	18,4
$\sigma$		3,4	2,0
$p \leq$		0,05	

В результаті проведення комплексної медико-психологічної реабілітації кількість хворих без депресії збільшилась (37,5%), кількість з високим рівнем знизилась до 19,6%.

Проблеми важкості спілкування, в основі яких лежить невпевненість у собі, занижена самооцінка, пов'язана із наслідками хвороби, враховували при виборі індивідуальних та групових методів психотерапії пацієнтів – учасників дослідження. Приймались до уваги переваги групової – ефективні форми у випадку рішення проблем міжособистісного характеру.

Спостереження переконали, що хворі, які брали участь у груповій терапії, після завершення лікування ведуть більш активний спосіб життя на відміну від хворих, у яких лікування обмежилось лише медичною допомогою. Їх активність мала місце у відвідуванні груп здоров'я, басейну, занять фізичною культурою, спілкуванні.

*Релаксація* застосовувалась з метою посилення відновлювальних процесів хворих та напрацювання довільної регуляції вегетативних та психічних функцій, а саме, зняття напруги дихальної мускулатури – при депресивному стані, спазму м'язів артикуляції та фонації – при проявах страху. Аналіз рівня тривожності та депресії до та після 5 сеансів м'язової релаксації з використанням t-критерію Стьюдента показав, що рівень ситуативної тривожності після терапії значно нижчий, ніж при первинному дослідженні ( $12,14 \pm 2,06$  та  $8,64 \pm 1,19$ , відповідно,  $p < 0,01$ ).

*Музикотерапія* використовувалась за допомогою прослуховування запису природи за спеціальною програмою А.Гнезділової.

Таким чином, результати клінічних досліджень продемонстрували зменшення основних коронарних подій (на 23,5%) внаслідок запропонованої нами комплексної вторинної профілактики кардіологічних захворювань і інсультів в осіб із установленою ІХС, а також зниження необхідності у проведенні інвазивних процедур на коронарних артеріях.

*Первинна профілактика* ставить перед собою завдання: зберегти здоровими контингент людей із групи ризику, а саме, попередити виникнення ішемічної хвороби серця в індивідів із хронотипом в діапазонах:  $0,8 \leq X_T < 0,86$  та  $0,94 < X_T \leq 1,0$ , у яких місцем найменшого опору є серцево-судинна система та посилити заходи профілактики цих порушень саме в період фазової сингулярності.

*Первинна профілактика* була спрямована на зменшення найближчого ( $\leq 10$  років) і віддаленого ( $> 10$  років) ризику виникнення ІХС і передбачала зміну способу життя хворого напередодні входження ним у фазу сингулярності: зниження споживання жирів тваринного походження і холестерину, збільшення фізичної активності, контроль ваги, зниження рівня холестерину в плазмі крові.

*Основою первинної профілактики* є зміна способу життя, однак високі рівні загального холестерину ( $> 8$  ммоль/л (320 мг/дл)) або наявність множинних факторів ризику можуть бути показанням до призначення комплексної медико-психологічної профілактики.

Отримані результати дослідження дозволяють проводити цілеспрямований психолого-соматичний вплив із залученням фахівців-практиків різного профілю, прогнозувати й передбачати можливі порушення до того, як вони виявляться.

## ВИСНОВКИ

Резюмуючи викладені в дисертації результати теоретичних і експериментальних досліджень, можна зробити такі підсумкові **висновки**:

1. Теоретичне узагальнення і нове розв'язання наукової проблеми хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань з позиції психологічної диференціації індивідуальних психологічних властивостей людини переконує, що ознаки соматичних розладів істотно пов'язані з ними та, відповідно, можуть бути досить прогнозовані й визначені з урахуванням типологічних груп, а також залежні від індивідуального (власного) біологічного часу.

2. Аналіз чинників, які зумовлюють перебіг психосоматичного захворювання, дає підставу віднести до найважливіших передумов прогнозування порушення *диференціацію часових характеристик у суб'єктів із цими розладами*. Найважливішими чинниками, що зумовлюють ефективність прогнозування, є *індивідуальний хронотип та часова спрямованість особистості*. Крім того, підлягають обов'язковому врахуванню чинники, що впливають на перебіг захворювання, а саме, *місце найменшого опору, фазова сингулярність та базовий емоційний прояв поведінки хворого*.

3. Вибір *психолого-часових індикаторів перебігу психосоматичних порушень* дозволив розробити *концепцію хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань*, суть якої полягає в тому, що хронотип індивіда виступає центральним чинником, який дозволяє спрогнозувати психотип та соматотип хворих на психосоматичні захворювання. Враховуючи хронопсихологічні індивідуальні особливості хворого на психосоматичне захворювання, є можливість спрогнозувати загострення хвороби та своєчасно провести профілактику цього порушення. Насамперед мова йде про такі окремі нозологічні форми захворювань, як хвороби серцево-судинної системи, органів дихання, травлення та сечостатевої системи.

4. Результати дослідження підтверджують: *серцево-судинні захворювання* локалізуються у межах переважно двох типологічних груп індивідів, для яких вони є «переважаючими», та за межі цих груп практично не виходять. Сама хвороба окреслила межі двох груп *«помірними» екстравертами* ( $0,8 \leq X_t < 0,86$ ) (53%) та *«помірними» інтровертами* ( $0,94 < X_t \leq 1,0$ ) (47%), які перенесли інфаркт міокарда.

Хронотип обстежених хворих *на органи шлунково-кишкового тракту* знаходиться переважно у діапазоні  $1,0 < X_t \leq 1,1$  (78,3%), що відповідає групі індивідів, у яких домінують хвороби шлунка типологічного масиву одного з п'яти сегментів спектру «спрямованості на час». Спостерігається узгодження між «хронотипом» та клінічним проявом захворювання печінки та жовчного міхура на контингенті пацієнтів, хронотип яких знаходиться у діапазоні від 0,7 до 0,8. Результати дослідження показали, що хронотип хворих, які страждають на *холецистит, панкреатит та дискинезію жовчовивідних шляхів*, знаходиться у діапазоні  $0,7 \leq X_t < 0,8$  (32%), що відповідає групі індивідів, у яких «переважають»

хвороби органів жовчовивідних шляхів. Індивіди з таким «хронотипом» наближаються до категорії «дуже екстравертованих».

Обстеження хворих на *нефроурологічні захворювання* підтверджує припущення, що *сечова система* є місцем найменшого опору у людей із хронотипом у діапазоні:  $0,86 \leq X_t \leq 0,94$  (92%), куди відносяться індивіди із «суто» *амбівертним типом спрямованості*. 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 (90%).

Пульмонологічні симптоми хворих на *бронхіальну астму* та *рецидивуючий трахеобронхіт* локалізуються переважно (83%) у діапазоні:  $0,7 \leq X_t < 0,8$ , куди відносяться індивіди екстравертованої групи.

З позиції реляційної концепції часу в ході дослідження виявлено зону найменшого опору у індивідів, які страждають на *невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади*. Це вказує на їх належність до типологічної групи. Так, *неврастенії* є місцем найменшого опору у помірно інтровертованих (63%). *Конверсійна істерія* локалізується у межах дуже екстравертованої групи (72%). В зоні локалізації *обсесивно-компульсивних розладів* виявилися представники дуже інтровертованої групи (54%). Така диференціація невротичних розладів необхідна і в медицині, та у психології тому, що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть виникнути невротичні розлади.

5. У різних індивідів їх домінантна хвороба проявляється з певною „С-періодичністю”. Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей (65%). Для більшості обстежених хворих на психосоматичні захворювання (68%) загальним є те, що клінічні прояви хвороби не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів та й з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю  $\frac{1}{4}C$  (21%),  $\frac{1}{2}C$  (19%),  $\frac{1}{16}C$  (22%),  $\frac{3}{4}C$  (26%) в залежності від належності до типологічної групи. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.

6. Ефективність запропонованої системи визначалася за підсумками порівняльного аналізу результатів первинного психолого-соматичного й контрольного обстеження, що дало можливість проаналізувати зміни психосимптоматики хворих внаслідок проведеної комплексної медико-психологічної реабілітаційної роботи з урахуванням концепції хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань. Так, до проведення реабілітаційної роботи результати дослідження переконували, що у всіх хворих на ішемічну хворобу серця має місце високий рівень ситуативної тривожності. Після проведеної медико-психологічної реабілітації отримані наступні результати: у 66,8% хворих рівень тривожності нормалізувався. Тим більше відмічено, що, не дивлячись на високий рівень тривожності у цих хворих до

та після реабілітації, існують відмінності за t-критерієм Стьюдента в абсолютних значеннях показників їх тривожності ( $p \leq 0,05$ ).

Депресивна симптоматика різного ступеня виразності була відмічена у 83,9% хворих, без депресії – у 16,1%. Практично у третини (28,6%) виявлений високий рівень депресивного стану. В результаті проведення комплексної медико-психологічної реабілітації кількість хворих без депресії збільшилась (67,5%), кількість з високим рівнем знизилась до 17,4%.

7. Подальше продовження дослідження з даної проблеми ми вбачаємо у розробці міждисциплінарної державної соціальної програми, спрямованої на оздоровлення людини за розробленою технологією із залученням фахівців-практиків із інших галузей, відповідно, даний підхід буде сприяти формуванню не тільки здорової особистості, а й формуванню здорового суспільства.

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:**

#### *1. Монографії:*

1.1. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих: [монографія] / І.І. Савенкова. – К.: КУ імені Бориса Грінченка, 2013. – 321с.

#### *2. Навчальні посібники:*

2.1. Савенкова І.І. Клінічна психологія: [навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів] / І.І. Савенкова. – Херсон: Академа, 2010. – 253с. Гриф «навчальний посібник» надано у відповідності з листом Міністерства освіти і науки України від 08.04.2010р. №1/11-2907.

#### *3. Статті у наукових фахових виданнях:*

3.1. Савенкова І.І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні гастроентерологічні розлади / І.І. Савенкова // Проблеми загальної та педагогічної психології: [збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України]. - Том XI, частина 1. – К., 2009. - С. 482 – 490.

3.2. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема психодіагностики кардіологічних розладів / І.І. Савенкова // Психологія і суспільство: [Український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис]. - №2 (36). - Тернопіль: ТНЕУ, 2009. - С.104 – 108.

3.3. Савенкова І.І. Проблема ефективності діяльності лікаря в умовах дефіциту часу / І.І. Савенкова // Актуальні проблеми психології: [збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України]. - Серія: Екологічна психологія. - Том 7, випуск 19. – Житомир: ЖДУ ім. І. Франка, 2009. – С.206-210.

3.4. Савенкова І.І. Хронобіологічний прогноз загострень захворювань пульмонологічного профілю у дітей / І.І. Савенкова // Психологія і суспільство: [Український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис]. - №3 (37). - Тернопіль: ТНЕУ, 2009. - С. 159-164.

3.5. Савенкова І.І. Диференціація часових характеристик у суб'єктів з нефрологічними порушеннями / І.І. Савенкова // Актуальні проблеми психології: [збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України]. -

Серія: Проблеми психології творчості. - Том 12, випуск 6. - Житомир: ЖДУ імені Івана Франка, 2009. – С. 267 – 274.

3.6. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема нефроурологічних розладів / І.І.Савенкова // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В.О.Сухомлинського. – Серія: Психологічні науки. - Т.2, випуск 4 (32). - Миколаїв, 2010. – С.272- 276.

3.7. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу пульмонологічних захворювань / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми психології: [зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України]. – Серія: Психологічна теорія і технологія навчання. - Т.3, випуск 4. – К., 2010. - С.206-210.

3.8. Савенкова І.І. Підвищення ефективності фізіотерапії шляхом диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями / І.І.Савенкова //Актуальні проблеми психології: [зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України] / за ред. акад. С.Д.Максименка. – Серія: Соціальна психологія. - Т.14, випуск 3. – К., 2010. - С.294-303.

3.9. Савенкова І.І. Хронотип хворих на пульмонологічні захворювання / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми психології: [зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України] - Серія: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. – Т.6, випуск 8. - К., 2010. - С.420-427.

3.10. Савенкова І.І. Теоретична модель системи корекційних заходів медико-психологічної реабілітації / І.І.Савенкова // Психологія і суспільство: [Український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис]. - №1 (51). - Тернопіль: ТНЕУ, 2013. - С. 92-99.

3.11. Савенкова І.І. Індивідуальний хронотип хворих на невротичні розлади / І.І.Савенкова // Проблеми сучасної психології: [збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України] – Випуск 11. - Кам'янець-Подільський, 2010. – С.630-639.

3.12. Савенкова І.І. Особливості прояву тривожності у хворих дітей на хронічні неінфекційні захворювання / І.І.Савенкова // Психологія і суспільство: [Український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис]. - №1 (43). - Тернопіль: ТНЕУ, 2011. - С. 151-158.

3.13. Савенкова І.І. Студент приватного вузу: відрахувати не можна, залишити! / І.А.Добрянський, І.І.Савенкова // Освіта і управління. – Т.14, № 4. – К., 2011. – С.99-109.

3.14. Савенкова І.І. Індивідуальні особливості інтелектуальних можливостей студентів / І.А.Добрянський, І.І.Савенкова // Проблеми загальної та педагогічної психології: [Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України]. - Том XII, частина 2. – К., 2012. - С. 138 – 152.

3.15. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу невротичних розладів / І.І.Савенкова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.Сковороди. – Серія «Психологія». – Випуск 46. – Ч. 1. – Х., 2013. - С.151-158.

- 3.16. Савенкова І.І. «Хронопсихологічний портрет» хворих на гастроентерологічні захворювання / І.І.Савенкова // Психологія і суспільство: [Український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис]. - № 2 (28). – Тернопіль: ТНЕУ, 2013. – С.138-143.
- 3.17. Савенкова І.І. Теоретико-методологічні засади дослідження індивідуально-типологічних властивостей особистості з позиції психології часу / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми психології: [зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України]. – Серія: Соціальна психологія. - Т. XI, випуск 6. – Книга II. – К., 2013. - С.294-302.
- 3.18. Савенкова І.І. «Хронопсихологічний портрет» хворих на серцево-судинні захворювання / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми психології: [зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України] - Серія: Психологія творчості. - Т.12, випуск 16. – К., 2013. - С.420-427.
- 3.19. Савенкова І.І. Хронопрогностичні показники прояву депресивних станів / І.І.Савенкова // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В.О.Сухомлинського. – Серія: Психологічні науки. - Т.2, випуск 10 (91). – Миколаїв, 2013. - С.272- 276.
- 3.20. Савенкова І.І. Прогностичні показники прояву реактивної та особистісної тривожності хворих на психосоматичні захворювання / І.І.Савенкова // Проблеми сучасної психології: [збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України] – Випуск 20. - Кам'янець - Подільський, 2013. – С.588-597.
- 3.21. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу нефроурологічних захворювань / І.І.Савенкова // Проблеми сучасної психології: [збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України] – Випуск 21. - Кам'янець-Подільський, 2013. – С.630-637.
- 3.22. Савенкова І.І. «Хронопсихологічний портрет» хворих на уронефрологічні захворювання / І.І.Савенкова // Наукові записки: [збірник наукових праць Національного університету «Острозька академія»] – Серія: Психологія і педагогіка. - Випуск 22. – Острого, 2013. - С.170-173.
- 4. Статті у інших виданнях:*
- 4.1. Савенкова І.І. Суб'єктивна виразність болю та відношення до часу при серцево-судинних розладах / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми практичної психології: [збірник наукових праць Херсонського державного університету] Випуск 8. – Херсон, 2008. – С.28-31.
- 4.2. Савенкова І.І. Суб'єктивна виразність болю та відношення до переживання часу при нефроурологічних розладах / І.І.Савенкова // Науковий потенціал світу, 2009: [збірник наукових праць VI Міжнародної науково-практичної конференції] – Випуск 22. – Дніпропетровськ, 2009. – С.29-32.
- 4.3. Савенкова І.І. Фактор часу та проблема нефроурологічних розладів / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми сучасної науки: [Матеріали шостої Міжнародної науково-практичної інтернет – конференції]. – Випуск 8, частина 2. – К, 2009. – 197-203.



- 4.4. Савенкова І.І. Ступінь виразності клінічних проявів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах / І.І.Савенкова // Development of modern science and technics: [materials international research and practice conference]. – Donetsk, 2009. – P.379-385.
- 4.5. Савенкова І.І. Ступінь суб'єктивної виразності болю при кардіологічних захворюваннях / І.І.Савенкова // Наука і освіта, 2009: [збірник наукових праць XII Міжнародної науково-практичної конференції] – Випуск 28. – Дніпропетровськ, 2009. – С.69-71.
- 4.6. Савенкова І.І. Тривалість періодів реконвалесценції при психосоматичних розладах / І.І.Савенкова // Гендер: сучасний стан та перспективи розвитку в українському суспільстві: [збірник наукових праць Херсонського державного університету]. - Випуск 9. – Херсон, 2009. – С.233-236.
- 4.7. Савенкова І.І. Психосимптоматика хронічних неінфекційних захворювань / І.І.Савенкова // Регіональні проблеми місцевого самоврядування: [збірник наукових праць I Всеукраїнської науково-практичної конференції] – Випуск 1. – Первомайськ, 2009. – С.190-196.
- 4.8. Савенкова І.І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні гастроентерологічні розлади / І.І.Савенкова // Сучасні досягнення науки: [збірник наукових праць Кіровоградського інституту регіонального управління та економіки]. - Частина 1. – Кіровоград, 2009. – С.218-231.
- 4.9. Савенкова І.І. Психолого-часові індикатори функціональних аритмій / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми сучасної науки: [Матеріали восьмої Міжнародної науково-практичної інтернет – конференції]. – Випуск 10, частина 3. – К, 2011. – 28-31.
- 4.10. Савенкова І.І. Психолого-часові індикатори перебігу гастроентерологічних захворювань / І.І.Савенкова // Development of modern science and technics: [materials international research and practice conference]. – Donetsk, 2012. – P.13-15.
- 4.11. Савенкова І.І. Психолого-часові індикатори перебігу ішемічної хвороби серця / І.І.Савенкова // Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи: [Матеріали першої Міжнародної науково-практичної конференції]. – Випуск 1. – К, 2012. – С.54-55.
- 4.12. Савенкова І.І. Теоретико-методологічні засади дослідження індивідуально-типологічних властивостей особистості з позиції психології часу / І.І.Савенкова // Соціалізація особистості в умовах системних змін: теоретичні та прикладні проблеми: [Матеріали восьмої Міжнародної науково-практичної конференції]. – Випуск 8. – К, 2013. – С.38-41.

## АНОТАЦІЇ

**Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Київський національний університет імені Тараса Шевченка. - Київ, 2013.

У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове розв'язання наукової проблеми хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань з позиції психологічної диференціації індивідуальних психологічних властивостей людини, яке переконує, що ознаки соматичних розладів повністю узгоджені з ними й, відповідно, можуть бути досить прогнозовані та визначені з урахуванням типологічних груп, а також залежні від індивідуального (власного) біологічного часу хворого.

Теоретично та практично обґрунтовується концепція хронопсихологічного прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих. Здійснена практична розробка загального алгоритму прогнозування психосимптоматики, перебігу хвороби та ефективності лікування психосоматичних порушень; побудовано модель «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на кардіологічні, гастроентерологічні, уронефрологічні, суміжні невротичні та соматоформні розлади та програму комплексної медико-психологічної реабілітації хворих на соматичні порушення. Розроблений алгоритм було успішно застосовано на етапі діагностики, лікування, реабілітації та психопрофілактики психосоматичних захворювань.

В роботі створено класифікацію та визначено принципи добору й застосування дослідницьких методів, які можуть використовуватись у виокремленні психолого-часових індикаторів перебігу психосоматичних порушень. Розроблено й апробовано технологію проведення та методичного забезпечення всіх етапів, використання якої в кожному конкретному випадкові передбачає обов'язкове врахування часового індикатора і особливостей тривалості біологічного циклу життя індивіда, що дає змогу досягти найкращого результату в прогнозуванні перебігу психосоматичних захворювань.

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

### **Савенкова И.И. Хронопсихологическое прогнозирование течения психосоматических заболеваний. – Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук по специальности 19.00.04 - медицинская психология. – Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко. - Киев, 2013.

В диссертации осуществлено теоретическое обобщение и новое решение научной проблемы хронопсихологического прогнозирования течения психосоматических заболеваний с позиции психологической дифференциации индивидуальных психологических свойств человека, которое убеждает, что признаки соматических расстройств полностью согласованы с хронометрическими свойствами и, соответственно, могут быть достаточно прогнозируемы и определены с учетом типологических групп, а также зависимы от индивидуального (собственного) биологического времени пациентов.

Теоретически и практически обосновывается концепция хронопсихологического прогнозирования течения заболеваний у

психосоматических больных. Осуществлена практическая разработка общего алгоритма прогнозирования психосимптоматики, течения болезни и эффективности лечения психосоматических нарушений; построена модель «хронопсихологического профиля личности» больных с кардиологическими, гастроэнтерологическими, уронефрологическими, смежными невротическими и соматоформными расстройствами и программа комплексной медико-психологической реабилитации соматических больных. Разработанный алгоритм был успешно использован на этапе диагностики, лечения, реабилитации и психопрофилактики психосоматических заболеваний.

Исследуя одну из «предпочитаемых» форм нарушения работы сердца, мы убеждаемся, что нарушение ритма сердца локализуется преимущественно в своих типологических группах, а именно: нарушения ритма с тахикардией - в умеренно экстравертированном спектре «хронотипов», а расстройства ритма с брадикардией - в умеренно интровертированном спектре «хронотипов».

Учитывая психологические индивидуальные особенности каждого отдельного индивида, склонного к заболеваниям желудочно-кишечного тракта, есть возможность спрогнозировать место наименьшего сопротивления, в частности, такие болезни желудочно-кишечного тракта, как гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститы, панкреатиты, дискинезии желчевыводящих путей, запоры, диареи.

Обследование больных с нефроурологическими заболеваниями свидетельствует о том, что мочевая система является местом наименьшего сопротивления у людей с хронотипом в диапазоне:  $0,86 \leq X_T \leq 0,94$ , куда относятся индивиды с «чисто» амбивертным типом направленности, а также с умеренно экстравертными и умеренно интровертными проявлениями.

Пульмонологические симптомы больных с бронхиальной астмой и рецидивирующим трахеобронхитом локализуются преимущественно в диапазоне:  $0,7 \leq X_T < 0,8$ , куда относятся индивиды экстравертированной группы.

Больные с соматоформными дисфункциями вегетативной нервной системы по гипертоническому типу имеют преимущественно хронотип в тех зонах, в которых у больных "хронотипов" имеет место гипертоническая болезнь. Сами больные пациенты с соматоформными дисфункциями четко определили две границы ( $X_T = 0,8$  и  $X_T = 1,0$ ) в спектре "хронотипов", в которых происходит скачкообразный переход от гипотонической тенденции к гипертонической.

Создана классификация и определены принципы отбора и применения исследовательских методов, которые могут использоваться в выделении психолого-временных индикаторов течения психосоматических нарушений. Разработанная и апробированная "технология" проведения и методического обеспечения всех этапов, использование которой в каждом конкретном случае предусматривает обязательный учет временного индикатора и особенностей продолжительности биологического цикла жизни индивида, позволяет достичь наилучшего результата в прогнозировании течения психосоматических заболеваний.

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

**Savenkova I.I. Chronopsychological prognosis of the course of psychosomatic diseases.-** Manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Psychology, specialty - 19.00.04 – medical psychology. – Kyiv National Taras Shevchenko University. - Kyiv, 2013.

The thesis presents theoretical generalization and new solution of scientific problems of chronopsychological prognosis of the course of psychosomatic diseases from the perspective of psychological differentiation of individual psychological features of person. It assures that symptoms of somatic disorders are totally consistent with them and therefore can be quite predictable and defined on the basis of typological groups; they are dependent on individual biological time.

The theoretical and practical concept of chronopsychological prognosis of the course of diseases in psychosomatic patients is justified there. The practical development of the overall algorithm of psychosomatics prediction, the course of disease and the treatment effectiveness is made there. The model of chronopsychological personality profile of patients with cardiac, gastrointestinal, renal, related neurotic and somatoform disorders and model of comprehensive program of medical and psychological rehabilitation of patients with somatic disorders are built in the thesis. The created algorithm was successfully tested at the stage of diagnosis, rehabilitation and psych prevention of psychosomatic diseases.

The classification is established and the principles of selection and application of research and corrective techniques that can be used to separate psychological time indicators of the course of psychosomatic disorders are defined there. The technology of carrying out and methodological support of all stages is developed and tested in the thesis. The usage of this technology in each case mandates the consideration of the time indicator and biological characteristics of the duration of the life cycle of the individual, so you can achieve the best results in predicting the course of psychosomatic diseases.

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