

УДК 159.937.

І. І. Савенкова, здобувач

Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова,
кафедра диференціальної і експериментальної психології

ЛОКАЛІЗАЦІЯ СУБ'ЄКТИВНОЇ ВИРАЗНОСТІ БОЛЮ В ОНТОГЕНЕТИЧНІЙ РОЗГОРТЦІ

У дослідженні з'ясувалася залежність прояву симптомів болю при хронічних серцево-судинних захворюваннях від тривалості власної одиниці часу. Встановлено, що індивідуальні вікові точки максимальної суб'єктивної виразності болю узгоджені з довготривалістю власного біологічного циклу особистості.

Ключові слова: індивід, типологічна група, переважаюча хвороба, місце найменшого опору, фазова сингулярність, біологічний цикл, біль.

Результати попередніх наших досліджень свідчать про те, що згідно визначенню власної одиниці часу [8, с. 45–56] існує можливість передбачити місце найменшого опору у кожного окремого індивіда [1, 2, 3]. Якщо плин-перебіг хвороби приймає хронічний характер, то, враховуючи часову розгортку, можливо підрахувати періоди загострення хвороби, які виявляються в певному віці [4, 5, 6]. В актуалізованому предметному контексті подальший пошук доречно спрямувати на дослідження такого симптому хронічних неінфекційних захворювань як біль.

Для медичної практики у зв'язку з "сигнальним" значенням болю дуже важливою є характеристика больового відчуття. Але труднощі об'єктивної характеристики болю пов'язані з тим, що за своїм характером біль є суб'єктивним відчуттям, що залежить не тільки від діючого подразника, але і від психічної реакції особистості на біль. Більше того, до тепер не існує об'єктивних методів оцінки інтенсивності больового відчуття у людини. Але у лікарняній практиці суб'єктивній оцінці болю не надається певної уваги внаслідок її суб'єктивності. Тому у клініці усні повідомлення порівнюють з даними лікарського обстеження і доповнюють деякими прийомами, які дозволяють контролювати ступінь суб'єктивності в оцінці болю пацієнтом. Але ці прийоми не дають позитивного результату без оцінки болю самим хворим. Не мали успіху в оцінці кількісних та якісних аспектів відчуття болю методики експериментально викликаного болю, використання їх у сполученні з психофізичними вимірами болю й обміну повідомлень пацієнтів про вплив на біль анальгетичних препаратів [9, 11].

Так, електричні потенціали для вивчення сенсорних процесів у корі великого мозку людини використовували для оцінки суб'єктивної інтенсивності болю [10]. Цей метод використовують також для вивчення анальгетичного ефекту. Однак викликані потенціали дають

різну амплітуду у кожного окремого індивіда, а також піддаються дії важко усунутих суб'єктивних факторів, таких як чекання й увага. Тому сучасні методи дослідження об'єктивних фізіологічних корелятивів якості й інтенсивності болю у людини не є ефективними та дійсними. Перевага надається суб'єктивній оцінці виразності болю у кожного окремого індивіда. Тому що кожен окремий пацієнт, як з'ясовує медична практика, по-різному реагує на один і той же біль, оцінює його по-різному і по-різному оцінює вплив анальгетичних препаратів на його організм. Це вказує на те, що індивідуальна суб'єктивна оцінка є провідною в оцінці болю і потребує її класифікації для оцінки кожним хворим.

Наше завдання у попередньому експерименті — дослідити у дітей суб'єктивне сприйняття болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання — враховувало дослідження залежності суб'єктивної виразності болю від індивідуальних особливостей психіки хворого і дало можливість стверджувати на основі результатів дослідження, що ступінь суб'єктивної виразності болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання узгоджується із власною одиницею часу індивіда у типологічній групі безперервного спектру "τ-типів", тобто має чітку вікову та типологічну локалізацію [7].

Також результати попередніх досліджень дали можливість з'ясувати, що існує диференціація суб'єктивної виразності больової реакції в різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції, ремісії). Тому проблема суб'єктивної виразності болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання далека від свого повного розв'язання, оскільки виникає запитання: чи має суб'єктивна виразність болю часову розгортку і чи узгоджується ступінь суб'єктивної виразності болю із тривалістю біологічного циклу життя індивіда?

Наше завдання — зіставити результати оцінки ступеня суб'єктивної виразності болю із періодами тривалості біологічного циклу життя індивіда — враховувало обстеження дітей в різні періоди хвороби. Зокрема обстеження в період загострення проводилося на стаціонарному лікуванні, а в період ремісії та реконвалесценції — під час поліклінічного обстеження.

Дані результатів дослідження суб'єктивного відчуття болю хворих на міокардит підлягли статистичній обробці вікових даних. По кожній групі розраховувався середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання у значенні великого біологічного циклу та переведений у роки, і ці дані зіставлялися зі ступенем суб'єктивного відчуття болю. Статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на міокардит та ступінь суб'єктивної оцінки болю у період загострення захворювання, зведені у таблицю 1.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю показує, що у хворих на міокардит максимальна суб'єктивна оцінка болю — 6–7 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем 1¼С (відповідно роки по циклам: 8,6 р.; 8,9 р.; 9,1 р.); 1½С (відповідно: 10,4 р.; 10,7 р.; 10,9 р.); 1¾С (відповідно: 12,1 р.; 12,4 р.; 12,8 р.).

Таблиця 1

Суб'єктивна виразність болю у фазі загострення хвороб серцево-судинної системи у дітей (міокардит)

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Середній показник ступеня болю
			1¼ С	Ступінь болю	1½ С	Ступінь болю	1¾ С	Ступінь болю	
Діти (14 інд.)	0,8≤τ≤0,82	6,8	8,6	7	10,2	7	11,9	6	7
Діти (7 інд.)	0,83≤τ≤0,84	7,1	8,9	6	10,7	7	12,4	6	6
Діти (8 інд.)	0,85≤τ≤0,86	7,3	9,1	6	10,9	6	12,8	7	6

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на міокардит в період реконвалесценції зведені у таблицю 2.

Таблиця 2

Суб'єктивна виразність болю у фазі реконвалесценції хвороб серцево-судинної системи у дітей (міокардит)

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю				Середній показник ступеня болю
			1½ С	Ступінь болю	1 7/12 С	Ступінь болю	
Діти (19 інд.)	0,8≤τ≤0,82	6,8	9,0	4	10,7	5	4,5
Діти (6 інд.)	0,83≤τ≤0,84	7,1	9,4	5	11,2	5	5
Діти (8 інд.)	0,85≤τ≤0,86	7,3	9,7	4	11,5	4	4

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на міокардит в період ремісії зведені у таблицю 3.

Таблиця 3

Суб'єктивна виразність болю у фазі ремісії хвороб серцево-судинної системи у дітей (міокардит)

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Середній показник ступеня болю
			1⅙ С	Ступінь болю	1⅝ С	Ступінь болю	1⅔ С	Ступінь болю	
Діти (12 інд.)	0,8≤τ≤0,82	6,8	7,9	3	9,6	3	11,3	3	3
Діти (6 інд.)	0,83≤τ≤0,84	7,1	8,2	3	10,0	3	11,4	3	3
Діти (5 інд.)	0,85≤τ≤0,86	7,3	8,5	3	10,3	3	12,1	2	3

10 дітей були обстежені у період загострення захворювання і їх роки по циклам відповідають: 8,6 р., 8,9 р., 9,1 р., 10,4 р., 10,7 р., 10,9 р., 12,1 р., 12,4 р., 12,8 р., що визначається кінцем чверті біологічного циклу. У цих хворих суб'єктивне сприйняття болю оцінюється у 6–7 балів. Наведемо індивідуальні дані деяких хвороб із групи дітей, які страждають на міокардит. У них спостерігається "С-періодичність" ступеня суб'єктивної виразності болю.

Хворий Д. ($\tau = 0,8$ с. $C = 6,8$ р.). Дата народження: 5.04.1991 р. 29.02.2003 р. третє загострення міокардиту у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік: $1\frac{3}{4}$ С. Суб'єктивна оцінка болю: 7 балів.

Хвора К. ($\tau = 0,81$ с. $C = 6,89$ р.). Дата народження: 2.05.1991 р. На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: міокардит, період ремісії.

Розрахунковий вік: $1\frac{2}{3}$ С. Суб'єктивна оцінка болю: 3 бали.

Хворий Л. ($\tau = 0,82$ с. $C = 6,97$ р.). Дата народження: 26.09.1992 р. Друге загострення міокардиту: 12.03.2003 р. у віці 10 років 5 місяців 13 днів.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{2}$ С. Суб'єктивна оцінка болю: 6 балів.

Хворий С. ($\tau = 0,83$ с. $C = 7,1$ р.). Дата народження: 15.06.1995 р. Перше загострення: 30.12.2002 р. у віці 7 років 6 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{16}$ С.

Друге загострення: 10.06.2003 р. у віці 7 років 11 місяців 25 днів.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{8}$ С. Суб'єктивна оцінка болю: 7 балів.

У даного індивіда хвороба проявляється з більшою періодичністю. Кожна чверть великого біологічного циклу ділиться на чотири частини і періоди загострення міокардиту співпадають з кінцем тривалого періоду у $\frac{1}{16}$ С, що відповідає максимальній суб'єктивній оцінці болю — 7 балів (нестерпний біль).

Хвора Ж. ($\tau = 0,85$ с. $C = 7,23$ р.). Дата народження: 3.03.1994 р. На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: міокардит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{12}$ С. Суб'єктивна оцінка болю: 4 бали.

Хворий К. ($\tau = 0,84$ с. $C = 7,14$ р.). Дата народження: 15.04.1991 р. Перше загострення міокардиту у віці 8 років 11 місяців 3 дні.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{4}$ С. Суб'єктивна оцінка болю: 6 балів.

Хвора Т. ($\tau = 0,86$ с. $C = 7,31$ р.). Дата народження: 12.05.1990 р. Знаходиться на диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: міокардит, період ремісії.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{6}$ С. Суб'єктивна оцінка болю: 3 бали.

Хвора О. ($\tau = 0,8$ с. $C = 6,8$ р.). Дата народження: 10.04.1991 р.

Друге загострення міокардиту: 5.03.2003 р. у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік другого загострення: $1\frac{3}{4}$ С. Суб'єктивна оцінка болю: 6 балів.

Хвора П. ($\tau = 0,81$ с. $C = 6,89$ р.). Дата народження: 12.05.1991 р. Знаходиться на диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: міокардит, період ремісії.

Розрахунковий вік: $1\frac{5}{12}$ С. Суб'єктивна оцінка болю: 3 бали.

Хворий У. ($\tau = 0,82$ с. $C = 6,97$ р.). Дата народження: 3.03.1989 р. Друге загострення міокардиту: у віці 12 років 2 місяця 12 днів.

Розрахунковий вік другого загострення: $1\frac{3}{4}C$. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Залежність ступеня суб'єктивної оцінки болю від періоду біологічного циклу життя хворих на міокардит зображено на рис. 1.

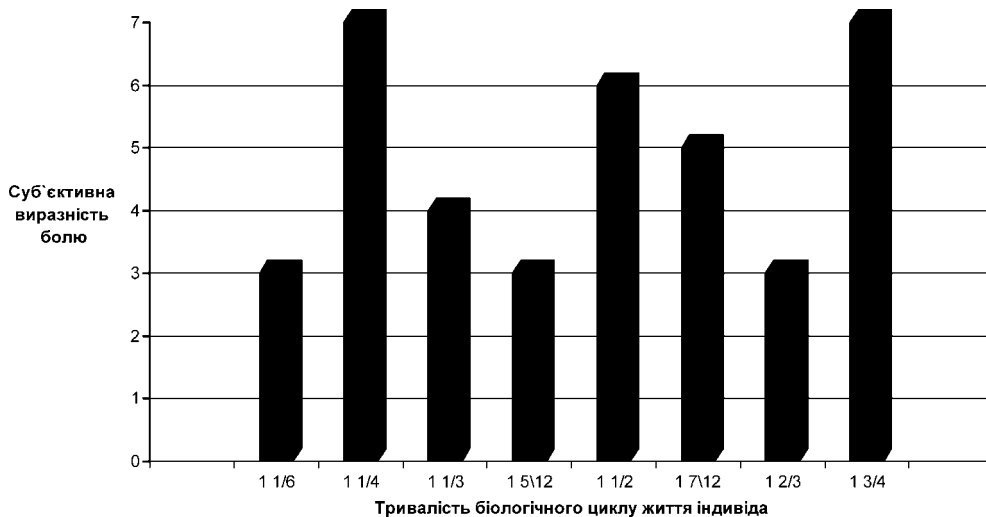


Рис. 1. Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю щодо періоду біологічного циклу життя хворих на міокардит

Таблиця 4

Суб'єктивна виразність болю у фазі загострення хвороб серцево-судинної системи у дітей (вегето-судинна дистонія)

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. ступінь болю
			1/4 С	Ступінь болю	1/2 С	Ступінь болю	3/4 С	Ступінь болю	
Діти (4 інд.)	$0,7 \leq \tau \leq 0,72$	6,0	7,5	7	9	7	10,5	6	7
Діти (3 інд.)	$0,73 \leq \tau \leq 0,75$	6,2	7,8	6	9,4	7	11,2	6	6
Діти (8 інд.)	$0,76 \leq \tau \leq 0,79$	6,64	8,3	6	10	6	11,6	7	6
Діти (5 інд.)	$0,8 \leq \tau \leq 0,83$	6,9	8,6	6	10,3	7	12,1	6	6
Діти (3 інд.)	$0,84 \leq \tau \leq 0,86$	7,2	9	7	10,8	7	12,6	6	7
Діти (16 інд.)	$0,94 \leq \tau \leq 0,97$	8,1	10,1	3	12,2	3	14,2	3	3
Діти (15 інд.)	$0,98 \leq \tau \leq 1,0$	8,4	10,5	3	12,6	3	14,7	7	3
Діти (8 інд.)	$1,0 \leq \tau \leq 1,1$	9,35	11,6	3	14,0	3	16,3	7	3

Статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на вегето-судинну дистонію та ступінь суб'єктивної виразності болю у період загострення, зведені у таблицю 4.

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на вегето-судинну дистонію в період реконвалесценції зведені у таблицю 5.

Таблиця 5

Суб'єктивна виразність болю у фазі реконвалесценції хвороб серцево-судинної системи у дітей (вегето-судинна дистонія)

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю				Сер. показник ступеня болю
			1 $\frac{1}{3}$ С	Ступінь болю	1 $\frac{7}{12}$ С	Ступінь болю	
Діти (19 інд.)	0,7 $\leq\tau\leq$ 0,72	6,0	8,0	5	9,5	5	5
Діти (6 інд.)	0,73 $\leq\tau\leq$ 0,75	6,29	8,3	5	9,9	5	5
Діти (8 інд.)	0,76 $\leq\tau\leq$ 0,79	6,64	8,8	6	11,5	4	5
Діти (5 інд.)	0,8 $\leq\tau\leq$ 0,83	6,9	9,2	5	10,9	4	4,5
Діти (3 інд.)	0,84 $\leq\tau\leq$ 0,86	7,2	9,6	5	11,4	4	4,5
Діти (16 інд.)	0,94 $\leq\tau\leq$ 0,97	8,1	10,8	5	12,8	5	5
Діти (15 інд.)	0,98 $\leq\tau\leq$ 1,0	8,4	11,2	5	13,3	5	5
Діти (8 інд.)	1,0 $\leq\tau\leq$ 1,1	9,35	12,4	6	14,8	4	5

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на вегето-судинну дистонію в період ремісії зведені у таблицю 6.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на вегето-судинну дистонію. У них спостерігається узгодження між ступенем суб'єктивної виразності болю та періодом біологічного циклу життя індивіда.

Хвора Д. ($\tau = 0,73$ с $C = 6,2$ р.). Дата народження: 10.08.1992 р. На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 25.03.2000 року, період ремісії. Вік дитини: 7 років 9 місяців.

Розрахунковий вік: 1 $\frac{2}{3}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Хвора А. ($\tau = 0,76$ с $C = 6,46$ р.). Дата народження: 2.07.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 21.10.2003 року у віці 11 років 3 мі-

сяці 19 днів, коли з'явилися скарги дитини на головний біль, біль у ділянці серця, млявість. Об'єктивно: АТ = 92/54 мм. рт. ст.

Розрахунковий вік: $1\frac{3}{4}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Таблиця 6

Суб'єктивна виразність болю у фазі ремісії хвороб серцево-судинної системи у дітей (вегето-судинна дистонія)

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. показник ступеня болю
			$1\frac{1}{6}$ С	Ступінь болю	$1\frac{5}{12}$ С	Ступінь болю	$1\frac{2}{3}$ С	Ступінь болю	
Діти (12 інд.)	$0,7 \leq \tau \leq 0,72$	6,0	7,0	4	8,5	4	10,0	4	4
Діти (6 інд.)	$0,73 \leq \tau \leq 0,75$	6,29	7,3	3	8,9	4	10,4	3	3
Діти (5 інд.)	$0,76 \leq \tau \leq 0,79$	6,64	7,7	3	9,4	4	11,0	4	4
Діти (5 інд.)	$0,8 \leq \tau \leq 0,83$	6,9	8,0	4	9,7	3	11,5	3	3
Діти (3 інд.)	$0,84 \leq \tau \leq 0,86$	7,2	8,4	3	10,2	3	12,0	3	3
Діти (16 інд.)	$0,94 \leq \tau \leq 0,97$	8,1	9,4	1	11,4	2	13,5	1	1
Діти (15 інд.)	$0,98 \leq \tau \leq 1,0$	8,4	9,8	2	11,9	2	14,0	1	2
Діти (8 інд.)	$1,0 \leq \tau \leq 1,1$	9,35	10,9	1	13,2	2	15,5	1	1

Хвора К. ($\tau = 1,1$ с С = 9,35 р.). Дата народження: 4.10.1991 р. Знаходилась на лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 11.06.2003 р. у віці 11 років 8 місяців 7 днів. На час обстеження хвороба перебуває на стадії ремісії.

Розрахунковий вік: $1\frac{5}{12}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 1 бал.

Хворий У. ($\tau = 0,81$ с С = 6,9 р.). Дата народження: 2.06.1995 року. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: $1\frac{7}{12}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Хворий К. ($\tau = 0,85$ с С = 7,2 р.). Дата народження: 10.02.1991 року. На лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{2}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора М. ($\tau = 0,98$ с С = 8,3 років). Дата народження: 1.01.1991 року. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу, період ремісії.

Розрахунковий вік: $1\frac{2}{3}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 1 бал.

Хворий К. ($\tau = 1,0$ с С = 8,5 років). Дата народження: 2.10.1992 року. На лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу (АТ = 120/70 мм. рт. ст.) з 17.05.2003 року у віці 10 років 7 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{4}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Хворий Л. ($\tau = 0,82$ с. $C = 6,97$ р.). Дата народження: 26.09.1992 р.
Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: 11.06.2001 р. у віці 8 років 8 місяців 16 днів.

Друге загострення: 12.03.2003 р. у віці 10 років 5 місяців 13 днів.
На час обстеження хвороба перебувала на стадії ремісії.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{6}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Хворий С. ($\tau = 0,83$ с. $C = 7,1$ р.). Дата народження: 15.06.1995 р.

Друге загострення: 11.06.2003 р. у віці 7 років 11 місяців 25 днів.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{8}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора Ж. ($\tau = 0,85$ с. $C = 7,23$ р.). Дата народження: 3.03.1994 р.

На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: $1\frac{1}{3}$ С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Результати проведеного дослідження показали, що ступінь суб'єктивної виразності болю при серцево-судинних розладах узгоджується із тривалістю періодів біологічного циклу життя індивіда, тобто має чітку часову локалізацію.

Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю щодо періоду біологічного циклу життя хворих на вегето-судинну дистонію зображено на рис. 2.

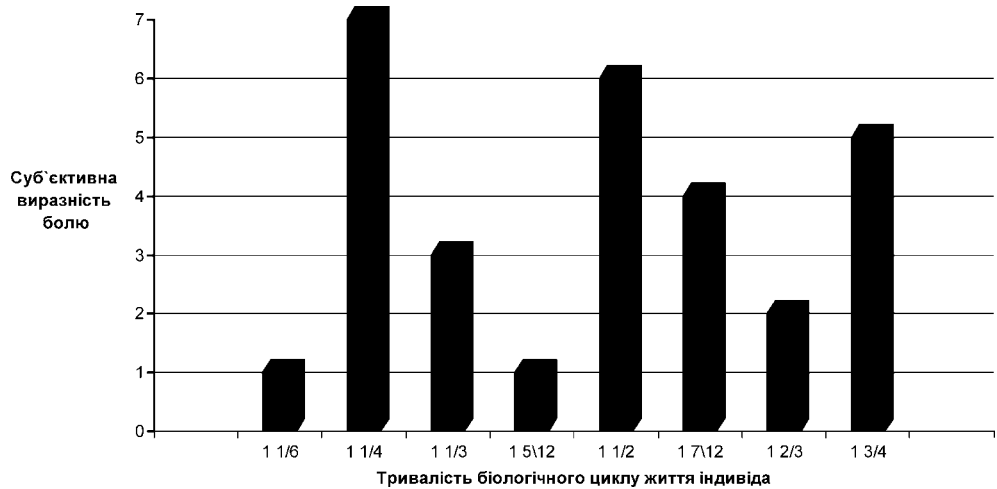


Рис. 2. Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю щодо періоду біологічного циклу життя хворих на вегето-судинну дистонію

Висновки

Результати проведеного дослідження переконують нас у наступному:

1. Ступінь суб'єктивної виразності болю чітко узгоджується із власною одиницею часу індивіда у типологічній групі безперервного спектру "τ-типів", тобто має чітку вікову та типологічну локалізацію.

2. Індивідуальна "С-метрика" суб'єктивної виразності больової реакції визначається законом суб'єктивного відліку часу і залежить від тривалості великого "кроку" (τ).

3. Незалежно від індивідуальної розмірності великого біологічного циклу точки суб'єктивної виразності болю визначаються єдиною "С-метрикою" на життєвому шляху особистості з різним типом серцево-судинних розладів.

4. Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у хворих на хронічні серцево-судинні захворювання максимальна суб'єктивна оцінка болю — 6–7 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем $1\frac{1}{4}$ С; $1\frac{1}{2}$ С; $1\frac{3}{4}$ С. Середній ступінь суб'єктивної виразності болю — 4–5 балів (гострий біль) проявляється у віці, який співпадає з кінцем $1\frac{1}{3}$ С; $1\frac{7}{12}$ С. Мінімальний ступінь суб'єктивної виразності болю — 1–3 бали (слабкий, тупий біль) проявляється у віці, який співпадає з кінцем $1\frac{1}{6}$ С; $1\frac{5}{12}$ С; $1\frac{2}{3}$ С.

5. Є всі підстави стверджувати, що моменти проходження хворим фазової сингулярності призводять до максимальної суб'єктивної виразності больової реакції при серцево-судинних розладах.

6. Встановлена диференціація суб'єктивної виразності больової реакції залежно від "т-типу" важлива у медицині, тому що її відстеження дасть змогу лікарю передбачити її ступінь у кожного окремого хворого при загостреннях серцево-судинних захворювань в онтогенезі та своєчасно проводити профілактику захворювання.

В подальшому перед нами стоїть завдання: з'ясувати ступінь суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці при розладах типу хронічні пульмонологічні захворювання.

Література

1. Савенкова І. І. Локалізація симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах. — Вісник ОНУ, 2003. — Т. 8. — Вип. 10. — С. 132–145.
2. Савенкова І. І. Ступінь виразності клінічних проявів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах // Екологічна психологія: Збірник наукових праць Інституту психології ім. І. С. Костюка АПН України. — К. — 2003. — Т. 7. — Ч. 1 — С. 379–386.
3. Савенкова І. І. Тривалість періодів реконвалесценції при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання // Актуальні проблеми практичної психології: Збірник наукових праць Херсонського державного університету. — Херсон: Персей, 2004. — С. 233–237.
4. Савенкова І. І. Суб'єктивна виразність болю та відношення до переживаемого часу при серцево-судинних розладах // Гендер: сучасний стан та перспективи розвитку в українському суспільстві: Збірник наукових доповідей науково-практичної конференції Херсонського державного університету. — Херсон: Персей, 2004. — С. 84–99.
5. Савенкова І. І. Фактор часу та проблема психодіагностики нефроурологічних розладів // Екологічна психологія: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. — К., 2004. — Т. 7. — Вип. 3. — С. 197–204.
6. Савенкова І. І. Фактор часу та проблема психодіагностики гастроентерологічних розладів // Психологія і суспільство, український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис. — 2005. — № 1 (19). — С. 92–99.
7. Савенкова І. І. Суб'єктивна виразність болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання // Вісник ОНУ. — 2004. — Т. 9. — Вип. 11. — С. 23–34.

8. Цуканов Б. Й. Время в психике человека. — Одесса: Астропринт, 2000. — 220 с.
9. Keele K. D. The pain chart // *Lancet*. — 1948. — 11, 6.
10. Kruger L., Perl E. R., Sedivec M. Y. Fine structure of myelinated mechanical nociceptor endings in cat hairy skin // *J. Comp. Neurol.* — 1981. — 198. — N 1. — P. 137–154.
11. Zoppi M., Procacci P., Maresca M. Experimental pain in man. — *Pain*, 1979. — 6. — N 2. — P. 123–140.

И. И. Савенкова

Одесский национальный университет им. И. И. Мечникова,
кафедра дифференциальной и экспериментальной психологии

**ЛОКАЛИЗАЦИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛИ
В ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ РАЗВЕРТКЕ**

Резюме

В исследовании выяснялась зависимость проявлений симптомов боли при хронических неинфекционных заболеваниях от длительности собственной единицы времени.

Обнаружено, что индивидуальные возрастные точки максимальной субъективной выраженности боли согласованы с длительностью собственного биологического цикла индивида.

Ключевые слова: индивид, типологическая группа, предпочитаемая болезнь, место наименьшего сопротивления, фазовая сингулярность, биологический цикл.

I. I. Savenkova

Odessa I. I. Mechnikov National University

**A LOCALIZATION OF THE SUBJECTIVE DISPLAY'S DEGREE OF
PAIN**

Summary

During the research was ascertained the dependence displays of the dependence displays of the symptoms of pain when heart-vessels` upsettings from the prolongation of the own unit of time.

It was discovered that the individual age points of the sharpenings of pain are coordinated with the prolongation of the own biological cycle of the individ.

Keywords: an individ, a typological group, a preferable illness, a place of the least resistance, a phase singulation, a biological cycle.