

УДК: 159.974.2

DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2017-9-5>**Інна Миколаївна Візнюк,***кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри психології та соціальної роботи,
Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського,
вул. Острозького, 32, м. Вінниця, Україна*

ТИПОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ГЕНЕЗИСУ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

У статті здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми розвитку іпохондричних розладів в аспекті професійного забезпечення людини. Визначено напрямки цього феномену у психологічній літературі. Показано проблему взаємозв'язку професійної діяльності особистості та її психосоматичного здоров'я. Розкрито основні тенденції щодо механізму зародження іпохондричних явищ та їх психосоматичних проявів. Обґрунтовано причини виникнення і характеристика психосоматозів у разі іпохондричних настроїв. Показано, що збереження психосоматичного здоров'я можливо за умови відповідності фізіологічних, особистісних і соціальних норм психологічного потенціалу людини, в основі якого є стійкість. Проаналізовано потенційний ризик розвитку соматичних хвороб щодо деструкції психіки людини. Викладено результати емпіричного дослідження співвідношення соматичного захворювання та іпохондричних розладів. На підставі першого етапу емпіричного дослідження встановлено: особи із соматичним діагнозом переживають психічні стани у вигляді астениї; емоційні стани не відображають внутрішньої картини захворювання і тому мають неспецифічне походження; хворі з соматичною патологією відрізняються емоційним вираженням нав'язливих ідей, іпохондричного марення, психологічного дискомфорту. Представники групи осіб із психологічним патологічним статусом характеризуються підвищеною емоційністю щодо переживань наявності хвороби, але їх стан пов'язаний із диференціацією соматичної залежності. Зазначимо, що за нормативними показниками кореляційних зв'язків існують відмінності у становленні особистісної рівноваги в разі цілісності організму людини. Встановлено, що при соматичній патології спостерігається різна інтенсивність і різні види взаємодії: одні кореляційні зв'язки посилюються, інші – згасають. Вказано, що під час захворювання відбувається переструктурування, зміна інформаційних і енергетичних компонентів стану. Доведено, що іпохондричні розлади є передумовою виникнення соматичних захворювань. Їх первинний генезис становить нозологічну форму прояву й відображає центральні переживання людини за складом важкості хвороби. У разі їх протікання як низки супутніх симптомів відмічаємо їх плинність у вигляді синдрому.

Ключові слова: іпохондричні розлади, соматичні захворювання, психічні стани, кореляційні зв'язки, переживання, емоційні порушення, нозології, соматопатія, соматотонія.

Вступ

Перехідний період від однієї системи суспільно-економічних відносин до іншої завжди пов'язаний із значними труднощами. Специфіка психологічних проблем сучасної доби визначається необхідністю вивчення та аналізу процесів, що відбуваються в Україні. У суспільстві спостерігається активний та хворобливий процес ламання особистісних стереотипів традиційних форм поведінки, цінностей, які зазнають суттєвих змін у сучасних умовах. Все це вимагає від особистості толерантності та психологічної стійкості, яка проявляється у життєдіяльності людини і залежить від її матеріального стану, індивідуально-особистісної орієнтації, профпридатності, соціалізації, духовності тощо.

Мета нашої дослідницької роботи полягає у висвітленні деяких аспектів складної і маловивченої, але разом із тим важливої проблеми для психіатрії, неврології і внутрішньої медицини. Досить мало монографічних робіт присвячено вивченню психології іпохондричної поведінки людини в умовах сучасності. Між тим іпохондрія є однією із міждисциплінарних медичних проблем, із якою тісно пов'язані та переплі-

таються питання «психічного» і «соматичного», «функціонального» і «органічного» характеру. Згадуючи відомого науковця І. М. Павлова, нагадаємо про те, що «для істинного наукового розуміння наших нервовопатологічних симптомів і успішної боротьби з ними потрібно забути про диференціацію психічного від соматичного. Зазвичай варто надавати перевагу саме фізіологічному утворенні патогенних агентів, особливо у відношенні реакцій на них з усіма їх наслідками» [2].

Психосоматичне здоров'я особистості відображає факт гармонійного залучення, приєднання людини до соціокультурної реальності, дозволяє зберігати психологічну рівновагу, дотримуватися життєвих перспектив. У працях О. О. Байєра [1], І. С. Вітенко [2], А. О. Прохорова [3], А. Б. Смулевича, [4], Б. А. Волеля [4], А. Ш. Тхостова [5], Е. М. Райзмана [5] зазначається, що збереження психосоматичного здоров'я особистості є актуальною проблемою, розв'язання якої означає досягнення особистістю гармонійного розвитку, підтримання оптимального психофункціонального стану у реалізації власного творчого пошуку та професійних надбань.

У зарубіжній психіатрії концептуальне обґрунтування психогенії соматоформного типу, загальних неврозів, іпохондричних проявів з переважаючими вегетативними порушеннями пов'язано головним чином з психоаналітичною інтерпретацією неусвідомлюваного інтрапсихічного невротичного комплексу [1-5]. Походження симптоматики, що імітує тілесну патологію, пояснюється механізмами конверсії в результаті відсутності адаптивного психологічного захисту.

Мета статті – емпіричне дослідження відношення соматичного захворювання та іпохондричних розладів.

Гіпотезою нашого дослідження є виділення саме соматичного фактору у формуванні іпохондричних розладів. Ми прагнули довести, що значимість будь-якої хвороби, незалежно від її генезу, спричиняє розвиток нав'язливих ідей, страху, марення стосовно важкості стану. Однак, ми не акцентуємо увагу на диференційній відмінності характеристик кожної із хвороб, а подаємо більш узагальнені тенденції даної етіології, що підкреслюватиме саме соматичний відтінок у формуванні картини іпохондричної хвороби. Основним із *завдань* нашої роботи є інтерпретація даних, які вказуватимуть на ознаки іпохондрії як самостійної нозології чи низки супутніх симптоматичних патологічних розладів.

Методи дослідження

Експериментальною базою дослідження були Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова та Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені академіка О. І. Ющенка. В емпіричному дослідженні були задіяні 53 хворих із ВОКЛ ім. М. І. Пирогова, 56 хворих – із психіатричної лікарні та 11 хворих – в амбулаторних умовах (у відділенні санаторно-курортного типу), з них: чоловіків – 65, жінок – 55. Численність експериментальної групи відповідає вимогам до обсягу вибірки, що може підлягати статистичній обробці. Прерогативою є те, що обидві групи мають скарги психосоматичного характеру, у формуванні яких первинною ознакою є невідомий механізм розвитку іпохондричних розладів – соматичний чи психологічний чинники.

Іпохондрія як психопатологічний симптомокомплекс зазвичай проявляється в різних формах, суть яких головним чином полягає у тому, що хворі приписують собі неіснуючі в дійсності важкі, невиліковні хвороби. Іпохондрія – суміжне поняття, тому варто акцентувати увагу саме на іпохондричних симптомах чи станах, які зазвичай мають різну етіологію та механізми розвитку. Зазначимо також, що іпохондричні

розлади представлені у вигляді таких симптомів як страх, пригніченість, смуток, туга, тривога, апатія, невроз, байдужість, напруженість, невизначеність тощо [4, 5].

На першому етапі дослідження було проведено психодіагностичне інтерв'ювання для визначення психологічного настрою протягом певного часу у досліджуваних. Важливо підкреслити, що в дійсності процедура бесіди була сформована на основі переживання актуального стану людини на даний час у певному соціологічному просторі.

Далі з кожним із опитуваних була проведена індивідуальна робота, під час якої їм було запропоновано оцінити свій стан за опитувальником «Базис психологічних станів», розробленим А. О. Прохоровим. Опитувальник включав у себе шкали психічних процесів, фізіологічних реакцій, переживань і поведінки. Всього – 40 показників за 10 нормативами для кожної із сторін переживання стану. В інструкції пропонувалось за 11-тибальною шкалою відмітити свій стан на даний момент часу (ми його простежували на першому етапі дослідження). Важливо зазначити, що цей опитувальник розроблений у відповідності до концепції «нерівносильних станів», що зафіксовано в уявленні та інтерпретації результатів: запропоновано, що показники в межах норми $5 \pm 0,5$ балів свідчать про рівновагу психологічного стану (психологічне здоров'я) людини. Відхилення від цієї норми свідчать про тенденцію патологічних (нав'язливих) станів або ж у бік їх загострення і реактивності (високі показники), або ж, навпаки, у сторону пригнічення і з втратою чутливості й гнучкості (низькі показники).

Результати дослідження

За результатами першого етапу відмітимо, що при проведенні дослідження індивідам були притаманні такі психологічні стани: напруженість – 27 осіб, тривога – 23 особи, страх – 13 осіб, невизначеність – 8 осіб, туга – 8 осіб, печаль – 7 осіб, самотність – 6 осіб, апатія – 6 осіб, байдужість – 4 особи, пригніченість – 3 особи, нестабільність – 3 особи, задоволення – 1 особа.

Указані показники свідчать, що психологічні патологічні стани є причиною розвитку соматичних захворювань: гіпертонічна хвороба – 21 особа, виразкова хвороба – 19 осіб, пієлонефрит – 15 осіб, ішемічна хвороба серця – 14 осіб, ішемічний інсульт – 11 осіб, виразка duodenum – 9 осіб, гостра пневмонія – 7 осіб, бронхіт у стадії загострення – 6 осіб, хронічна ниркова недостатність – 4 особи, хронічна серцева недостатність – 3 особи, цироз печінки – 1 особа.

Отримані результати показані у таблиці 1.

Таблиця 1.

Відношення іпохондричних розладів і соматичних хвороб

психологічні стани	Напруже- ність	тривога	Страх	невизнач- ність	Туга	Смуток	Самотність	Апатія	Байдужість	Пригніче- ність
Ішемія	+									
Гіпертонія				+						
Інсульт										+
Пієлонефрит		+								
Виразка шлунку		+								
Пневмонія		+								
Виразка duodenum					+					
Гіпотонія	+					+				
Бронхіт	+									
Гастрит		+	+			+				
Хронічна ниркова недостатність			+							
Хронічний холіцистит				+						
Серцева недостатність									+	
Нефрит						+			+	

Із таблиці видно, що переживання психічних станів, на прикладі нашої вибірки осіб, не має специфічної прив'язаності до конкретного соматичного захворювання. На основі першого етапу нашого емпіричного дослідження були встановлені такі факти:

1) хворі з соматичним діагнозом переживають переважно психічні стани за іпохондричним типом;

2) емоційні настрої, що супроводжують соматичні захворювання, не мають прямого відношення до конкретного діагнозу і саме в цьому значенні можуть вважатись неспецифічними, тобто типологія іпохондричних симптомів є характерною для будь-якого із соматичних хвороб;

3) хворі з соматичним діагнозом схильні переважно до ретельного відношення за власними емоційними станами, вони детальніше диференціюють їх, що свідчить про первинну значимість цих станів у порівнянні з пацієнтами санаторно-курортного відділення психологічного диспансеру імені О. І. Ющенка.

Як зауважує А. О. Прохоров: «Психічні стани, внаслідок їх інтегруючої функції, утворюють «психологічний портрет особистості»: процеси – стани – властивості, що розгортаються в умовах соціального функціонування суб'єкта і ситуації життєдіяльності». При цьому стани проявляються у вигляді макро-або

мікроформ [3]. Життєдіяльність людини, в залежності від конкретної життєвої ситуації, включає характер поведінкових стратегій і тактик людини. Саме вони виділяють її з-поміж інших людей і визначаються орієнтирами у переживаннях власного всесвіту. Специфічними моделями макроформ життєдіяльності індивіда можуть бути такі її прояви як «норма», «криза», «патологія» тощо. Або ж іншими словами, нормальні стани – кризові (перехідні) стани – патологічні стани (хвороби). Зазначимо, що саме «норма – хвороба» дозволяють встановити найбільш контрастні особливості динаміки психологічного стану [1].

Виявленню цих закономірностей було присвячено наше дослідження на другому етапі.

Погоджуючись із гіпотезою А. О. Прохорова про нормативи стану оптимального функціонування організму людини, ми зауважимо, що за результатами нашого дослідження психологічна рівновага залежить не від стану захворюваності людей, а від переживань, які вони відчувають під час хвороби. Зазвичай вони пов'язані з появою іпохондричних розладів, що підкреслює вторинну природу останніх, а саме їх прояву у вигляді низки симптомів. Звернемось до результатів опитувальника (див. табл. 2).

Таблиця 2.

Динаміка переживань іпохондричних розладів

Шкали	Хворі з лік. М.І. Пирогова	Хворі з лік. О. І. Ющенко
Психічні процеси	7,92	8,54
Фізіологічні реакції	6,53	7,16
Емоційні переживання	6,98	7,54
Поведінка	7,74	6,31
Всього	7,29	7,39

В таблиці представлено середньоарифметичні показники кожної групи переживань ($r < 0,01$).

Розглянемо психічні процеси, згідно з якими пацієнти із соматичним переліком симптомів в цілому демонстрували значно вищі показники за досліджуваними параметрами у порівнянні з нормою. Хворі з психологічним патологічним статусом незначно перевищують їх числові показники. У загальному спостерігається тенденція до порушення рівноваги на рівні психосоматики. Підкреслимо, що у визначенні тих чи інших параметрів ми маємо на увазі не самі психологічні чи соматичні чинники хвороб, а переживання стосовно їх значимості у життєдіяльності людини, тобто іпохондричні наміри.

Особливо високими виявились показники значень уваги, сприйняття, мислення і уяви щодо картини розвитку хвороби. Значної уваги заслуговує варіативність переживань. Як ми уже зазначали, що переважна більшість пацієнтів відчувають астеничні настрої. У даних групах показники патології варіюються у межах від $5 \pm 0,5 - 7,9 - 8,54$, що пов'язано з нерозумінням картини хвороби, нездатністю мислити у бік оптимістичних позицій і обирати сприятливі шляхи подолання цих станів.

Психогенні іпохондричні реакції спостерігаються у хворих із наявністю істинних соматичних захворювань у формі іпохондричних нозогеній, які визначають картину хвороби. Відомо, що виникнення цих реакцій залежить від схильності до подібного типу реагувань, які відносимо до соматопсихічних акцентуацій, що відрізняються підвищеною сугестивністю щодо власного здоров'я. Спочатку подібна акцентуація проявляється у вигляді соматопатії, під якою розуміють астеничний особистісний склад із схильністю до патологічних відчуттів й ідентичних самоспостережень, пізніше – соматотонією, що характерна для стеничних експансивних особистостей з прагненням до фізичного вдосконалення, постійного оздоровлення. Також така форма поведінки характерна у тривожно-недовірливих осіб, у яких ці розлади носять нав'язливий характер, нерідко за типом панічних атак.

Відмінною рисою цих реагувань є порівняно швидкоплинні, раптові виникнення. Протікають вони з досить вираженим емоційним окрасом. Хворі, як правило, охоплені тривожністю, вони бояться стати жертвою важкого невиліковного захворювання і поспішають розповісти лікарю про свої власні здогадки стосовно важкості хвороби. Вони бувають часто похмурі, дратівливі, малокомунікативні, напружені, іноді вражають своїми суїцидальними намірами.

Щодо типу соматичного захворювання, статистично значимих залежностей ми не спостерігали.

Розглянемо тепер фізіологічний компонент переживання станів. Найбільш високі показники спостерігались у групі осіб із психопатологічним статусом (7,16), що знаходяться у стані стеничних переживань. У них відмічено високі показники за шкалами температури, м'язевого тону, координації рухів і рухової активності. Крім того, у них помітна найнижча варіативність фізіо-

логічних показників за усіма параметрами цієї шкали. Високий показник сам по собі вказує на те, що в нормі стеничні стани переважно більше впливають на фізіологічні параметри, аніж на соматичні відхилення. Таким чином, можна стверджувати, що іпохондричні навіювання слугують передумовою розвитку психосоматичної патології, яка у цьому випадку є вторинним чинником у генезі іпохондрії як самостійної прогресивної нозології.

На другому місці (6,53) знаходяться пацієнти з соматичним діагнозом. Вони мають більш високий рівень варіативності, однак, який не залежить ані від типу захворювання, ані від виду стану переживання, ані від гендерних особливостей, ані від вікових категорій. У будь-якому разі показники варіативності нашої вибірки осіб не корелюють надійно з жодним із перерахованих параметрів. Це свідчить про те, що розгортання спеціальних досліджень клінічного вимірювання має бути орієнтоване на індивідуальні варіанти розвитку.

Варто зазначити, що лише за фізіологічними параметрами переживання астеничних станів соматичними пацієнтами наближається до значення норми, тобто саме у їх психологічному вимірі ми знаходимо схожість поведінки із здоровими людьми, поведінку яких описує автор опитувальника А. О. Прохоров.

За показниками емоційних переживань найбільше значення мають особи з психопатологічним статусом (7,54). Особливо високі показники у них за шкалами «туга – радість», «печаль – оптимістичність», «пасивність – активність», «скутість – розкутість». З іншого боку, найнижчі показники спостерігаються за значеннями А. О. Прохорова у здорових осіб (4,51), які мають астеничні переживання. Особливо низькі цифрові значення за шкалами «сонний – бадьорий», «млявий – живий», «сумний – веселий».

У пацієнтів із соматичним діагнозом загальний показник досить високий (6,98), тобто у відповідних дихотоміях рівновага зміщується все ж таки у бік активних проявів. Найбільш високі показники тут за шкалами «печаль – оптимізм», «пасивність – активність». Аналіз розкиду переживань показує, що найбільшою варіативністю відрізняються показники з соматичним діагнозом.

Найвищі показники пацієнти із соматичним проявом хвороби мають за параметром «поведінка». З одного боку, ці показники розглядаються як найкращі, оскільки шкали цієї частини опитувальника побудовані таким чином, що більш високі бали надаються за характеристиками, які описують більш адекватну й урегульовану поведінку. З іншого – високий показник (7,74) свідчить про значне відхилення у бік відсутності рівноваги станів.

Для соматизованих розладів (соматогеній) характерні поліморфні патологічні тілесні відчуття. Останні представлені у вигляді алгій, які варіюють за інтенсивністю від суб'єктивно незначущих, що не призводять до звернення за медичною допомогою, до виражених, гострих алгопатичних феноменів. Поряд з цим при соматизованому розладі спостерігаються

вегетативні прояви, що імітують ургентні соматичні захворювання та функціональні порушення діяльності внутрішніх органів і систем (тахікардія, дискінезії жовчних шляхів тощо). Виникнення соматизованих розладів, як правило, пов'язано з психогенними факторами і реалізується за механізмом реактивної лабільності. Загальна тривалість розглянутих реакцій зазвичай не перевищує 6 місяців.

Поведінкові симптоми іпохондрії характеризуються тривожністю за своє здоров'я, що призводить до змін поведінкової моделі пацієнта. У деяких випадках хвороба стає причиною соціальної ізоляції і значних труднощів у житті хворого. Схильність до постійного обговорення своїх уявних захворювань і повне поринання у турботу про свій стан приводить до того, що іпохондриків починають обминати колеги по роботі, друзі і навіть члени сім'ї. Іпохондрія нерідко є причиною сімейних розлучень. Якщо перші симптоми хвороби проявились у самотнього хворого, шанси створити сім'ю значно знижуються.

Аналіз структурно-функціональної організації психічних станів дозволив виявити деякі особливості. За показниками А. О. Прохорова в межах норми корелюють усі складові стани на високому рівні значимості, утворюючи цілісний функціональний комплекс. Найбільш висока кореляція встановлена ним між психічними процесами і поведінкою ($r=0,766$ при $p<0,01$). На основі цього ми за методом Виханду побудували плеяди, в яких у якості центрального параметру були процеси і поведінка. При чому з процесами були пов'язані фізіологічні реакції, а з поведінкою – переживання.

При переживанні станів навіювання в умовах соматичного захворювання картина змінюється. У нашій вибірці усі стани були астеничними, але їх переживання відбувалось за параметрами, схожими на переживання стеничних станів у нормі (при високій кореляції модальності «стеничні – астеничні» при $R=0,818$ з $p<0,01$). Ми пов'язуємо це з процесом мобілізації захисних сил організму і створення власного, більш оптимістичного смислового простору. Варто підкреслити, що при соматичних захворюваннях не всі кореляційні зв'язки між станами і їх переживанням є вагомими. Найбільша значимість спостерігалась між фізіологічними реакціями і переживаннями ($r=0,827$ при $p<0,01$). У випадку норми цей зв'язок є нижчим ($r=0,569$). Однак фізіологічні реакції мають виражений зв'язок із поведінкою, що теж характерно для здорових людей. Аналіз показує, що центральним виміром переживання станів соматичними хворими є психічні процеси і фізіологічні реакції. Психічні процеси переважно пов'язані з поведінкою, а переживання – із фізіологічними реакціями. Звідси стає зрозумілим виникнення психосоматичних розладів і невротичних порушень унаслідок соматичних хвороб.

У випадку з представниками групи психопатологічного статусу вкажемо, що поведінкові параметри у них (6,31) незначною мірою відрізняються від показників норми й результатів у осіб із соматичними захворюваннями.

Таким чином, в експериментальних групах спостерігається відмінність на рівні інтенсивності й різного рівня взаємодії: одні кореляційні зв'язки посилюються, інші – згасають. Ми вважаємо, що у випадку захворювання відбувається переструктурування, зміна інформаційних і енергетичних компонентів стану оптимального функціонування організму людини. Результати нашого дослідження свідчать про те, що соматична хвороба не прямо моделює відповідні стани, а процес тут досить складний і опосередкований. Зміни відбуваються й у самих настройах (у їх окремих складових), і вже потім відбувається утворення нових форм переживання станів.

Висновки

Таким чином, нині неоднозначність психопатологічної інтерпретації станів, кваліфікованих у межах невротичної іпохондрії, знаходить відображення і в гетерогенності цих розладів у сучасних класифікаціях. Іпохондрією називається перебільшена заклопотаність про власне здоров'я і переконаність в існуванні того чи іншого захворювання всупереч аргументованим медичним дослідженням. Іпохондрична хвороба може бути як самостійною нозологією, так і симптомом у структурі важкого захворювання. У першому випадку хвороба носить назву іпохондричного розладу, у другому – є одним із низки симптомів. Якщо цей симптом домінує у клінічних проявах захворювання, то тоді він формує іпохондричний синдром.

У процесі життєдіяльності іпохондрія характеризує поведінку людини в умовах оточуючого середовища. Серед основних її проявів зустрічаємо підвищену тривожність, пригніченість, апатичність, відсутність довіри, сентиментальність, засмученість, понурість, страх перед майбутнім, поганий настрій тощо. Гіпотезу нашого дослідження підтверджено, тобто в основі формування соматичних захворювань дійсно центральними утвореннями є переживання як передумова розвитку нав'язливих ідей, марення, зони дискомфорту тощо. Отож, іпохондричний розлад – це серйозне психологічне порушення стану оптимального функціонування організму людини, що потребує професійного підходу та лікування.

Подальші дослідження можуть бути скеровані на діагностику іпохондричних переживань особистості із психосоматичними захворюваннями, їх ставлення до хвороби та пошук ефективних шляхів психокорекційного впливу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Байер О.О. Життєві кризи особистості: навчальний посібник / О.О. Байер. – Д. : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. – 244 с.

2. Вітенко І. С. Зміни психіки при соматичних розладах актуальна проблема медичної психології / І. С. Вітенко // Медична освіта. – 1999. №1 – С. 48-50.

3. Прохоров А. О. Системный анализ психического состояния состояний / А. О. Прохоров // Психология состояний. Хрестоматия / составители Т. Н. Васильева и соавт.; Под ред. проф. А. О. Прохорова. – М. : ПЕР СЭ; СПб. : Речь, 2004. – С. 141-153.

4. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Типология ипохондрических развитий в соматической клинике. // А.Б. Смулевич, Б.А. Волель / Материалы российской

конференции «Взаимодействие науки и практики современной психиатрии». – Москва, 2007. – С. 87-88.

5. Тхостов А.Ш., Райзман Е.М. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект / А.Ш. Тхостов, Е.М. Райзман // Психологический журнал РАН. – 2005. – Т. 25, № 2. – С. 134-145.

REFERENCES

1. Baiier, O. O. (2010). *Zhittevi kryzy osobystosti: navchalnyi posibnyk [Life crisis of a personality: textbook]*. Donetsk: Vyd-vo Dnipropetr. Nats.un-tu [in Ukrainian].

2. Vitenko, I. S. (1999). Zminy psykhyky pry somatychnykh rozladakh aktualna problema medychnoi psykholohii [The change of psychology during somatic disorders is an actual problem of medical psychology]. *Medychna osvita – Medical education, 1*, 48-50 [in Ukrainian].

3. Prokhorov, A. O. (2004). *Sistemnyi analiz psikhicheskoho sostoyaniya sostoyaniy [Systematic analysis of psychical state's state]*. Moscow [in Russian].

4. Smulevich, A. B., Volel, B. A. (2007). *Tipologiya ipokhendricheskikh razvityy v somaticheskoy klinike [Typology of hypochondriacal developments in a somatic clinic]*. Moscow [in Russian].

5. Tkhostov, A. Sh., Raizman, E. M. *Subektivnyi telesnyi opyt i ipokhendriya: kulturno-istoricheskiy aspekt [in Russian]*.

Inna Vizniuk,

PhD (Candidate of Psychological Sciences), lecturer,

Department of Psychology and Social Education,

Vinnitsia State Pedagogical University named after Mykhailo Kozubynskyi,

32, Ostrozkoho Str., Vinnitsia, Ukraine.

TYOLOGICAL ANALYSIS OF HYPOCHONDRIACAL DISORDERS GENESIS

The article deals with theoretical and methodological analysis of the development of hypochondriacal disorders. The preservation of psychosomatic health is possible only if physiological, personal and social norms of the psychological potential of a person are consistent and stable. The experiment involved 53 clinical hospital and 56 mental health facility patients, as well as 11 patients having rest at the recreational center. The first stage implied holding interviews with the respondents in order to examine their psychological mood during a certain period of time. The second stage was carried out by means of using "Psychological States Inventory" by A. Prokhorov. Based on the first stage of the empirical study, it has been found that individuals with a somatic diagnosis experience mental states in the form of asthenia; emotional states do not reflect the internal aspect of the disease and therefore have non-specific origin; patients with somatic disorders are characterized by obsessive ideas, hypochondria, and psychological discomfort. The representatives of a group of people with psychological pathological status are characterized by increased emotionality concerning health conditions. It should be noted that according to normative indicators of correlations, there have been found some differences in the formation of personal balance in case of the integrity of the human body. In case of somatoform disorders there is a different intensity and different types of interaction: some correlations get increased while others get decreased. In case of illness there is a restructuring, change of information and energy components of the state. Hypochondriacal disorders are a prerequisite for the emergence of somatic disorders. Their primary genesis is a nosological form of manifestation and reflects the experiences of a person according to the severity of the disease. In the case of their occurrence as a series of concomitant symptoms, one notes their flow in the form of a syndrome.

Keywords: hypochondriacal disorders, somatic diseases, mental states, correlations, emotions, emotional disturbances, nosologies, somatopathy, somatonia.

Sumbitted on July, 7, 2017

Reviewed by Doctor of Medicine, prof. N. Pshuk