

## **Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами**

---

Vizniuk I.M. Psychological determinants of a person's hypochondriacal maladies development according to the psychodiagnostic parameters / I.M. Vizniuk // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskiy Ivan Ohienko National University, G.S. Kostiuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufrieva. – Issue 35. – Kamianets-Podilskiy : Aksioma, 2017. – P. 55–66.

---

**I.M. Vizniuk. Psychological determinants of a person's hypochondriacal maladies development according to the psychodiagnostic parameters.** The results of stable individual and typological personality's characteristics with the availability of hypochondriacal maladies are presented. The indexes tendency according to the variety of illness's symptoms is mentioned, considering which it is possible to forecast the further development of a personality and the ways of its correction.

The main structural components of hypochondriacal maladies genesis mechanisms as a destructive personal formation are grounded in the article. The interconnections between the individual development in disadaptation conditions and psychosomatic health are shown. Psychodiagnostic parameters of hypochondriacal maladies according to the international classification of illnesses (ICT-10) are shown. According to this classification, hypochondria belongs to somatoform maladies. The origin of symptomatology, that imitates corporal pathologies, is explained by conversion mechanisms as a result of adaptive psychological defense absence. The complex psychodiagnostic approach in the conditions of social interaction as a means of psychosomatic personality health recovery is underlined.

The hypochondric personality type is shown, which is characterized by concentration on subjective unpleasant feelings and striving for announcing them to surrounding people, creating the aura of sympathy and regret. The self-centered intentions of a person concerning life-saving and life adequacy are mentioned. The psychological portrait of a personality with hypochondric maladies of somatoform type is created for the development of chronobiological forecast of psychosomatics algorithm, its flow and medical treatment effectiveness and adaptive possibilities of sick people with hypochondriacal maladies.

**Key words:** hypochondriacal maladies, psychosomatics, psychodiagnosics, international classification of illnesses criteria, senestohy-

pochondria, senestohypochondria with postaddicted imension, hysterical hypochondria, obtrusive hypochondria.

**І. М. Візнюк. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами.** Представлено результати вивчення стійких індивідуально-типологічних характеристик особистості за наявності іпохондричних розладів. Відзначено тенденцію показань за параметрами диференційного підходу щодо різновидів симптоматики захворювання, з урахуванням яких можна прокувати подальший розвиток особистості та шляхи його корекції.

Обґрунтовано основні структурні компоненти механізмів генезу іпохондричних розладів як деструктивного особистісного утворення. Розкрито взаємозв'язки індивідуального розвитку в умовах дезадаптації особистості й психосоматичного здоров'я. Показано психодіагностичні параметри іпохондричних розладів за критеріями міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10). Відповідно до цієї класифікації іпохондрія відноситься до соматоформних розладів. Походження симптоматики, що імітує тілесну патологію, пояснюється механізмами конверсії в результаті відсутності адаптивного психологічного захисту. Підкреслено комплексний психодіагностичний підхід в умовах соціальної взаємодії як засіб відновлення психосоматичного здоров'я особистості.

Зображено іпохондричний тип особистості, який характеризується зосередженістю на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням донести їх до оточуючих, створюючи навколо себе ауру співчуття і жалю. Вказано егоцентричні наміри людини стосовно її порятунку та адекватності життя. Побудовано психологічний портрет особистості з іпохондричними розладами соматоформного типу для розробки алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади.

**Ключові слова:** іпохондричні розлади, психосоматика, психодіагностика, критерії міжнародної класифікації хвороб, сенестоіпохондрія, сенестоіпохондрія з синдромом постаддиктивної одержимості, істерична іпохондрія, нав'язлива іпохондрія.

**И.М. Визнюк. Психологические детерминанты развития ипохондрических расстройств у человека по психодиагностическим параметрам.** Представлены результаты изучения устойчивых индивидуально-типологических характеристик личности при наличии ипохондрических расстройств. Отмечена тенденция показаний по параметрам дифференциального подхода к разновидностям симптоматики заболевания, с учётом которых можно предсказывать дальнейшее развитие личности и пути его коррекции.

Обоснованы основные структурные компоненты механизмов генеза ипохондрических расстройств как деструктивного личностного образования. Раскрыто взаимосвязи индивидуального развития в условиях дезадаптации личности и психосоматического здоровья. Показаны пси-

ходиагностические параметры ипохондрических расстройств по критериям международной классификации болезней (МКБ-10). Согласно этой классификации ипохондрия относится к соматоформным расстройствам. Происхождение симптоматики, имитирующей телесную патологию, объясняется механизмами конверсии в результате отсутствия адаптивной психологической защиты. Подчёркнуто комплексный психодиагностический подход в условиях социального взаимодействия как средство восстановления психосоматического здоровья личности.

Изображен ипохондрический тип личности, который характеризуется сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях и стремлением донести их до окружающих, создавая вокруг себя ауру сострадания и жалости. Указаны эгоцентричные намерения человека по его спасению и адекватности жизни. Построен психологический портрет личности с ипохондрическими расстройствами соматоформного типа для разработки алгоритма хронобиологического прогноза психосимптоматики, течения, эффективности лечения и оптимизации адаптационных возможностей больных с ипохондрическими расстройствами.

**Ключевые слова:** ипохондрические расстройства, психосоматика, психодиагностика, критерии международной классификации болезней, сенестоипохондрия, сенестоипохондрия с синдромом постаддиктивной одержимости, истерическая ипохондрия, навязчивая ипохондрия.

**Постановка проблеми.** Нестабільність економічних, політичних і соціальних умов нині супроводжується дисфункцією психічних утворень і розладів психіки людини. В процесі подолання життєвих труднощів у кожному віковому періоді людина може як набути нового досвіду, розширити діапазон поведінкових можливостей, так і виявити неадекватність своєї поведінки, яка впливає на її адаптивну здатність. Саме тому закономірно спостерігається поживлення інтересу дослідників до проблеми подолання особистістю складних життєвих ситуацій: нав'язливих ідей, марень. Певних вікових особливостей і актуальності вона набуває в період професійної активності людини, становлення її емоційної та психологічної зрілості. На даному етапі розвитку людини з'являється гіпертрофована тривожність щодо власного здоров'я, яка проявляється у формі страху та супроводжується іпохондричними навіюваннями. Найчастіше захворювання детермінується із такими психосоматозами як порушення серцево-судинної діяльності, шлунково-кишкового тракту, дисфункцією головного мозку та органів сечовидільної системи.

У жінок пік захворюваності припадає на вік після 30 років, у чоловіків – після 40. Дебют захворювання найчастіше припадає на період від 10 до 30 років. Ранній вік дебюту захворю-

вання є однією з його головних відмінних рис, однак динаміка розвитку спостерігається між 25 і 35 роками. Поява перших симптомів розладу в 70 відсотках випадків пов'язано зі стресовими обставинами. Іпохондрія ідентично проявляється в осіб як чоловічої, так і жіночої статі. Часто зустрічається дане захворювання у підлітків і людей похилого віку. У жінок перші прояви хвороби припадають на більш пізній вік (понад 20 років), ніж у чоловіків (до початку статевого дозрівання). Сучасність даного захворювання інтерпретована у форму Інтернет-залежності, яка є непереборним, нав'язливим бажанням використовувати світ інформаційних технологій як чинник необмеженого медичного забезпечення. Варто вказати, що дана залежність трансформувалася і придбала нові елементи та форми, ставши проблемою не однієї, а багатьох людей різного віку.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** В історичному екскурсі розвитку іпохондричного захворювання відображені концептуальні основи у працях таких вчених як Е. Кречмер, П.Ш. Дюбуа, К.Х. Шнейдер, П.Б. Ганнушкін, А.Ф. Лазурський та інші. Вони стверджують, що причини іпохондрії обумовлені панічними атаками. Ці неусвідомлювані витіснення є незавершеними психологічними конфліктами, що обумовлені накопиченням стресових навіювань, важких життєвих ситуацій [1–6].

Погляди таких представників сучасної науки як А.С. Аведісова, Р.А. Наджар, Б.Я. Смулевич, А.В. Снежневський та інші вказують, що найчастіше симптоми панічних атак виникають у людей з особливим складом психічної конституції: так званій, тривожно-недовірливий тип особистості. У представників цієї групи, як правило, підвищений рівень «гормонів тривоги» в крові (катехоламінів). Часто до панічних атак призводить вживання психоактивних речовин. Як стверджують вчені, психотерапію страхів краще починати якомога раніше, інакше прогресування панічного розладу в класичних варіантах призводить до появи нової симптоматики, що характеризується втратою психосоматичного здоров'я і фобіями. Внаслідок цього формується стратегія уникнення некомфортних ситуацій: люди перестають виходити на вулицю, їздити в транспорті, різко знижується працездатність, виникає потреба у постійній підтримці близьких. Додатково приєднується депресивна симптоматика: втрата апетиту, порушення сну і стабільно знижений настрій [4–6].

Зважаючи на вищесказане, підкреслимо важливість психологічного анамнезу іпохондричного захворювання, актуальність

якого розгорнута в аспекті відображення аналізу попередніх досліджень, що дозволить надалі розкрити його причини, диференціювати від інших нервово-психологічних діагностик і зобразити портрет особистості іпохондрика.

**Виклад основного матеріалу.** У зв'язку з актуальністю даної проблеми *метою статті* є розкриття психодіагностичних концепцій в аспекті психологічного підходу розвитку іпохондричного захворювання і розкриття регенеративних стратегій щодо уникнення його патогенності.

**Іпохондричний розлад** – один із найбільш малодосліджених психопатологічних феноменів, основна ознака якого полягає в надмірній зосередженості на власних психосоматичних відчуттях.

Діагностика іпохондрії ґрунтується на клініко-психологічному дослідженні. Згідно низки інших невротичних розладів враховуються основні критерії міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10). Відповідно до цієї класифікації іпохондрія відноситься до соматоформних розладів. Відмінністю цих розладів від інших є постійні соматичні (тілесні) скарги, незважаючи на відсутність тілесних патологій. Міжнародна класифікація хвороб виділяє 4 основних положення, на підставі яких діагностується цей розлад (табл. 1.) [2].

*Таблиця 1*

**Критерії іпохондричного розладу згідно МКБ -10**

Симптом	Характеристика
Переконання у наявності двох чи більше невиліковних хвороб	Переконання пацієнта в своїй хворобі повинно тривати не менше півроку. При цьому хвороб в уяві пацієнта може бути декілька, але висловлюватися він повинен хоча б про одну.
Соціальна дезадаптація	Постійні страждання і переживання людини про наявність невиліковної хвороби, які заважають їй у повсякденному житті. Пошуки обстеження і лікування порушують звичний уклад життя людини, заважають їй інтегруватися в суспільство, псуєть сімейні відносини тощо. Іпохондрики, занурені у власні проблеми, стають глухими до проблем інших людей, в тому числі і до найближчих. Заради уникнення інфікування хворобою, вони відмовляються від зустрічей з іншими людьми.

Відмова від реального медичного висновку щодо відсутності тілесного захворювання у пацієнта	Навіть якщо спочатку пацієнт визнає висновок лікаря про відсутність тілесного захворювання, то лише ненадовго. Через кілька тижнів він стає знову стурбований своїм самопочуттям і починає вимагати нового медичного обстеження.
Винятком слугують шизофренія, шизоафективний розлад, депресія, маніакальний психоз.	

Діагностика іпохондричного розладу ускладнюється латентним перебігом, приховуванням своїх ідей і страхів. Іпохондрична поведінка характеризується невизначеністю в соціумі, тому тривалий час є незрозумілою для оточуючих. Однак, іпохондрія часто розвивається на тлі інших захворювань, пов'язаних із діяльністю особистості, супроводжуючись професійним вигоранням чи творчим ступором. Шизофренія, депресія та інші розлади дебютують у показанні іпохондричних симптомів, переважаючи яскравістю прояву. Тому діагностика іпохондрії повинна бути комплексною, включаючи терапевтичні аспекти лікування реальних хвороб і водночас піврічне спостереження за поведінкою людини в умовах соціальної взаємодії.

Ознаки такого стану психіки людини, як іпохондрія, були описані ще в II столітті до нашої ери. Припускали, що причиною появи цього захворювання слугує розлад в області підребер'я, яка носить назву гіпохондріона. Ця область являє собою ділянку тіла під хрящовими відділами ребер, і саме там, на думку древніх лікарів, крилося джерело хвороби. Нині цей стан характеризується як астено-іпохондричний синдром, що відрізняється болісно перебільшеним побоюванням людини за стан власного здоров'я і життя, переконаністю в наявності у неї хронічного або смертельного захворювання, а також хворобливим станом астєнії. Впродовж шести місяців і до року даний синдром у формі панічної атаки та миттєвого нападу тривоги і страху, що виникають у людини в послідовній закономірності, вимальовує картину іпохондричної хвороби.

Основоположник західної клінічної психотерапії Ернест Кречмер виділяє небредову форму іпохондрії, яка проявляється у таких станах: сенестоіпохондрія, сенестоіпохондрія з синдромом *постадиктивної* одержимості, істерична іпохондрія і нав'язлива іпохондрія. *Сенестоіпохондрія* характеризується обмеженістю у хворих емоцій і потягів, кругозору та інтересів, ригідністю і докладністю; вони позбавлені властивої лише іпохондрикам схильності до рефлексії, відчуттям тривоги, невротичної

стигматизації. У розвитку сенестоіпохондрії виділяють 2 етапи. Перший етап динаміки сенестоіпохондрії визначається синдромом сенестоалгій. Тривалість цього етапу різна – при прогресуючому розвитку захворювання вона, зазвичай, не перевищує кількох років. Однак у випадках латентної форми хвороби при дуже повільній динаміці клінічних проявів сенестоалгії можуть тривати протягом двох або навіть трьох десятиліть. Патологічні тілесні сенсації, які належать до сенестоалгій, найчастіше мають обмежений, локальний характер і мають певну схожість із симптомами, властивими соматичній або неврологічній патології (артралгії, мігрені, корінцеві болі). Це можуть бути болі при ходьбі, відчуття підвищеного тиску по ходу судин нижніх кінцівок і ниючі болі в підребер'ї, й печія в області грудини, сечового міхура, промежини, статевих органів тощо [1–3].

Другий етап динаміки сенестоіпохондрії, як правило, відображає стадію активного розвитку та визначається синдромом есенціальних сенестопатій або справжніх (за G. Huber). Тілесні сенсації в цих випадках відображають більш важкий (порівняно з сенестоалгіями) рівень ураження психічної діяльності. Есенціальним сенестопатіям притаманні подібності з проявами соматичної патології. Відомий психіатр J. Glatzel, підкреслюючи чужорідність таких тілесних сенсацій соматичним відчуттям, визначає есенціальні сенестопатії як гетерономний процес. Пацієнти скаржаться на незвичайний «глибинний» біль, який важко піддається опису та болісні відчуття (відчуття жару, мурашиний зуд, кипіння, проходження хвиль). В одних випадках локалізація таких відчуттів невизначена, в інших – вони іррадіюють на великі ділянки тіла; в деяких випадках вони дуже обмежені, але при цьому досить вигадливі за своєю просторовою конфігурацією (еліпсоїдною ділянкою печії на стегні, симетрично розташовані на кінцівках смужки ріжучої болі, коло оніміння шкіри розміром з 5-копійчану монету в області тімені і й т. п.) [4–6].

*Сенестоіпохондрія з синдромом постаддиктивної одержимості* характеризується емоціональною бідністю, ригідністю, негнучкістю мислення, вузькістю інтересів, але, на відміну від конструкційних властивостей «сенестопатії», кваліфікації аномалій особистості цієї групи пацієнтів визначаються експансивними або вольовими утвореннями. Для них характерна активність, наполегливість у досягненні поставленої мети, безкомпромісність, раціоналізм. Будучи зовні товариськими, вони по суті протягом усього життя залишаються інтровертами. Вже з юнацьких років звертає на себе увагу їх «нестримність» в ро-



боті – все життя підпорядковане виробничій необхідності, тоді, коли особисті справи відсуваються на другий план. Для них не існує вихідних і відпусток. Захопленість справою нерідко поєднується в цих осіб з прагненням бути в центрі уваги, домогтися схвалення та заохочення. В пубертатному періоді у деяких з цих хворих можлива поява дисморфобії – ідей фізичної вади. Такого роду ідеї носять ізольований монотематичний характер («негарний розріз очей», «криві ноги» і т. п.) і зберігаються впродовж декількох років. Однак при цьому не виявляється тенденція до розширення симптомів дисморфобії за рахунок приєднання стійких сенситивних ідей відносин або трансформації в маячні накопичення знань. Наявність ідей фізичної нестачі може розглядатися як прояв патологічного пубертатного кризу. Вони не порушують загального ритму життя і соціальної адаптації: підлітки продовжують ходити в школу, але при цьому всілякими способами намагаються замаскувати уявні дефекти.

*Сенестоіпохондрія* аналізованого варіанта починається зазвичай на 2-3-му десятилітті життя і може проявлятися на перших етапах лише інтенсивними больовими відчуттями. Тілесні сенсації вже в цей період за своєю психопатологічною структурою відносяться до сенестоалгій, виявляють певну схожість з болями при соматичній патології (відчуття з боку щелеп нагадують зубний біль; скарги на хрускіт і тиск в шийній частині хребта схожі з такими ж при остеохондрозі; печіння в животі імітує патологію шлунково-кишкового тракту, напади болю в суглобах – ревматизм й ін.).

Серед конституційних властивостей *істеричної іпохондрії* в цих випадках на перший план виходять істеричні прояви (прихливість, схильність до приписування, марнославство), що поєднуються з ознаками соматовегетативної лабільності. Явища вегетативної лабільності, а також інші ознаки соматичної стигматизації проявляються фебрильними реакціями, швидкою стомлюваністю, підвищеною фізичною виснаженістю [1–3].

Час початку захворювання визначається в процесі трудової діяльності, так як на протязі перших років (латентний період) перебіг захворювання позначається лише в поступовому посиленні конституційних властивостей, які періодично виникають соматогенно або психогенно у спровокованих реакціях істероіпохондричного типу. Тривалість латентного періоду може досягати 20 років (в середньому 9 років).

Клінічні симптоми в цей період характеризуються різноманітними конверсійними розладами (тремор, спазми, комок у горлі та



ін.), що поєднуються з досить мінливими вегетативними порушеннями, диспное, лабільністю пульсу, частою зміною АТ, запамороченнями. Постійними стають скарги на нездужання, слабкість, погіршення загального самопочуття. Хворі дратівливі, примхливі, образливі, плаксиві. Розповідаючи про свої «муки», вони голосно ридають, звинувачуючи рідних в недостатньому співчутті.

Не зумівши розжалобити, демонстративно заявляють, що оточуючі чекають їх смерті. Посилення вісцерально-вегетативної симптоматики супроводжується тривожними побоюваннями будь-якого важкого захворювання. При цьому звертають на себе увагу такі істеричні прояви, як фобії, підкреслені яскравістю, образністю, мінливістю настрою (С.А. Суханов, Е.Б. Дубницький, I. Marks). Зміст страхів обумовлений, зазвичай, реальною ситуацією, що супроводжується хворобою або втратою кого-небудь із близького оточення. Як правило, з приводу своїх нездужань хворі роками лікуються (в залежності від переважної локалізації функціональних розладів) у терапевтів, невропатологів, урологів і т. п. [5, с. 88].

Початок активного етапу хвороби може протікати з явищами гострої екзацерації психопатологічних розладів, що супроводжується тривогою, занепокоєнням. Нерідко разом з виниклими в цей період вегетативними пароксизмами (частіше за типом цереброкордiальних кризів) хворий відчуває страх раптової смерті.

За А. В. Снежневським, синдром *нав'язливої іпохондрії* визначається постійними сумнівами, нав'язливою фобією захворюти невиліковною хворобою. До нав'язливої іпохондрії відноситься низка фобій і побоювань іпохондричного змісту – кардіофобії, канцерофобії, побоювання будь-якої рідкісної або нерозпізнаної інфекції. Водночас характерними є нав'язливе самостереження, фіксація на всьому, що може стосуватися передбачуваної хвороби. Як вказують такі науковці як Н. Еу та J. Harl, психічні порушення, що визначають нав'язливу іпохондрію, найчастіше виникають при наявності конституціональної схильності до обсесивно-фобічних розладів. Аномальний склад особистості, що є в більшості випадків основою нав'язливої іпохондрії, багато в чому збігається з картиною невропатичної конституції; будь-яке соматичне захворювання, протікає з підвищенням температури, може спровокувати супутні психічні порушення – страхи, деліріозні епізоди, психо-сенсорні розлади [3–5].

Поряд з сенситивністю, вразливістю, тривожністю, в цих випадках фігурують риси невротичності, вегетативної стигматизації (H.Weitbrecht): погані сон, схильність до непритомності, носові кровотечі, субфебрилітет незрозумілого походження, погіршення самопочуття при різких змінах погоди, непереносимість поїздки в транспорті [4–5].

Проявляючись з дитячих років, емоційна лабільність також супроводжується реакціями «з переважно тілесним виразом за відомим психіатром E. Bleuler: хвилювання, несподіваної радості, афектом гніву чи страху з відчуттям ознобу або задухи, нудотою, блювотою або діареєю. У хворих з нав'язливою тугою нерідко спостерігаються і явища симптоматичної лабільності. Встановити точні терміни початку захворювання (так само як і при істеріопохондрії) досить важко, так як на перших етапах динаміка процесу позначається лише в поступовому посиленні тих чи інших невропатичних стигм [4, с. 127].

Дебют хвороби найчастіше припадає на віковий інтервал з 18 до 25 років. Як провокуючі чинники нерідко виступають психо- і соматогенії, інтеркурентні інфекції, алергії. При цьому прояви хвороби тривалий час (латентний період може тривати до 20 років) вичерпуються соматизованими психічними розладами. У клінічній картині превалюють неприємні відчуття і болі різноманітної локалізації. Пацієнти скаржаться на поколювання в серці, «завмирання» серцебиття, перебої, задишку. Тілесні сенсації можуть виникати також в області голови (відчуття пульсації і тяжкості, головні болі, запаморочення) або шлунково-кишкового тракту (спазми, нудота, діарея). Спостерігаються і більш генералізовані порушення: озноб, субфебрилітет, гіперемія шкірних покривів, гіпергідроз, біль по ходу хребта, оніміння кінцівок. Тілесні сенсації, що спостерігаються впродовж перших років хвороби, вельми поліморфні за своїми проявами, мінливі і нестійкі; вони то загострюються, то на деякий час повністю зникають. Як правило, хворі з такими скаргами протягом тривалого часу спостерігаються у загальносоматичних медичних установах (найчастіше звертаються до терапевтів, невропатологів, рідше – до ендокринологів, урологів і лікарів інших спеціальностей). На відміну від деяких випадків істеричної іпохондрії підозри на хірургічну патологію, зазвичай, не виникають у зв'язку з невідзначеністю, мінливістю і мігруючим характером тілесних сенсацій [3].

**Висновки.** Враховуючи вищевказане, підкреслимо, що не можна поспішати з діагностуванням іпохондрії. Дуже часто

скарги на той чи інший тілесний недуг є лише проявом ліні або малодушності. Портрет особистості з іпохондричним розладом, згідно наших показань, характеризується: недовірливістю і трижовністю за стан власного здоров'я; систематичністю нарікань стосовно порушення фізіологічних процесів організму (температури, пульсу, тиску); побоюванням миттєвих спазмів шлунку, головного болю, підвищеної пітливості, що виокреслюють передумови ймовірного захворювання; пошуком інформації для самодіагностики і самолікування; реакційністю на незначний фізичний дискомфорт; інтенсивним відвідуванням лікарів (іноді кілька разів на день) і постійним проходженням медичних обстежень; розробкою дієт і комплексів фізичних вправ; надмірним прийомом вітамінів, біологічно-активних добавок; уникненням ситуацій, які можуть завдати шкоди здоров'ю (надмірні фізичні зусилля, спілкування з хворою людиною, вихід на вулицю взимку); страхом у разі потреби залишитися без лікарської допомоги; невдоволенням з приводу призначеного лікування та відсутністю довіри до лікарів; глибинністю уявлень про генезис імовірного захворювання (обговорення з членами сім'ї, пошук інформації) тощо. Дані симптоми не підкреслюють значимість візуальної інтерпретації хвороби, але слугують істотними показаннями в необхідності справжньої діагностики захворювання.

**Перспективою подальших досліджень даної проблеми** є розробка програми профілактики з метою попередження розвитку іпохондричних розладів, активація рефлексивних механізмів створення індивідуальної стратегії подолання іпохондричних розладів особистості; формування елементів навчальної компетентності у вимірі власних можливостей; створення діалогічного середовища для саморозвитку навичок конструктивної міжособистісної взаємодії; фасилітація активної життєвої позиції тощо.

#### **Список використаних джерел**

1. Аведисова А. С. Терапия астенических состояний / А. С. Аведисова // Фармацевтический вестник. – 2003. – № 33 (312). – С. 15–16.
2. Barsky A. J. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somaticstyles / A.J. Barsky, G.L. Klerman // American Journal of Psychiatry. – 1983. – № 140. – P. 273–283.
3. Волель Б. А. Вялотекущая ипохондрическая шизофрения (аспекты типологии и течения) / Б. А. Волель, Е. В. Серебрякова // Психиатрия (научно-практический журнал). – 2006. – № 04 – 06 (22 –24). – С. 16–23.

4. Смулевич А.Б. Психопатологические аспекты небредовой ипохондрии / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель // Психические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАМН А.Б. Смулевича. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – С. 310–333.
5. Смулевич А. Б. 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.
6. Тхостов А. Ш. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект / А. Ш. Тхостов, Е. М. Райзман // Психологический журнал РАН. – 2005. – Т. 25, № 2. – С. 134–145.

#### **Spysok vykorystanyh dzherel**

1. Avedisova A. S. Terapija astenicheskikh sostojanij / A. S. Avedisova // Farmaceuticheskij vestnik. – 2003. – № 33 (312). – S. 15–16.
2. Barsky A. J. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles / A.J. Barsky, G.L. Klerman // American Journal of Psychiatry. – 1983. – № 140. – P. 273–283.
3. Volel' B. A. Vjalotekushhaja ipohondricheskaja shizofrenija (aspekty tipologii i techenija) / B. A. Volel', E. V. Serebrjakova // Psihiatrija (nauchno-prakticheskij zhurnal). – 2006. – № 04 – 06 (22 –24). – S. 16–23.
4. Smulevich A.B. Psihopatologicheskie aspekty nebredivoj ipohondrii / А. Б. Smulevich, В. А. Volel' // Psihicheskie rasstrojstva v klinicheskoj praktike / pod red. akad. RAMN A.B. Smulevicha. – М. : MEDpress-inform, 2011. – S. 310–333.
5. Smulevich А. В. Tipologija ipohondricheskikh razvitij v somaticheskoj klinike. / А. В. Smulevich, В. А. Volel' // Materialy rossijskoj konferencii «Vzaimodejstvie nauki i praktiki sovremennoj psihiatrii». – Moskva, 2007. – С. 87–88.
6. Thostov А. Sh. Subektivnyj telesnyj opyt i ipohondrija: kul'turno-istoricheskij aspekt / А. Sh. Thostov, Е. М. Rajzman // Psihologicheskij zhurnal RAN. – 2005. – Т. 25, № 2. – S. 134–145.

*Received November 10, 2016*

*Revised December 15, 2016*

*Accepted January 14, 2017*