**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ психологічних особливостей осіб з іпохондрією та їх корекції**

**1.1. Психосоматичні та соматоформні розлади особистості: загальна характеристика**

У контексті проведення реформи охорони здоров’я в Україні, одним з основних напрямів якої є акцент на первинній медико-санітарній допомозі, питання компетентності лікаря загальної практики у вузьких спеціальностях, зокрема в психіатрії, постає особливо гостро. Не менш актуальною залишається проблема спілкування та взаємодії лікаря, як професіонала, з пацієнтами та колегами по роботі.

З-поміж усіх звернень у практиці сімейного лікаря, до окремої категорії можна зачислити так званих складних пацієнтів. Складність проведення якісної діагностики й адекватного лікування полягає у тому, що розлади цих пацієнтів перебувають на сти- ку психіатрії, клініки внутрішніх хвороб і неврології.

Такі пацієнти місяцями та навіть роками не знаходять розуміння й ефектив- ної допомоги у лікарів-терапевтів, які не мають достатніх знань і досвіду психопатологічної діагностики, психофармакотерапії та психотерапії [14, с.6; 19]. Припускати, що у цієї категорії пацієнтів власне психогенний характер розладів, допомагають особливості клінічної симптоматики, стан психоемоційної сфери хворих і їхні поведінкові реакції в комплексі з негативними даними об’єктивних обстежень.

Такі «складні випадки» потребують від лікаря загальної практики додаткових компетенцій у сфері психопатологічної діагностики та психоте- рапії, навиків комунікації з названою кате- горією пацієнтів, чіткого розуміння доціль- ності комплексного фармакологічного та психотерапевтичного лікування.

### Психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, які виникають на підставі взаємодії психічних і соматичних чинників і проявляються соматизацією порушень психіки, її розладами, що відображають реакцію на соматичне захворю- вання або розвиток соматичної патології під впливом психогенних чинників [29, c.466].

### Стани, які зачисляють до психосоматичних розладів, включають не тільки психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміна («чиказька психосоматична сімка» [1], а й значно більше коло порушень: соматизовані розлади (соматоформні стани, соматизовані дистимії та інші), патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання, соматопсихіч- ні акцентуації на рівні розладів особистості [29, c. 467].

Особливе місце серед психосоматичних захворювань посідають соматоформні розлади. Частота їхнього виявлення в Україні перебуває на рівні 10-26% від загально- соматичної лінії [29, c. 467].

Закордоном ці розлади діагностують у 21,9% випадків [8], зокрема данські дослідники подають результати від 18,1% до 20,2% [9].

На пацієнтів із соматоформними розладами ви- трачається близько 16% бюджетних коштів, що розраховані на сферу охорони здоров’я загалом [4**].**

Соматоформні розлади – це захворювання, які характеризуються фізични- ми патологічними симптомами, що нагадують соматичне захворювання, але у цьому випадку не виявляється жодних органічних порушень, які можна було б зарахувати до відомих медицині хвороб [ 17].

Дослідження та теоретичні дискусії щодо виникнення психосоматичних розладів проводили з погляду двох кардинально різних концепцій. Перша з них – психоцентрична, згідно з якою провідну роль у формуванні дисфункції чи, згодом, органічного порушення, відіграє первинність психічних процесів. Прихильниками цієї теорії були І.П. Павлов (1955), Г. Сельє (1979), S. Freud (1983), А. Адлер (1997), F. Alexander (1932). Сьогодні розглядається інтегрована теорія, яка ґрунтується на концептах дисоціації, конверсії та соматизації психічних процесів [6].

Друга концепція – соматоцентрична. Головним етіологічним чинником постають соматичні процеси, які викликають реакції психіки на фактичні зміни в організмі [22].

Проводяться наукові дослідження на підтримку теорії мультифакторного генезу, яка, об’єднуючи дві перші концепції, максимально точно пояснювала би кожну з ланок патогенезу психогенних нозологій.

Етіологічно виділяють три основні причи- ни виникнення соматоформних розладів: спадково-конституційні фактори (зокрема, морфологія ЦНС та характерологічні акцентуації); екзогенні фактори, які впливають на людину через психічну сферу і є досить сильними, щоб відігравати роль психогеній; органічні ураження різної етіології [18].

Класифікація соматоформних розладів проводиться у двох системах: рекомендованій ВООЗ Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10, використовується у тім числі й в Україні) та в DSM-V (система Американської психіатричної асоціації).

Варто зауважити, що склад двох подібних діагностичних груп у домінуючих міжнародних класифікаціях не ідентичний. За МКХ- 10 соматоформні розлади класифікують так: соматизований розлад (F45.0), недиференційований соматоформний розлад (F45.1), іпохондрія (F45.2), соматоформна дисфунк- ція вегетативної нервової системи (F45.3), соматоформний больовий розлад (F45.4), інші соматоформні розлади (F45.8), соматоформний розлад не уточнений. (F45.9) [21]. Коротко охарактеризуємо названі розлади.

Соматизований розлад – порушення, яке характеризується поліморфними патологічними тілесними відчуттями і представлені алгіями, сила яких варіює від незначних до гострих алгічних феноменів. Також при соматизованому розладі спостерігаються вегетативні прояви, які імітують гострі ургентні стани та функціональні порушення діяльності внутрішніх органів і систем [29].

Іпохондрія – нереалістичне трактування со- матичних симптомів і відчуттів, що приводить до стану, який характеризується охоплен- ням відчуттям страху та впевненістю в наяв- ності серйозного захворювання, навіть якщо немає жодного соматичного захворювання, яке могло б пояснювати ці фізичні симптоми чи відчуття. Іншими словами, іпохондрія визначається як надмірна увага до свого здоров’я, що не має реального підґрунтя, заклопотаність навіть незначним нездужанням чи переконаністю в наявності важкої хвороби, порушень у тілесній сфері чи каліцтва [24].

Соматоформний больовий розлад характеризується постійними стійкими больовими відчуттями, що варіюються за інтенсивністю та локалізацією і не мають органічного підґрунтя [24].

Недиференційований соматоформний розлад виявляється в тому випадку, якщо у хворого є численні стійкі різноманітні скарги, проте повністю вони не вписуються в клінічну картину соматизованого розладу [24].

Соматоформна дисфункція вегетативної нер- вової системи має свої відмінні риси. Це, зокрема, прояви таких вегетативних симптомів: підвищена пітливість кінцівок, їхнє тремтіння,

Інші соматоформні розлади – розлади, що не опосередковані через вегетативну нервову систему, обмежені певними системами або ділянками тіла і мають тісний часовий зв’язок з травмуючими подіями або проблемами. Сюди належить «істеричний клубок» («globus hystericus»), що викликає дисфагію, та інші форми дисфагії, психогенна кривошия, психогенний свербіж, психо- генна дисменорея, скреготіння зубами [24].

У DSM-V виділена група порушень «Симп- томи соматичних порушень» (Somatic Symptom Disorders – SSD), що поділяється на простий симптом соматичних порушень (Simple Somatic Symptom Disorder (SSSD)) і складний, або комплексний симп- том соматичних порушень (Complex Somatic Symptom Disorder (CSSD)).

Складний розподіляється на декілька підтипів: з переважанням соматичних скарг, з переважанням занепокоєння станом здоров’я та з переважанням больового синдрому. Для постановки діагнозу самих лише соматичних проявів недостатньо. Обов’язкові діагностичні критерії – наявність постійних думок, відчуттів і поведінки пацієнта, які пов’язані з соматичними симптомами [2, 11, 26].

Загальними ознаками, які дають підстави припустити наявність у пацієнта соматоформного розладу, є множинні клінічно-важливі соматичні скарги в драматичному викладі; поява скарг у віці до 30 років; шукання допомоги у лікарів різних спеціальностей; бажання обстежуватись, у тім числі й інвазивно; тривалість такого стану не менше двох років; неможливість пояснити симптоматику будь-яким відомим захворюванням; відсутність віри в медицину; соціальна або сімейна дезадаптація [18].

З клінічного погляду соматоформні розлади можуть бути представлені у вигляді больових синдромів, різноманітних сенсопатій і вегетативних дисфункцій. Серед дисфункцій у практиці лікаря-інтерніста найбільше значення мають вегето-дисфункційні розлади серцево-судинної, дихальної, сечостатевої систем і шлунково-кишкового тракту [12].

Оскільки соматоформні розлади за своєю природою впливають на психічну сферу та на фізичну, то їхня терапія, відповідно, має передбачати комплексні заходи. Для забезпечення повноцінної підтримки пацієнтів із таким розладом потрібна одночасна співпраця лікаря загальної практики з психотерапе- втом і лікарем-психіатром. Важливу роль у процесі лікування соматоформних розладів може виконати також психолог/клінічний психолог, який володіє техніками індивідуальної та/або групової психокорекції.

Питання визначення поширення психосоматичних розладів в популяції є складним для дослідження і отримання точних даних через ряд причин. На думку авторів, серед них можна виділити дві провідні. По-перше, звернення пацієнтів до лікарів і лікарень психіатричного та загальносоматичного профілів, зумовлені різноманіттям клінічних симптомів, які виявляються у пацієнтів.

По-друге, культуральні особливості суспільства, що включають схильність до містифікації захворювань, готовність пацієнтів звертатися до «нетради- ційної медицини» і використання ритуально-обрядових елементів у лікуванні.

Тим не менше, дані, які вдалося отримати раніше, свідчать про таку частоту розповсюдження вищезгаданих розладів: серед населення від 15% до 50%, а серед пацієнтів первинної практики від 30% до 57% [29].

Багато авторів зазначають про специфічну особливість пацієнтів з психосоматичною патологією: при помітній бідності фантазії і конкретно-предметному мисленні вони виявляють певну «душевну сліпоту». Відбувається ніби «відщеплення», «блокування» почуттів, не розвивається здатність до символічного мислення. Вперше цей стан описав Юрген Рюш у 1948 р. [23].

Пізніше французькі психоаналітики Поль Марті і М. де М’Юзан запропонували поняття операторного мислення (pensee operatoire) – конкретно-предметного, буквального мисленнєвого процесу, який скерований тільки на предметно-подієву сторону реальності.

При такому мисленні бідні сновидіння, мрії, міжособистісні взаємодії та емоційне вираження. J.C.Nemiah та P.E.Sifneos з Масачусетського госпіталю в Бостоні (США) ввели поняття «алекситимія» – нездатність сприймати та називати словом (lexis) почуття (thymos) [20]. Алекситимічні пацієнти нездатні рефлексувати свій емоційний стан і проявляти емпатію стосовно інших людей, яких вони, в кращому випадку, уявляють такими сами- ми, як вони самі.

Розвиток алекситимії й оперативного мис- лення прийнято пов’язувати з гіперопікаючою позицією матері («mere calmante»), яка не допускає проявів незадоволення у дитини. Мама, яка занадто добре доглядає, перешкоджає процесу диференціації дитини від матері. Вона ніби не дає дитині «відірватись» від себе, залишаючись в стані злиття з нею. У підсумку дитина не розвиває здат- ності самостійно заспокоювати себе, виражати свій стан за допомогою символів, фан- тазій, зрештою, – мови. Єдиною доступною для неї мовою вираження емоційного стану залишається мова тіла, яка стає основою розвитку психосоматичних порушень [5].

Пацієнтам, у яких не виявили органічних змін, запропонували пройти тест за Торонтською шкалою алекситимії (TAS, 1985), який є одним із опорних для постановки діагнозу психосоматичного спектру [3, 28]. За різними даними «алекситиміки» становлять до 64% серед всіх психосоматичних хворих [7]. Тест складається з 26 питань, на кожне з яких є п’ять варіантів відповіді. Результати розподіляють так: якщо респондент набрав 62 бали і нижче – це відповідає нормі, 63-73 бали – група ризику, 74 бали і вище – алекситимія.

Інтерпретація тесту серед досліджуваної гру- пи (16 осіб) дала такі результати: 3 пацієнтів (18,75%) набрали вище 74 балів, що свідчить про явну алекситимію; 11 пацієнтів (68,75%) набрали від 62 до 74 балів, визначено схиль- ність до алекситимії; 2 пацієнтів набрали ниж- че 62 балів – алекситимії немає.

Як виявили результати тестування, більшість учасників дослідження мають проблеми у сфері емоційного інтелекту, про що свідчить високий рівень показника алекситимії. Це означає, що їхні труднощі у розпізнаванні власних емоційних станів, управлінні ними, здатності до конструктивного реагування різних емоцій та/або емоційного самозаспо- коєння є недостатніми, що створює сприятливий ґрунт для процесів соматизації емоційної напруги, формування соматоформних розладів. Це має принципове значення для діагностики та для стратегії лікування таких пацієнтів: окрім фармакологічної терапії, доцільно звернутись за психологічною чи психотерапевтичною допомогою. Отже, психотерапію у разі соматоформних розладах розглядають як основний вид лікування пацієнта, фармакологічні препарати, натомість, виконують функцію підтримувальної терапії.

### Фармакотерапія соматоформних розладів охоплює використання препаратів різних груп, серед яких є анксіолітики, антидепре- санти, ноотропні препарати та нейролептики [18].

### Більшість препаратів, які належать до цих груп, відпускають за рецептом, який може видати лише лікар-психіатр. У компетенції інтерніста залишаються седативні засоби (наприклад, препарати – похідні фенібуту), або «легкі» антидепресанти, зокрема з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Попри те, що рецепти на ці препарати може видати лікар загальної практики, необхідність консультації з профільним спеціалістом щодо дозування та кратності прийому зберігається.

Стратегії надання психологічної допомоги у лікуванні соматоформних розладів продовжують бути актуальною темою у рамках різних напрямів психотерапії. Психоаналітично-орієнтована, сімейна системна, клієнт-центрована, гештальттерапія розробляють власні концепції розуміння психічної етіології соматоформних розладів та, відповідно, стратегії їхнього лікування шляхом компенсації психологічних дефіцитів, усвідомлення та розв’язання позасвідомих кон-

фліктів, налагодження інтерперсональної комунікації у сімейних, родинних і, навіть, трансгенераційних системах тощо. Сучасні інтегративні тренди у сфері психотерапії та психокорекції дають змогу фахівцям різних психотерапевтичних напрямів взаєм- но збагачувати своє теоретичне розуміння та інструментарій впливу, застосовувати комплементарні психотерапевтичні підходи з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта [15, 16, 25, 26, 30].

Потрібно зауважити, що психотерапію може проводити лише кваліфікований фахівець, який пройшов навчання, має достатній рі- вень підготовки та всі належні документи для проведення психотерапевтичної прак- тики.

### Використання всіх зазначених рекомендацій і впровадження їх в практику допоможе зменшити кількість хворих, які безпідставно лікуються у кардіологічних, неврологічних та інших відділеннях, полегшити страждання таких па- цієнтів шляхом надання правильної та ґрунтовної допомоги і зберегти значно більше матеріальних та людських ресурсів у системі охорони здоров’я.

**1.2. Аналіз психологічних досліджень щодо проблеми іпохондричних розладів особистості**

В основі концепції дослідження є психопрофілактика іпохондричних розладів у фахівців різних професій в умовах виконання ними професійних обов’язків.

Вона розкриває загальні засади клініко-психологічної діагностики іпохондричної поведінки людини й спрямована на:

− розвиток мотиваційної сфери в майбутніх фахівців у ситуації наявності в них іпохондричних настроїв;

− всебічний розвиток сукупності емоційно-вольових якостей (цілеспрямованості, активності, ініціативності, самовладання, витримки);

− формування особливих якостей психофізіологічної надійності (стійкості до тривалого напруження організму, ризику, готовності до небезпеки);

− підвищення загальної і спеціальної тренованості, спрямованої на розвиток і збільшення психічних і фізичних функціональних можливостей фахівця;

− розвиток здатності до оптимальної мобілізації особистих можливостей та самоконтролю організму;

− набуття досвіду подолання наслідків психосоматичного порушення в аспекті перебігу іпохондрії;

− всебічний розвиток низки якостей особистості, її професійного мислення у ситуації психосоматичного порушення; розвиток стійкості до моногонії в умовах навчання і професійної діяльності.

 Зважуючи на перебіг іпохондричної нозології як наслідку психологічного виснаження людини, компенсаторного дисбалансу емоцій та психосоматичної дисфункції організму в забезпеченні професійної діяльності працівника, потрібно впроваджувати в підготовку майбутніх фахівців спецкурс із формування психологічної компетентності щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості.

Теоретичні та методичні засади профілактики іпохондричних розладів детермінуються формуванням резистентних опірних систем щодо становлення безпеки життєдіяльності особистості.

Розглянутий метод підготовки соціально-особистісних компетенцій фахівця буде корисний: для виявлення прогалин у реалізації завдань первинної та вторинної профілактики іпохондричних розладів; у проектуванні виховних систем освітніх установ; з метою реалізації індивідуального підходу в різних системах оздоровлення і самовдосконалення; в оцінці ефективності різних соціальних, психологічних програм; дослідженнях, спрямованих на вивчення життєвої компетентності людини, і т. п.

Концептуальні засади дослідження конкретизовано в загальній гіпотезі дослідження, яка базується на припущенні про те, що іпохондричні розлади як фактори порушення психосоматичної цілісності особистості здійснюють дезадаптаційний вплив на неї у професійному вимірі, самоздійсненні й соціальній взаємодії.

Однак, за умови ранньої психодіагностики та застосування комплексу психокорекційних заходів, можна відновити стан оптимального функціонування людини з збереженням її фахових вмінь і навичок. В аспекті формування готовності майбутніх фахівців щодо безпеки власної життєдіяльності в умовах виконання професійних обов’язків зазначимо часткові гіпотези, які розкриватимуть діяльнісні підходи щодо реалізації їх підготовки й захищеності від іпохондричних ідей.

Зазначимо, що стан оптимального функціонування організму людини в умовах професійного виконання обов’язків залежатиме від освіченості й толерантності щодо іпохондричних настроїв, а рівень компетентності фахівців зростатиме, якщо:

− здійснити психоедукацію особистості щодо пояснення етапів психологічних змін в основі механізму зародження та розвитку іпохондричних розладів;

− під час професійної підготовки врахувати єдність концептуально-цільового, теоретико-методологічного та адаптивно-компенсаторного підходів у вирішенні проблеми психологічної стійкості та адаптації в осіб із іпохондричними розладами;

− сформувати адаптивно-компенсаторні патерни формування особистості з іпохондричними розладами на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях;

− забезпечити поетапне дослідження психології особистості з іпохондричними розладами з забезпеченням об’єктивної психодіагностики, аналізу та розкриття патогенності констатуючих факторів прогнозування і впровадження програми відновлення резистентності організму щодо їх профілактики та лікування.

викладено та проаналізовано основні підходи до вивчення психології іпохондричної поведінки людини, в умовах сучасності.

Іпохондрія є однією із міждисциплінарних медичних проблем, із якою тісно пов’язані й переплітаються питання «психічного» і «соматичного», «функціонального» і «органічного» характеру.

Іпохондричні розлади (ІР) як психопатологічний симптомокомплекс зазвичай проявляються в різних формах, суть яких головним чином полягає у тому, що хворі приписують собі неіснуючі в дійсності важкі, невиліковні хвороби (Б. Ананьєв).

Іпохондрія – суміжне поняття, тому варто акцентувати увагу саме на іпохондричних симптомах чи станах, які зазвичай мають різну етіологію та механізми розвитку (П. Анохін).

Зазначимо також, що іпохондричні розлади представлені у вигляді таких симптомів як страх, пригніченість, смуток, туга, тривога, апатія, невроз, байдужість, напруженість, невизначеність тощо.

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 нозоологією, так і симптомом у структурі важкого захворювання.

У першому випадку хвороба носить назву іпохондричного розладу.

У другому випадку вона є одним із низки симптомів. Якщо цей симптом домінує у клінічних проявах захворювання, то тоді він формує іпохондричний синдром.

Враховуючи індивідуальні особливості перебігу ІР зазначимо, що відбуваються зміни психіки осіб, які виконують свої професійні обов’язки і, які можуть спровокувати іпохондричні розлади з психосоматичним проявом.

Виникає потреба у виявленні та конкретизації взаємозв’язків професійних вимог та особистісних потенціалів; у встановленні чинників, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров’я людини, особистісному становленню та саморозвитку у професійній діяльності.

Загальні теоретико-методологічні основи дослідження механізмів зародження ІР особистості розкрито в аналізі наукової літератури, який дозволяє зробити висновок, що іпохондричні розлади обумовлені пригніченістю настрою і підвищеною акцентуацією уваги щодо власного фізичного здоров’я й усвідомлюється людиною як наявність невиліковного захворювання.

В основі його психодинамічної моделі лежить дія механізмів психологічного захисту, що пригнічують агресивні настрої і трансформують їх у власні соматичні симптоми.

Іпохондричний стан зазвичай розвивається у зрілому чи похилому віці, тому дана симптоматика і порушення продуктивності праці людини зазвичай мають хронічний і сингуляторний (фазова діаграма стану й частота проявів ІР) характер. Розлад не відрізняється за гендерною ознакою, але протікає приховано, у вигляді внутрішньо-особистісного конфлікту (Є. Кулікова, І. Малкіна-Пих, Н. Пезешкіан).

Теоретично-методологічна основа дослідження базується також на принципах об’єктивності та науковості, системному та комплексному підходах.

Об’єктивність під час висвітлення теми полягала у здійсненні неупереджених, некон’юнктурних висновків, з урахуванням поглядів попередніх дослідників, і достовірної, перевіреної інформації з підібраних джерел. Водночас ми не уникали критичних суджень і оцінок для реалістичного показу низки психосоматичних проблем у ґенезі іпохондричних розладів.

Залежно від комбінацій клінічних проявів прийнято розрізняти кілька форм іпохондричного синдрому: тривожно-іпохондричний синдром, астеноіпохондричний синдром, іпохондрично-сенестопатичний синдром, депресивноіпохондричний синдром, маячно-іпохондричний синдром (параноїдний і парафренний іпохондричний синдром, синдром Котара, або нігілістична маячня).

Симптоми іпохондричного синдрому проявляються на фізіологічному рівні, викликаючи зміни в поведінці хворого. Також хвороба позначається на емоційному тлі, впливаючи на думки й переконання іпохондрика.

 При іпохондрії людину починають найменш за все (МКХ-10) турбувати зовнішні фактори, а її настрій визначається переживаннями про здоров'я.

Такі відчуття призводять до зміни цінностей та інтересів індивіда. Картина іпохондрії може складати наявність різних патологічних форм: невропатії, а також невротичного розвитку особистості.

Сучасні автори зазначають незавершеність вивчення проблеми іпохондричних розладів: зберігаються теоретичні суперечності з приводу діагностичних критеріїв, синдромальної і нозологічної диференціації ІР, відношення психосоматичної симптоматики й психопатологічної природи розладу (В. Ананьєв, І. Аршава, С. Кулакова) тощо.

До нинішнього часу незрозуміло, чи є іпохондрія самостійною нозологічною одиницею, чи структурним елементом супутніх розладів. 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 (первинного ґенезу). У другому випадку вона є одним із низки симптомів. Якщо цей симптом домінує у клінічних проявах захворювання, то тоді він формує іпохондричний синдром (вторинного ґенезу).

Комплексність висвітлення основних принципів діагностики характеризується мультимодальністю методів збору інформації щодо етіології захворювання. В її контексті враховують уміння інтегрувати інформацію, отриману різними методами в аспекті психодіагностичного підходу. Розкрито, що неврозоподібні реакції пацієнта виступають як захисна реакція на можливі вегетативні порушення.

 Виникнення подібної реакції супроводжується дифузним нейрогуморальним супроводом іпохондричних соматофобій, що зменшує активність структурного атракту хвороби. Психологічні феномени особистісного захисту в осіб із іпохондричними проявами спрямовані на вирішення внутрішньо-особистісного конфлікту (зменшення рівня тривоги, напруження і т. п.) та на послаблення вторинних функціональних проявів, спричинених соматичною патологією.

 Встановлено, що діагностичними критеріями іпохондричних розладів (МКХ-10) є:

1) наявність постійних ідей про існування одного або декількох захворювань, що обумовлюють наявну симптоматику, фіксація на передбачуваному каліцтві (ідея зберігається навіть при одержанні негативних даних медичного обстеження);

2) недовіра різним лікарям, що намагаються їх переконати у відсутності соматичного захворювання;

3) у деяких випадках хворі з метою самолікування виробляють власні методи «оздоровлення»: дієти, зміни життєвого укладу з формуванням особливого «щадного режиму»; фізичні навантаження, що не відповідають медичним показанням («зверхцінна іпохондрія»).

Диференціальний діагноз іпохондричних розладів (DSM-V діагностичних критеріїв):

1) соматизований розлад для хворих характеризується значимістю самого захворювання і його наслідків, а ніж окремою симптоматикою: проявляється заклопотаність пацієнта одним або двома соматичними симптомами, що постійно фігурують у бесіді з ним, наявність більш варіабельних скарг у великій кількості щодо припущення про природу ймовірного захворювання;

2) депресивні розлади проявляються у формуванні іпохондричних ідей депресивного характеру, що варто розцінювати як первинний етап розвитку ІР;

3) маревні розлади як наслідок постійної переконаності в наявності соматичного захворювання, не властивий іпохондрії. Враховуючи вплив особистісних характеристик людини на генезис цієї патологічної психосоматичної дисфункції, зазначимо, що їх активність, наприклад, підвищення рівня тривоги, призводить до загострення основного захворювання.

У випадку, якщо тривога є реакцією на реальне соматичне захворювання, то підвищення її рівня призводить до елімінації основних соматичних симптомів.

Отож, поняття про іпохондричні розлади як симптоматики й нозології, вважаються нами тотожними, котрі витікають із природи один одного й взаємодієві.

**1.2. Методологічні засади збереження та відновлення психосоматичного здоров’я особистості з іпохондричними розладами**

 Виникає потреба у виявлено та конкретизовано взаємозв’язки професійних вимог та особистісних потенціалів; встановлено чинники, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров’я людини, особистісному становленню та саморозвитку у професійній діяльності.

Обґрунтувано основні підходи щодо розкриття причин дезадаптованості фахівців різних професій, встановлено особливості їх структурного атрактора іпохондричної хвороби в онтогенезі; представлено модель психокорекційних заходів і психотерапевтичної допомоги особам із ІР.

Представлена психокорекційна модель ІР особистості, обумовлена змістово-процесуальною і психокорекційною складовими.

Змістово-процесуальна складова моделі віддзеркалює організаційно-методичні засади (зміст, форми, методи) формування готовності майбутніх фахівців до професійної самореалізації й безпеки життєдіяльності.

Модель психокорекції ІР особистості включає такі етапи: пропедевтично-ціннісний, пізнавально-базовий, конструктивно-процесуальний, узагальнювально-корекційний; методичний інструментарій; педагогічні умови формування готовності майбутніх фахівців до професійної самореалізації, які буде впроваджено під час формувального етапу педагогічного експерименту: формування мотиваційних установок майбутніх фахівців на професійну самореалізацію засобами імітаційного моделювання; активізація пізнавальної діяльності студентів і фахівців різних професій засобами інформаційно-комунікаційних технологій; розробка й реалізація програми позааудиторних заходів, спрямованих на підготовку майбутніх фахівців до безпеки професійної самореалізації; створення в університеті рефлексивноорієнтованого середовища, що передбачає застосування в навчальному процесі методики формування готовності майбутніх фахівців до безпеки професійної самореалізації.

Таким чином, у результаті такого навчання очікувалося підвищення професійної компетенції фахівців щодо іпохондричного настрою і безпеки їх життєдіяльності в умовах виконання обов’язків.

Психокорекційна програма ПККПТ, як складова цієї моделі, містила комплекс тренувальних вправ, спрямованих на підвищення психологічної культури, розвиток самопізнання, самоактуалізацію, вдосконалення рефлексивних характеристик особистості й передбачала оволодіння прийомами довільної психічної та психофізичної саморегуляції стану.

Психокорекційний комплекс поєднував прийоми саморегуляції емоційного стану, контролю та зміни соматичних проявів емоцій, прийоми нормалізації психоемоційного стану через фізичний стан тіла – вправи тілесної терапії, прийоми релаксації та зняття психологічних бар'єрів, техніки гармонійного дихання, психофізичне тренування тощо.

 Розвиток індивідуальних властивостей та психічних функцій особистості, що зумовлюють відновлення психосоматичного здоров’я, передбачав корекцію самооцінки, вивчення сильних сторін особистості, розвиток впевненості в собі, формування вольових якостей, тренування довільної уваги, візуалізацію.

Весь психокорекційний процес було реалізовано за такою схемою: спецкурс «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «locus minoris resistentiae» використано для осіб із схильністю до ІР, осіб з іпохондричними розладами та осіб із психосоматичними дисфункціями.

Для двох останніх підгруп, в аспекті психокорекційної допомоги, застосовано програму ПККПТ. Алгоритм хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на ІР як скорочений спецкурс було впроваджено у навчальний процес перепідготовки кадрів системи освіти та охорони здоров’я.

У дослідженні також було реалізовано практичне обґрунтування освітньої концепції «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «locus minoris resistentiae» щодо розвитку іпохондрії в людини.

Узагальнюючи її результати, ми здійснили впровадження в освітній процес спецкурс з формування психологічної компетентності щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості в аспекті професійної самореалізації.

**Розділ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ психологічних особливостей психологічних особливостей осіб з іпохондрією та їх корекції**

**2.1. Обґрунтування методів та організації констатувального дослідження іпохондричних розладів особистості**

 Розкрито загальну організацію дослідження, розглянуто та обґрунтовано методичний інструментарій, визначено критерії поділу учасників дослідження на групи, наведено статистичні дані дослідження, проаналізовано кількісні й якісні показники отриманих результатів.

На основі аналізу сутності та складових досліджуваної проблеми визначено й обґрунтовано причини та складові моделі зародження і розвитку ІР особистості, в яких розкривається зміст і методика проведення психологічного експерименту в три блоки: концептуально-цільовий блок, теоретико-методологічний блок, адаптивно-компенсаторний блок.

Концептуально-цільовий блок характеризується визначенням основних проблем психологічної стійкості та адаптації в осіб із ІР, в аспекті яких було враховано значимість механізмів психологічного захисту, професійні проблеми, психофізіологічні проблеми, онтогенетичні проблеми, психокорекційні проблеми подолання цієї симптоматики.

також розкрито змістовність та критерії іпохондричних розладів особистості згідно міжнародної класифікації МКБ-10.

Відзначено соматогенії, соціальну дезадаптацію і ятрогенні неврози як мірило прояву іпохондричних навіювань за міжнародною ознакою.

Чинники механізмів розвитку ІР особистості (скарги на психосоматичне недомагання):

1) скарги першого рівня символізують міжособистісний конфлікт;

2) проблеми на другому рівні відносяться до скарг типу сімейні конфлікти;

3) третій рівень скарг характеризують когнітивні та поведінкові проблеми особистості;

4) на четвертому рівні мають значення скарги спричинені емоційними конфліктами;

5) порушення розвитку й особистісні розлади характерні для п’ятого рівня скарг;

6) шостий рівень скарг характеризується біологічними чинниками розвитку ІР, спричинених спадковістю.

Механізми розвитку іпохондрії згідно психосоматичних концепцій:

1) Психосоматичний симптом як результат конверсії психічної енергії або конверсійна модель Фрейда;

2) Психосоматичний симптом як результат вирішення конфлікту в вегетативній нервовій системі чи модель вегетативного неврозу і теорія векторів Александера;

3) Психосоматичний симптом як результат використання незрілого психологічного захисту чи модель двохешелонної лінії захисту Мітчерліха;

4) Психосоматичний симптом як результат порушення об’єктивних відносин;

5) Психосоматичний симптом як результат порушення самоповаги чи Его-психологія Кохута;

6) Психосоматичний симптом як результат ресоматизації функцій Я або концепція десоматизації Шура;

7) Психосоматичний симптом як результат алекситимії спричинений «духовною сліпотою» або нездатністю відчувати;

8) Психосоматичний симптом як результат ролевого конфлікту або теорія

Теоретико-методологічний блок обґрунтовує механізми і чинники розвитку ІР особистості (скарги на психосоматичне нездужання): скарги першого рівня символізують міжособистісний конфлікт; проблеми на другому рівні відносяться до скарг типу сімейні конфлікти; третій рівень скарг характеризують когнітивні та поведінкові проблеми особистості; на четвертому рівні мають значення скарги спричинені емоційними конфліктами; порушення розвитку й особистісні розлади характерні для п’ятого рівня скарг; шостий рівень скарг характеризується біологічними чинниками розвитку ІР, спричинених спадковістю.

Розкрито механізми розвитку іпохондрії згідно психосоматичних концепцій. З урахуванням вищезазначених складових моделі психодіагностичного вивчення іпохондричних розладів особистості, представлено такі форми іпохондричного синдрому (МКБ-10): немаячні форми прояву ІР (тривожно-іпохондричний синдром, астено-іпохондричний синдром, іпохондрично-сенестопатичний синдром, депресивно-іпохондричний синдром), бредово-іпохондричний синдром (паранойяльний іпохондричний синдром, параноїдний іпохондричний синдром, парафренний іпохондричний синдром, синдром Котара).

Адаптивно-компенсаторний блок представлено в дослідженні у вигляді адаптивно-компенсаторних патернів формування особистості з ІР, в основі яких ключовими психологічними показниками пристосованості організму до іпохондрії є когнітивний рівень, емоційний рівень, поведінковий рівень в аспекті самореалізації особистості.

Адаптивно-компенсаторні патерни формування особистості з ІР в аспекті розкриття моделі їх ґенези включає такі змістові структури як когнітивна, емоційна та поведінкові сфери.

Когнітивний аспект усвідомлення особистістю іпохондричних розладів базується на розумінні людиною істинності оптимального стану функціонування організму, в основі чого є психосоціальне реагування на захворювання і поведінка хворого. Характерними для іпохондриків особливостями поведінки є:

1) захопленість своїм захворюванням – така людина повністю зосереджена на симптомах, наслідках і лікуванні уявної хвороби;

2) особливе ставлення до свого тіла – пацієнти витрачають багато часу на те, щоб стежити за температурою, пульсом та іншими фізіологічними показниками;

3) вибірковість – при даному розладі хворий фільтрує інформацію ззовні, вибираючи тільки ту, яка, на його думку, пов'язана з його хворобою;

 4) уникнення – іпохондрики намагаються уникати обставин і ситуацій, які можуть викликати загострення існуючої або розвиток нової хвороби.

В аспекті психодіагностики когнітивної сфери нами було використано такі методики: Опитувальник МТЖЦ (морфологічний тест життєвих цінностей), Вісбаденський опитувальник Н. Пезешкіана, Опитувальник А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач», Методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі.

Емоційна сфера особистостей з рисами іпохондрії слабо диференційована, афекти неадекватні, уява розвинена недостатньо, рівень абстрактно-логічного мислення невисокий.

Диференційна відмінність також характеризується нерозвиненою фантазією, тенденцією до імпульсивності, бідністю міжособистісних зв'язків. Типові також інфантилізм, надмірний прагматизм, дефіцит рефлексії, емоційна нестійкість з частими «зривами».

 Їх переважаючий спосіб життя – дія. Взаємодія з такими людьми приносить відчуття нудьги і безглуздості контакту (МКБ-10).

Психодіагностичним інструментарієм у розкритті емоційного фону особисті з ІР є такі методики: Методика дослідження особистості за допомогою модифікованої форми В опитувальника FPI, Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте (Life Style Index) для визначення «Індексу життєвого стилю» (LSI).

На поведінковому рівні формування особистості з іпохондричними розладами домінує кінестетичне орієнтування у соціумі, пов’язане з гіперчутливістю до сприйняття тілесних змін, різного виду відчуттів, що виникають у сомі й складають дефіцит образного мислення.

Розвиток захворювання у даної категорії людей базується на фіксуванні своєї уваги на змінах, що відбуваються в організмі. В аспекті психодіагностичного підходу використано такі методики: «Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда», «Діагностика самоактуалізації особистості» (А. Лазунін в адаптації Н. Каліна), Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана-Бойка.

Таким чином, обґрунтовано основні структурні компоненти механізмів ґенезу іпохондричних розладів як деструктивного особистісного утворення. Розкрито взаємозв’язки індивідуального розвитку в умовах дезадаптації особистості й психосоматичного здоров’я.

Походження симптоматики, що імітує тілесну патологію, пояснюється механізмами конверсії в результаті відсутності адаптивного психологічного захисту.

Представлено характеристику методичного забезпечення психологічного дослідження іпохондричних розладів особистості з урахуванням методів дослідження індивідуально-особистісних властивостей людини при наявності схильності до ІР та методів дослідження особистості, обумовлених внутрішньою дезорієнтацією та кризовим перебігом життєвих подій.

Отже, модель зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості, на основі зазначених її змістових структур, розглядаємо як засіб у діагностиці іпохондричної нозології та критеріально-результативну оцінку поведінки людини в аспекті розкриття і побудови корекційно-відновлювальної системи заходів щодо подолання цієї психопатології.

В аспекті розкриття моделі генези ІР особистості й для визначення їх причин у соціометричному вимірі нами були використані загальні опитувальники (анкетування): авторський опитувальник схильності особистості до іпохондричних розладів, скринінг первинного обстеження груп за клінічними показниками у осіб із іпохондричними розладами у ситуації психосоматичного захворювання з метою виявлення їх частоти ознак, карта первинного огляду хворого, Мультимодальний опитувальник життєвої історії. А також було застосовано метод експертних оцінок, спостереження (карта спостереження) бесіду (Структурне інтерв’ю за Отто Кернбергом).

Таким чином, комплексність висвітлення основних принципів діагностики характеризується мультимодальністю методів збору інформації щодо етіології захворювання. В її контексті враховано технології інтеграції інформації, отриманої різними психодіагностичними методами

Клінічний діагноз іпохондричних розладів було констатовано згідно з дослідницькими психодіагностичними критеріями в розділі міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10: клас

V. Розлади психіки та поведінки) й DSM-V діагностичних критеріїв: F45.2 – іпохондричні розлади. Використано також метод експертних оцінок і бесіду (структурне інтерв’ю за Отто Кернбергом).

В емпіричному дослідженні були задіяні загалом 34 особи. Прерогативою даної вибірки є те, що всі групи мають скарги психосоматичного характеру, у формуванні яких первинною ознакою є невідомий механізм розвитку іпохондричних розладів – соматичний чи психологічний чинники.

Потреба зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості в ситуації психосоматичного порушення та на цій основі розробки засобів відновлення стану оптимального функціонування організму зумовила таку дослідницьку схему: встановлення причинно-наслідкових зв’язків між психологічними явищами, певного прояву та дослідження впливу одного і того ж явища в межах механізму зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості на людей з різними характеристиками.

Побудова експерименту за такою схемою дала можливість відшукати структуру змінених та збережених форм психічної діяльності, встановити каузальні залежності між досліджуваними явищами та сформувати методику корекції і відновлення досліджуваного феномену.

Саме тому у схемі дослідження поєднано констатувальні, формувальні стратегії та стратегію зіставлення. Процедура дослідження передбачала такі основні структурно-змістовні етапи експериментальної програми: визначення структурних елементів (змінних, експериментальної гіпотези тощо); вимір загальної вибірки за номінативним маркером «психосоматичне здоров’я»; відбір еквівалентних (рандомізованих) відповідно до потреб дослідження еталонної контрольної (КГ1 – психосоматично здорові особи і КГ2 – особи зі схильністю до іпохондричних розладів) та 9 експериментальної (ЕГ1 – особи з іпохондричними розладами і ЕГ2 – особи з психосоматичними дисфункціями) груп; констатувальний діагностичний зріз (вимір) в КГ1, КГ2, ЕГ1, та ЕГ2 низкою психодіагностичних методик, які визначають основні параметри виміру психологічної стійкості особистості у ситуації психосоматичного порушення та їхні зв’язки з іншими параметрами дослідження; якісний та кількісний аналіз результатів для встановлення статистично значущих відмінностей КГ1, КГ2, ЕГ1, та ЕГ2; побудова на цій основі програми психокорекційних впливів щодо відновлення стану оптимального функціонування організму в осіб експериментальної групи за результатами констатувального етапу дослідження; проведення формувального експерименту в групі з психосоматичними порушеннями (ЕГ1 і ЕГ2); контрольний діагностичний зріз (вимір) в КГ1, КГ2, ЕГ1, та ЕГ2 після завершення дослідження; якісний та кількісний аналіз результатів з метою виявлення психокорекційного ефекту: зіставлення та порівняння результатів експериментальної групи «до» та «після» впливів, зіставлення та порівняння результатів у групах з різним характеристиками; систематизація та узагальнення результатів теоретико-емпіричного дослідження.

**2.2. Емпіричне вивчення генези розвитку іпохондричних розладів особистості з урахуванням порушень соматоформного типу**

Представлено результатиконстатувального дослідження щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості в ЕГ осіб та надали їх характеристику.

Дослідження було проведене з метою визначення особливостей прояву іпохондричних розладів у осіб з іпохондричною симптоматикою і у групах досліджуваних без цієї ознаки, а також диференціації їх відмінностей для установлення психодіагностичних параметрів.

Було діагностовано шість хронотипів (Хт) в аспекті хронометражу осіб із іпохондричною поведінкою, з урахуванням їх поділу за класифікацією професій Є.О. Клімова.

Під час проведення скринінгу первинного обстеження груп за клінічними показниками в осіб із іпохондричними розладами з метою виявлення їх кількості ознак було відмічено, що значний потенційний ризик щодо виникнення іпохондричних розладів за психосоматичною ознакою (за перевагою кількісних показників) мають працівники несоціономічних професій.

Серед показників індивідуальних медичних карт лікарень, спостерігаємо значний потенційний ризик щодо психосоматичних розладів із іпохондричною послідовністю скарг в усіх представників професійних типів.

Крім того, встановлено, що серед працівників міського населення рівень ризику щодо захворювань на психосоматози вищий, ніж у сільських жителів (3:1).

Однак зазначимо, що для посилення надійності висновків слід розширити, як у часових, так і у просторових межах, вибірку архівного дослідження.

Метод хронометрії сприяє виокремленню психолого-часових індикаторів іпохондричних захворювань, визначенню розподілу часових витрат на виконання професійних обов’язків, їх значимість і відповідність у житті людини тощо.

До його функцій відносимо визначення фактичних витрат часу на створення одиниці професіограми, тобто нормативи людини згідно з її можливостями і рівнем домагань.

Визначення динаміки активності досліджуваних (сенсорної, моторної, інтелектуальної та інших видів) при максимальній і мінімальній їх працездатності, а також виявлення причин помилок, перешкод, втрати часу, що впливають на самореалізацію особистості та формування у неї іпохондричної поведінки.

Сутність алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади полягає у психологосоматичному й контрольному обстеженні в умовах нейропатологічних клінічних досліджень.

Своєчасно проведена психопрофілактика ІР особистості до моменту загострення соматичного прояву захворювання завчасно попереджатиме про їх наявність у фахівців різних професій і забезпечуватиме стан оптимального функціонування організму людини.

За шкалами «Методики дослідження особистості за допомогою модифікованої форми «В» опитувальника FPI» ми визначали особливості поведінки у респондентів під час міжособистісної взаємодії з іншими людьми у разі їх схильності до проявів невротичності, спонтанної агресивності, депресивності, дратівливості, товариськості, урівноваженості, реактивної агресивності, сором’язливості, відкритості, екстравертованості та інтровертованості, емоційної лабільності, маскуліності та фемінності у контрольних й експериментальних групах.

За параметрами розподілу методом хронометражу було вирахувано, які в «середньому» знаходяться значення ознак за шкалами методики, й обґрунтовано їх періодичність, мінливість і домінування.

Враховуючи класифікацію професій за дослідженням способу мислення, виділяємо респондентів за домінуючим типом: тип П «людина – природа», тип Л «людина – людина», тип Т «людина – техніка», тип 3 «людина – знакова система», тип X «людина – художній образ».

Особистісні утворення фахівців різних професій узгоджуються із значенням хронотипу у таких типологічних групах:

0,6≤Хт˂0,62 – переважає невротичність за типом «людина-природа»;

0,67≤Хт˂0,7 – переважає спонтанна агресивність за типом «людина-людина»;

0,77≤Хт˂0,79 – переважає депресивність за типом «людина-техніка»;

0,82≤Хт˂0,85 – переважає реактивна агресивність за типом «людинахудожній образ»;

0,91≤Хт˂0,93 – переважає дратівливість за типом «людина-знакова система». За типом «І» спостерігаємо наявність таких ознак як дратівливість і депресивність у досліджуваних у відношенні 1:1.

Акцентуючи увагу на підтвердженні чи спростуванні гіпотези, ми дослідили взаємозв’язок психосоматичних проявів іпохондричного характеру з локалізацією у межах певного хронотипу, аби розкрити їх частоту й повторюваність.

За допомогою методу хронометричної проби й електронного хроноскопу було зафіксовано значення суб’єктивного сприйняття часу з точністю до 0,001 с.

Враховуючи цю похибку, диференціювали індивідуально-типологічні та соматичні особливості прояву ІР у досліджуваних. За методикою самооцінки рівня тривожності Спілбера-Ханіна та методу хронометричної проби визначили зв’язок між ситуативною тривожністю у спектрі «хронотипу» та частотою повторів рецидиву ІР у фахівців різних професій.

Така особистісна характеристика хронотипів за професійною схильністю до їх акцентованого прояву відображає передумови розвитку та зародження іпохондричних розладів на етапі формування особистості.

Такий диференційнодіагностичний підхід відображає сутність психосоматичних проблем у фахівців різних професій, значимість якого актуальна в межах медичної психофізіології. Згідно із запропонованою вище моделлю хронопсихологічного профілю особистості з ІР розкриваємо характеристику алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики для подальшої ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на ІР.

Вкажемо, що серед усіх різновидів психосоматичних порушень у нашому дослідженні переважно зустрічаються скарги кардіологічного типу, іпохондрична поведінка з гіпертонічним симптомом, з дисфункцією шлунково-кишкового тракту, з ознаками гіпертиреозу, з порушенням шкірних покривів, з ознаками ревматоїдного артриту.

Проведення якісного аналізу результатів констатувального етапу дослідження дозволило виявити соціально-психологічні особливості зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості у ситуації психосоматичного порушення у фахівців різних професій.

Саме на цій основі було складено психологічний портрет особистості за кожним із типів. За типом «людина-природа» в інтервалі 0,78≤Хт˂0,82: ɳХт, Тс = 0,76 і ɳТс, Хт = 0,65 відмічаємо іпохондричну поведінку з гіпертонічним симптомом і нав’язливими станами колекціонування зайвих речей, частої перевірки уже здійснених дій (закритих дверей, вікон, газових кранів; установка предметів у певному порядку особистих речей, меблів, столових засобів).

З частотою повторів до 1/2 - 1/3-1/4 С, тобто теж у подвоєнні частоти повторів іпохондричних проявів. До візуальних показників розвитку цієї симптоматики зазначимо умови діяльності працівників у межах їх професіограми: за предметом праці відзначаємо біономічний об’єкт праці, провідні перетворюючі тенденції у виконанні дій (обробка, впорядкування, організація), перевагу ручної праці (прості та механізовані ручні знаряддя праці) та роботу на відкритому повітрі.

Сутність їх іпохондричних мотивів полягає в перетворенні життєвих орієнтирів на професійну залежність, наслідком чого є формування хвороботворних чинників із показовою частотою до зростання і повторів. За типом «людина-людина» ми представляємо учасників контрольної групи осіб зі схильністю до зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості та з їх відсутністю.

Спостерігаємо такі психологічні особливості як орієнтування на професійне життя, на активні соціальні контакти.

Спостерігаємо також за цим психотипом мотивацію на успіх, співпрацюючий тип виконання обов’язків і схильність за хронотипом до спонтанної агресивності у КГ2: 0,67≤Хт˂0,7, С – агресивна диспозиція.

Вони переважно керуються прийняттям інших, але прагнуть до задоволеності актуальним моментом у часі, що й свідчить про їх адекватну часову характеристику та знижений рівень соціальної фрустованості.

Відсутність іпохондричних нарікань у цій групі також спростовуємо за типом психологічного захисту – заміщення, у разі чого застосовують переважаючу емоцію гніву у межах норми.

Професіограма виділяє соціономічний об’єкт їхньої праці, гностичні тенденції (розпізнавання, оцінка, перевірка) у світопізнанні та зумовленість трудових навантажень, в основі яких значення мають розумові вміння і навички.

Спостерігаються дещо підвищені вимоги до дотримання моральних якостей, фазова сингулярність загострень іпохондричних настроїв, які зустрічаються рідко з ½ С-періодом у КГ2.

Зазвичай іпохондрична поведінка у цій групі осіб обумовлена дисфункцією ШКТ, про що свідчать скарги в ділянці duodenum, але у силу вікових зумовленостей і генетичної схильності.

Однак за соматотипом спостерігаємо АТ у межах норми, цукор крові 5,5 ммоль / літр, формула крові без змін, що свідчить про стан оптимального функціонування організму.

Прихований період за Івановим-Смоленським: 2,9 с. показує низькі показники гальмівного процесу та схиляє нас до думки про їхню активність у виконанні обов’язків. Ехоенцефалопатія (ЕГ) показує хвилі біострумів, які в межах норми (більше 10 µV), що вказує на помірну активність кори ГМ і відсутність чіткої симптоматичної обумовленості ознаками іпохондрії.

Психологічний портрет респондентів за типом «людина-знакова система» орієнтує нас на визначення таких домінуючих факторів поведінки цієї групи осіб як орієнтування на збереження власної індивідуальності, на сферу захоплень, у кореляції яких (0,72, р≥0,01) зустрічаємо тенденцію до посилення особистісних преваг над іншими та часто невідповідність своїх настроїв і бажань, що призводить до особистісного конфлікту.

Прагнення до уникнення невдачі й орієнтування на одноманітність подій, тобто монотонність праці, розкриває їх як недовірливий-скептичний тип.

За типом «З» в інтервалі 0,78≤Хт˂0,82: ɳХт, Тс = 0,76 і ɳТс, Хт = 0,65 простежувалась іпохондрична поведінка з ознаками гіпертиреозу з нав’язливими станами прагнення отримати від оточення підтримку в прийнятті рішень, порушення моторики (часті спроби забрати волосся з обличчя, моргання очей, повік), відчуття зайвого предмету у горлі й посіпування через цю причину.

Для цього підтипу характерна фазова сингулярність від 1/3-1/4 С, тобто з посиленням у часі в чотири рази. Професіограма виділяє у цієї групи осіб орієнтування на сигномічний об’єкт праці, постійні пошукові тенденції (пошук, відкриття, творення нового), перевагу механізованої праці (оператори механізмів), із побутовим мікрокліматом, який обмежує соціальну контактність й усамітнює фахівців із системою механізованих пристроїв і машин.

Цей фактор дезактивізує їх із плином часу, ізолює від суспільства та соціальних умовностей, орієнтує на занурення у світ власних ілюзій і потреб, нереалізація яких є причиною психопатичної поведінки.

Соматотип відрізняється проявом іпохондричної поведінки з ознаками гіпертиреозу, АТ у нормі, присутністю скарг на швидку втому, цукор крові 7,2 ммоль / літр, формула крові без змін.

Прихований період за ІвановимСмоленським: 6,2 с., що свідчить про наявність гальмування у межах середніх показників і ехоенцефалопатію (ЕГ): хвилі біострумів дуже знижені (менше 10 µV) і вказує на малу активність кори ГМ та загострення 1/3 С-періоду з інтервалом до ¼ Сперіоду, що показує прискорення частоти повторів дисфункції такого психопатичного стану з іпохондричною зумовленістю.

Психологічний портрет респондентів за типом «людина-техніка» розкривається у психотипі за таким зразком як орієнтування на розвиток себе, на навчання й освіту, що у позитивній кореляції (0,57, р≥0,01) відповідає залежності від батьків, мотивації на уникнення невдачі, на креативність у виконанні професійних обов’язків і покірний-сором’язливий тип у міжособистісній взаємодії.

Спостерігались помірні кореляційні зв’язки дещо однотипного порядку, але з яскраво вираженою ситуативною тривожністю. За типом «Т» в інтервалі 0,72≤Хт˂0,8: ɳХт, Тс = 0,7 і ɳТс, Хт = 0,62. було відмічено іпохондричну поведінку у вигляді кардіоневрозу з проявом таких нав’язливих станів як зайві нарікання і проголошення в слух чи про себе молитв, нарікань, прокльонів тощо. Незрозуміле відчуття вини, зайва самокритичність активація тривожних фантазій, нездатність до самостійного прийняття рішення з загостренням фазової сингулярності від 1/4 - 1/3-1/2 С.

Професіограма виділяє їхню спрямованість на технономічний об’єкт праці, пошукові тенденції (пошук, відкриття, творення нового), автоматизовану роботу (оператори автоматизованих систем з пультовим управлінням) в незвичайних умовах праці, що свідчить про підвищення стресостійкості в надзвичайних ситуаціях і загартування особистості.

Фазова сингулярність повторів іпохондричної поведінки помітно зникає і проявляється у такій послідовності: загострення ¼ С, загострення 1/3 С, загострення ½ С, що детермінується із фаховою спрямованістю і самокорегується.

Психологічний портрет респондентів за типом «людина-художній образ» відрізняється за таким психотипом як орієнтування на матеріальне забезпечення і на сферу професійного життя, що у структурі кореляційних взаємозв’язків (0,67, р≥0,01), відображає схильність до соціальних конфліктів і мотивацію на уникнення невдачі.

За цим хронотипом спостерігаємо домінування реактивної агресивності у межах 0,82≤Хт˂0,85 і H – обсесивну диспозицію, що спрямовує представників цієї групи до самосприйняття, лабільності у спілкуванні, навіть деякої обережності в обміні думок, що й виділяє їх дуже високий рівень соціальної фрустрованості, відчуття неповноцінності, соціальну ізоляцію, негативізм, який супроводжується страхом, дратівливістю, розчаруванням, відчуттям вини, підозрілістю та гнівом.

Така психологічна стратегічність і провокує схильність та розвиток хвороб іпохондричного типу. На довершення, аби дійсно відобразити іпохондричну поведінку за соматотипом, відзначаємо наявність іпохондричних настроїв у вигляді порушень шкірних покривів (місцева гіперемія, алергічні висипи), АТ у межах норми, скарги щодо порушень ШП, цукор крові 5,8 ммоль / літр, формула крові без змін, прихований період за Івановим-Смоленським: 8,4 с.,

Ехоенцефалопатія (ЕГ): хвилі біострумів дуже низькі (менше 10 µV), що вказує на малу активність кори ГМ і підвищений гальмівний процес у структурі мозкових центрів. Саме соматична обумовленість у такому випадку сприяє розвитку іпохондричної хвороби за соматичним типом.

Соматика стає конфігурацією емпіричних доказів зародження і розвитку цих симптомів, в основі чого є страх, боязнь подати себе в безпорадному вигляді, невідповідно власним ідеалам і розсуду.

Професіограма відображає артономічний об’єкт праці, гностичні тенденції (розпізнавання, оцінка, перевірка) у межах праці, в якій основне значення мають розумові вміння і навички, із підвищеними вимогами до моральних якостей.

Фазова сингулярність захворювання спостерігається із чіткою послідовністю загострень ¼ Сперіоду, що свідчить про тривале протікання цього хвороботворчого процесу.

За психологічним портретом респондентів за типом «Інші типи» спостерігаємо орієнтування на власний престиж і на сферу громадського життя (0,07, р≥0,01м), що відображає їхню позицію до сімейних конфліктів, негативної мотивації на міжособистісну взаємодію, надмірну альтруїстичність.

За хронотипом відображено домінування депресивності (0,99) і дратівливості (0,97) та F – параноїдальна диспозиція, що підкреслює схильність представників цієї групи осіб до емоційного дискомфорту, на автономність і показує невизначений рівень соціальної фрустрованості.

Страх, обумовлений надмірною поступливістю, альтруїстичністю, самопожертвуванням, честолюбством, підвищеною терплячістю, совісністю.

Для людей такого типу не важливе орієнтування на професійне забезпечення чи матеріальне становище або ж спілкування заради корисливості чи соціальної значимості. Вони орієнтуються на власні перспективи, вміння і навички, що підкреслюють престиж.

Зародження і розвиток ІР можливе за рахунок частих невідповідностей у розкладі плану дій, бажаннях і можливостях цих фахівців. Особистісний професійний ріст можливий за рахунок власного стилю виконання обов’язків.

Зазначимо, що наявність іпохондричного настрою є фактором невідповідності між бажаннями, потребами та можливостями.

Соматотип розкриває іпохондричну поведінку з ознаками ревматоїдного артриту, АТ у межах норми, цукор крові 7,2 ммоль / літр, формула крові без змін, прихований період за ІвановимСмоленським: 5,9 с., що у межах нормативних показників, ехоенцефалопатія (ЕГ): хвилі біострумів знижені (менше 10 µV), що вказує на малу активність кори ГМ і відповідну загальмованість процесів.

Професіограма відображає спрямування на виробничу діяльність, перетворюючі тенденції (обробка, впорядкування, організація, вплив), використання ручної праці (прості та механізовані ручні знаряддя праці), робота на відкритому повітрі.

Фазова сингулярність повторень хвороби з загостренням 1/3 С-періоду.

Отже, соматична схильність захворювання обумовлена саме психологічним чинником і відображена у вигляді емоційного дискомфорту з розвитком ревматоїдної симптоматики.

На етапі структурного інтерв’ювання за Отто Кернбергом дослідження показало, що в осіб із іпохондричними розладами (69 осіб – 42 %) зустрічається симулятивна поведінка.

Симулятивні дії людини спрямовані на те, щоб отримати підтримку і співчуття оточуючих. Нерідко вона нарікає не тільки на стан власного здоров’я, а й на свою долю, несправедливість, нерозуміння.

Наслідком такої поведінки є несприйняття оточуючими її скарг, і тому вона використовує елементи артистичної поведінки – заламування руки, закочування очей, розмовляє зниженим або стражденним голосом.

Якщо проявити пильну увагу до проблем такої людини і запропонувати її пройти обстеження, велика ймовірність того, що вона відмовиться.

Особливо дієвим буде пропозиція пройти ряд таких неприємних процедур як колоноскопія (дослідження товстої кишки), гастроскопія (діагностика шлунка за допомогою перорального введення зонда).

У цьому випадку можливо, що хворий не діагностує у себе таких показань і, відповідно, уникає цих процедур, але подальші інтерпретації хворобливості стану орієнтують його на пошук методів збереження здоров’я.

Таким чином, під час констатувального дослідження ми розкрили психологічні особливості становлення і розвитку передумов іпохондричної поведінки та її клінічні прояви. А також виділили реальні психосоматичні причини зародження і розвитку ІР особистості на етапі проведення психодіагностичного експерименту у фахівців різних професій за типологією досліджуваних.

**2.3. Дослідження впливу на осіб із іпохондричною поведінкою психокорекційної програми**

Розкрито основні результати впровадження лекційного курсу «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «locus minoris resistentiae»» із профілактичною ціллю та програму комплексної когнітивно-поведінкової психотерапії (ПККПТ) для осіб із ІР.

В межах цього підходу акцентовано увагу на висвітленні основних показників активації життєдіяльності особистості з ІР та їх профілактики.

Зазначимо, що поняття «особистісна культура безпеки» нове у психологічній науці, але поступово вже входить до сучасної наукової літератури.

Існує безліч визначень поняття «культура», які можна узагальнити в такій дефініції, що культура це певний спосіб організації людської діяльності, представлений системою духовних та матеріальних цінностей, а також процес самореалізації та розкриття творчого потенціалу.

Особистісна культура є одним із результатів загального процесу соціалізації, активного присвоєння і відтворення соціального досвіду. Особистісна культура безпеки у роботі фахівця з іпохондричною поведінкою базується на нормативних засадах та законодавчих актах, які регламентують та регулюють їхню роботу, але переважно поза межами індивідуально-психологічного підходу (Є. Ільїн).

Психологічна безпека – цілісна система процесів, результатом протікання яких є відповідність особистісним потребам і цінностям.

 Психологічна безпека як готовність особистості до подолання внутрішніх перешкод, іпохондричних настроїв і професійної деструктивності розглядатися нами як багаторівнева динамічна система, що складається із психічних установок, настроїв і компетенцій, взаємозв’язок яких забезпечує стійкість до труднощів й організацію професійної культури безпеки.

Компетентність кожного фахівця має бути на високому рівні розвитку, тому що уміння правильно та якісно встановити причину, яка стосується проблеми іпохондричного настрою, є важливою основою для успішного вирішення питань особистісного характеру та досягнення кар’єрного зростання тощо.

Саме тому, згідно психодіагностичних вимірювань нашого дослідження зазначимо основні показники результатів, які засвідчують наявність чи відсутність особистісної безпеки в осіб з іпохондричними розладами за методиками нашого дослідження.

За методикою «Діагностика самоактуалізації особистості» (А. В. Лазунін в адаптації Н. Ф. Каліна) відображено рівень самоактуалізації фахівців різних професій після впровадження психокорекційної програми.

За її показниками констатовано, що активність досліджуваних носить помірний характер за однією домінантною ознакою, тоді як процес самоактуалізації являє собою систему спрямованостей особистості та її прагнення до якомога повнішого виявлення і розвитку своїх особистісних можливостей.

В усіх досліджуваних групах переважає високий рівень самоактуалізації, який характеризується підвищеною схильністю особистості до життєдіяльності в теперішньому часі, тобто «тут і тепер».

Відсутня тенденція у минуле, відчуття жалю за його подіями та уникнення невдачі на майбутнє. У КГ2 відмічаємо 78 % (46 осіб) самоактуалізації, у ЕГ1 – 71% (43 осіб), у ЕГ2 – 69% (41 особа), що наближено до високого рівня за показниками КГ1 – 89% (53 осіб).

Середній і низький рівень самоактуалізації особистості займають незначну кількість осіб, що й видно на рисунку 3. Отож, представникам КГ2, ЕГ1 і ЕГ2 притаманне несвідоме бажання уникнення власної активності в професійній діяльності, що пов’язано з невідповідністю її забезпечення чи незадоволеністю від виконуваних обов’язків.

З огляду на те, доходимо висновку, що у цієї категорії осіб професійний відбір здійснено поза власним бажанням, що є чинником зародження внутрішньої конфліктності, психосоматичних порушень, іпохондричного настрою. Визначати в дослідженні професійну орієнтацію кожного з них не є нашим завданням.

Контрольна група осіб підтвердила основні критерії розвитку компетентної особистості у галузі працевлаштування, що й позитивно позначилось на їх психосоматичному здоров’ї.

На основі отриманих даних за методикою Роджерса-Даймонда (СПА) спостерігається нижчезазначений рівень соціальної адаптованості до та після ПККПТ в осіб з іпохондричними розладами.

ПККПТ є ефективною і доцільною формою роботи з особами, які хворіють на ІР, оскільки рівень їх адаптованості відображає позитивну динаміку з подолання іпохондрії.

Відмітимо, що у КГ1 і КГ2 переважає висока адаптивність (КГ1 – 78% і КГ2 – 74%) «до» та «після» проведеного експерименту; у ЕГ1 і ЕГ2 «до» психокорекційного втручання (ЕГ1 – 47% і ЕГ2 – 36%) спостерігаються значно нижчі показники рівня адаптованості людини з ІР.

Ефективність впровадженої нами ПККПТ полягає у встановленні високого рівня адаптованості у контрольній та досліджуваних експериментальних групах і в групі зі схильністю до іпохондрії (КГ1 – 80%, КГ2 – 77%, ЕГ1 – 67% і ЕГ2 – 70%).

Отож, зазначимо, що рівень адаптованості впливає на зародження і розвиток ІР особистості та їх нейтралізацію.

У процесі вивчення особливостей психофізіологічного стану в осіб із іпохондричними розладами за іншими методиками, зауважимо, що після проведення ПККПТ їх психосоматичний стан відповідає стану оптимального функціонування організму людини, професійне середовище має позитивний вплив на формування особистісного та кар’єрного росту.

А також вони позитивно оцінюють свої фізичну та розумову працездатність, стан здоров’я, зацікавленість у виконанні обов’язків і надають перевагу суспільно прийнятим, адаптивносприятливим моделям поведінки. Показник соціальної фрустрації у респондентів в цілому є низьким.

Помірний або середній рівень фрустрації спостерігається у фахівців різних професій у взаєминах із адміністрацією на роботі (2,7 p ≤ 0,05), незадоволеність своєю освітою (2,3 p ≤ 0,01) і умовами професійної діяльності (2,9 p ≤ 0,05).

Таким чином, істотної відмінності за цією методикою між контрольними та експериментальними групами не існує.

Запропоноване обґрунтування ресурсних аспектів професійного впливу в психологічній практиці з формування професійної безпеки особистості суттєво доповнить технології корекційної роботи з організації такої професійної активності, яка б забезпечила особистісну стратегію поведінки, перегляд життєво важливих орієнтирів і пошук принципово нових форм професійного вдосконалення особистості в процесі соціального розвитку суспільства й професійного середовища.

Таким чином, критеріально-результативна складова моделі віддзеркалює очікуваний результат – підвищення рівня готовності майбутніх фахівців до безпеки професійної самореалізації.

Сутність психокорекційної програми конкретизовано в очікуваному результаті, а саме:

-у забезпеченні розвитку мотивів, цілей, інтересів, ціннісних орієнтацій, ставлення до професії фахівців й до професійної самореалізації;

-у наявності потреби в професійній самореалізації, установки на самоздійснення;

-у спрямованості на досконале оволодіння фаховими знаннями й на професійну самореалізацію;

-в усвідомленні значущості своєї діяльності та необхідності професійної самореалізації; підвищенні рівня засвоєння фахових знань;

-у самостійності мислення; емпатійність (схильності до співпереживання);

-у сформованості особистісних якостей (відповідальності, вимогливості, сумлінності, рішучості, наполегливості, самовладання тощо), позитивної професійної «Я-концепції»;

-у сформованості практичних професійних умінь і навичок; творчої активності, максимально повної актуалізації й реалізації фахових умінь у процесі практики, уміння творчо вирішувати професійні завдання;

-у здатності до взаємодії (умінь та навичок професійного спілкування) з пацієнтом, лікарем, іншими фахівців, родичами пацієнта;

-у самостійності в квазіпрофесійній діяльності;

-у здатності до самопроектування власних професійних якостей, самоорганізації, самоуправління своєю діяльністю;

-здатності до рефлексії; здатності до саморегуляції;

-вміння оцінити й коригувати результати власної професійної підготовки тощо.

Об’єктивність під час висвітлення досліджуваної теми забезпечувалася шляхом здійснення неупереджених, некон’юнктурних висновків, із урахуванням поглядів попередніх дослідників, і достовірної, перевіреної інформації з підібраних джерел. Водночас ми не уникали критичних суджень і оцінок для реалістичного показу низки психосоматичних проблем у ґенезі ІР.

Іпохондричний розлад за багатьма критеріями схожий на соматизований розлад.

На відміну від нього, хворі на іпохондрію переживають надмірний страх наявності в них якогось ще не винайденого тяжкого захворювання, яке загрожує життю.

Характерними є монотонні, емоційно невиразні скарги, які підкріплюються великою кількістю документів, що накопичені за період обстежень.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Alexander F, French T, Pollock G. Psychosomatic specificity. Chicago & London: Univ. of Chicago Press; 1968
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., DSM-5); 2013
3. Bagby M, Taylor G, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. Psychotherapy and Psychosomatics. 1986;45(4):207-215.
4. Barsky A, Orav E, Bates D. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. Archives of General Psychiatry. 2005;62(8):903.
5. Bräutigam W, Von Rad M. Toward a theory of psychosomatic disorders. Basel: Karger; 1976.
6. Brown R. Psychological Mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An Integrative Conceptual Model. Psychological Bulletin. 2004;130(5):793-812.
7. Bylkina ND. Razvitie zarubezhnyh psihosomaticheskih teorij (analiticheskij obzor). [Development of foreign psychosomatical theories (analytical review)] Psihologicheskij zhurnal. 1997;18(2):149-160.
8. De Waal M, Arnold I, Eekhof J, Van Hemert A. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. The British Journal of Psychiatry. 2004;184(6):470-476.
9. Fink P, Hansen M, Oxhoj M. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. Journal of Psychosomatic Research. 2004;56(4):413-418.
10. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice: The Extended Reattribution and Management Model-An Advanced Educational Program for Nonpsychiatric Doctors. Psychosomatics. 2002;43(2):93-131.
11. Ghanizadeh AA review of somatoform disorders in DSM-IV and somatic symptom disorders in proposed DSM-V. Psychiatria Danubina. 2012; 24(4),353-358.
12. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. The Lancet. 2007;369(9565):946-955.
13. Inamdar A, Lalita K. Comparison of alexithymia in somatoform and chronic physical disorders: a cross sectional study. Indian Journal of Neurosciences. 2016;2(4):81-85.
14. Kulakov SA. Osnovy psihosomatiki. [Basics of psychosomatic medicine] Rech’. 2003:288.
15. Kulakov SA. Praktikum po psihoterapii psihosomaticheskih rasstrojstv. [Practical guide in psychosomatic disorders psychotherapy] SPb, Rech’. 2007:294.
16. Malkina-Pyh IG. Psihosomatika. [Psychosomatic] Jeksmo. 2008:1024.
17. Manu P. Functional Somatic Syndromes. Cambridge, GBR: Cambridge University Press; 2010.
18. Mihajlov BV, Kudinova EI. Somatoformnye rasstrojstva: klinika, diagnostika, principy terapii. [Somato- form disorders: clinical, diagnostical questions, principles of therapy] Arhіv psihіatrії. 2010;16(3):8-13.
19. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Löwe B. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. Journal of psychosomatic research. 2016;80:1-10.
20. Nemiah JC. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. Modern trends in psychosoamtic medicine. 1976;3:430-439.
21. Organization W. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization; 1992.
22. Rief W, Barsky A. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. Psychoneuroendocrinology. 2005;30(10):996-1002.
23. Ruesch J. The Infantile Personality. Psychosomatic Medicine. 1948;10(3):134-144.
24. Sadock B, Kaplan, Sadock V, Sadock V. Kaplan. Sadocks Synopsis of Psychiatry. 2003.
25. Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel J, Sack M, Sauer N, Schneider G. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2012 Jan 1;200(1):60-7.
26. Schumacher S, Rief W, Klaus K, Brähler E, Mewes R. Medium- and long-term prognostic validity of competing classification proposals for the former somatoform disorders. Psychological Medicine. 2017;47(10):1719-1732.
27. Starshenbaum GV. Psihosomatika i psihoterapija: Iscelenie dushi i tela. [Psychosomatic and psychotherapy: Body and soul treatment] Rostov: Feniks. 2014:350.
28. Taylor G. Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. The Canadian Journal of Psychiatry. 2000;45(2):134-142.
29. Tiganov A.S. Rukovodstvo po psihiatrii: V 2-h t. T2. [Psychiatry manual: In 2 parts. Part 2.] Medicina. 1999:784.
30. Zipfel S, Herzog W, Kruse J, Henningsen P. Psychosomatic medicine in Germany: more timely than ever. Psychotherapy and psychosomatics. 2016;85(5):262-9.
31. Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии: учебн. пособ. [для студ. высш. учебн. зав., психотерапевтов] / В.А.Абабков. - [2-е изд.]. – СПб: Питер, 2002. – 242с.
32. Абабков В. А. Применение Гессенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств: [методическое пособие] / [В.А.Абабков, С.М.Бабин, Г.Л.Исурина] – СПб: Питер,1993. - 24с.
33. Абульханова-Славская К.А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности / К.А.Абульханова - Славская // Психология формирования и развития личности. - М.: Мысль, 1981. – С.31-37.
34. Авилов О.В. Определение эффективности реабилитации последствий стресса у студентов с помощью анализа вариабельности сердечного ритма / О. В. Авилов // Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорных нагрузкам / под ред. акад. В.А.Покровского - М.: Медицина, 2004. - 392с.
35. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: [лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей] / А. Адлер. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. - 214 с
36. Айзенк Г. Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии / Г. Дж. Айзенк // Методологические и теоретические проблемы психологии: [психологический журнал]. – 1994. - Т.14, № 4. - С. 3-19.
37. Айзенк X. Психологические теории тревожности / Х. Айзенк // Тревога и тревожность / под ред. В.А.Астапова - СПб: Питер, 2001. – С.123-128.
38. Айрапетьянц Э. Ш. К проблеме "висцерального мозга" / Э. Ш.Айрапетьянц // Вопросы взаимоотношений психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. - СПб: Питер, 2001. - С.19-48.
39. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф.Александер; [пер. с англ. С. Могилевского]. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. - С. 152-164.
40. Александер Ф. Человек и его душа. Познание и врачевание от древности до наших дней / Ф.Александер, Ш. Селесник; [пер. с англ. С.Могилевского]. - М.: Прогресс, 1995. - 610 с.
41. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. - М.: Медицина, 2000. - 496 с.
42. Александровский Ю.А. Психические и психосоматические расстройства / Ю. А. Александровский: [справочник терапевта]. - М.; Медицина, 1995. – 132с.
43. Александровский Ю. А. Терапия тревожных состояний у больных с пограничными психическими расстройствами / Ю. А. Александровский, Р.Г.Акжигитов // Психофармакотерапия пограничных психических расстройств. - М.: ГЭОТАР Медицина, 2000.- С. 163-204.
44. Александровский Ю.А. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств / [Ю.А. Александровский, Л.М.Барденштейн, A.C. Аведисова]. - М.: ГЭОТАР - Медицина, 2000. – С.163-204.
45. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Наука, 1999. – 362с.
46. Александрова В.Ю. Психологические аспекты профилактики сердечнососудистых заболеваний / [В.Ю.Александрова, Е.А.Суслова, А.А.Александров] // Психологический журнал. – 2001. – Т.6, №1. – С.122-129.
47. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: [инст. метод. пособие] / [Д.Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская]. – СПб: Питер, 2005. - 24 с.
48. Амон Г. Психосоматическая терапия / Г. Амон. - СПб: Речь, 2000. - 216 с.
49. Анастази А. Психологическое тестирование / А. Анастази, С. Урбина. – Серия «Мастера психологии». - СПб: Питер, 2001. – 688 с.
50. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды / Б.Г. Ананьев. – М.: Педагогика, 1980. – Т.1. – 342с.
51. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья / В. А. Ананьев. - СПб: Питер, 2004. – 352 с.
52. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин - М.: Медицина, 1975. – 224 с.
53. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем / П.К. Анохин. - М.: Наука, 1980,- 197 с.
54. Анохин П.К. Философские аспекты теории функциональных систем / П.К. Анохин - М.: Наука, 1978.- 303 с.
55. Антропов Ю. Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер. - М.: Медпрактика, 2005. - 444с.
56. Антропов Ю. Ф. Терапия психосоматических расстройств у детей / Ю. Ф. Антропов. - М.: Триада-фарм, 2003г. - 241с.
57. Аргументы и факты // Еженедельник. – 2012. - № 42. – 108с.
58. Аристотель О душе: сочинения [в 10 томах] / Аристотель. – Т.3. – М.: Мысль, 1981. – 356с.
59. Арушанян Э.Б. Взаимосвязь психоэмоционального состояния и иммунной системы / Э. Б. Арушанян, Э.В. Бейер // Успехи физиологических наук. - Т. 35, № 4. – 2004. - С. 49-64.
60. Аскин Я.Ф. Проблема времени / Я.Ф.Аскин. – М.: Мысль, 1966. – 231с.
61. Асратян Э. А. Очерки по физиологии условных рефлексов / Э. А Асратян. - М.: Наука, 1970.- 242с.
62. Аствацатуров М.И. Обзор современного положения проблемы боли: избранные труды [в 20 т.] / М.И. Аствацатуров. – Т.20. - Л.: Наука, 1939 – 358с.
63. Візнюк І. М. Психологія іпохондричної поведінки фахівця: монографія. Вінниця : ТОВ «Друк», 2019. 468 с.
64. Візнюк І. М. Основи конфліктологічних знань : навчально-методичний посібник для викладачів, студентів, які вивчають курс конфліктології, для практичних психологів і соціологів. Вінниця, 2019. 248 с.
65. Візнюк І. М. Теорія і методика психологічної діяльності : методичні рекомендації для викладачів, магістрів СВО, студентів, соціальних працівників і соціальних педагогів. Вінниця, 2019. 22 с.
66. Візнюк І. М. Професійна амбівалентність особистості в контексті формування професійної компетентності майбутніх психологів. Розвиток особистості майбутнього психолога в умовах трансформації суспільства : монографія / В. І. Шахов, О. М. Паламарчук [та ін.]. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД». 2018 р. С. 67–86.
67. Візнюк І. М. Гармонізація вищої освіти України в аспекті забезпечення профілактики іпохондрії в майбутніх фахівців. Особистіснопрофесійний розвиток майбутніх фахівців соціономічних професій в умовах трансформації суспільства : монографія / В. І. Шахов, О. М. Паламарчук, В. М. Галузяк [та ін.] Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД». 2018 р. С. 89–104.
68. Візнюк І. М. Культурологічні тенденції особистості педагога у соціометричному вимірі // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Житомир: «Вид-во ЖДУ імені І. Франка», 2015. Том VII. Вип. 39. С. 79–88.
69. Візнюк І. М. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами. // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам’янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. К-П., 2017. Вип. 35. С. 55– 66.
70. Візнюк І. М. Поведінкові симптоми іпохондрії як механізм психосоматичної дисфункції // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам’янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. К-П., 2018. Вип. 39. С. 67–79.
71. Візнюк І. М. Диференційні особливості іпохондричних розладів особистості в умовах психосоматичних інтерпретацій // Медична психологія. Харків: Харківська медична академія післядипломного навчання, 2019. Том 14. №3(55). С. 31–35.
72. Візнюк І. М. Критеріально-результативна складова моделі поведінки особистості з іпохондричними розладами // Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєвєродонецьк: СНУ ім. В. Даля, 2019. № 4. С. 41–53.
73. Візнюк І.М. Соматотипи професіограм за іпохондричною ознакою згідно результатів дослідження // Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.Том VІ. Київ, 2019. Вип. 16. С. 72–82.
74. Візнюк І. М. Психофізіологічні основи механізму зародження іпохондричних розладів особистості // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». Херсон: «Видавничий дім «Гельветика», 2019. Вип. 4. С. 244–252.
75. Візнюк І. М. Психодіагностичні критерії іпохондричних розладів особистості в аспекті диференційного підходу. Київ: Психологічний часопис, 2019. 12(11). С. 174–188. DOI (Issue): https://doi.org/10.31108/1.2019.5.8.11
76. Візнюк І. М. Рsychological and pedagogical competence of the teacher in the aspect of forming a healthy way of life of students // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: збірник наукових праць. Львів: ЛьвДУВС, 2019. Вип. 2. С. 71–94.
77. Візнюк І. М. Застосування методу хронометричної проби в аспекті іпохондричної поведінки хворого // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія. №1(10)/2019. С. 25–28.
78. Візнюк І. М. Модель впровадження в освітній процес профілактики іпохондричних розладів особистості в аспекті інноваційного підходу. Київ: Психологічний часопис, 2019. 5(4). С. 121–136. DOI (Issue): https://doi.org/10.31108/1.2019.5.4
79. Візнюк І. М. Психосоматичні кореляти в аспекті розвитку іпохондричної поведінки особистості. Київ: Психологічний часопис, 2019. 8(7). С. 174–188. DOI (Issue): <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.8>.
80. Візнюк І. М. Pedagogical skills of the teacher as a means of forming a healthy lifestyle among students // Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. Одеса: Наука і освіта, 2019. № 3. C. 5–9.
81. Візнюк І. М. Типологічний аналіз ґенезиcу іпохондричних розладів особистості. // Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. Одеса: Наука і освіта, 2017. № 9. C. 30–35.
82. Візнюк І. М. Впровадження ПККПТ в освітньо-інформативне середовище дистанційного навчання за програмою «Macromedia flash» // Технології розвитку інтелекту. Київ, 2019. Том 3. № 3(24). С. 23–46. ttp://psytir.org.ua/index.php/technology\_intellect\_develop/article/view/459
83. Візнюк І. М. Особливості зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості // Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». Дніпропетровськ, 2019. №2 (18). С. 23–30.
84. Візнюк І. М. Особливості прояву іпохондричних розладів у фахівців різних професій // Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка: науковий журнал. Житомир : Вид-во Євенок О. О., 2017. Вип. 2 (88). С. 56–61.
85. Візнюк І. М. Професійне вигорання як чинник зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості // Науковий вісник Інституту професійно-технічної освіти НАПН України. Київ: ЖККГВ «Полісся» ЖОР., 2018. Вип. 17. С.115–122.
86. Visniuk І. М. Hypochondria – Principles and Mechanisms of Behavioral. Redakcja „Pedagogiki Rodziny. Family Pedagogy”: Społeczna Akademia Nauk ul. Sienkiewicza, 9(1)/2019. Р. 83–91 (Poland).
87. Візнюк І. М. Проблеми соціалізації особистості абітурієнта // Міжнародна конференція Zbior raportow naukowych. «Wspolczesna nauka. Nowy wyglad». Warszawa: Wydawca: Sp. z o.o. «Diamond trading tour», 2015. Р. 95–100.
88. Visniuk І. М. Culturologicalapproach in the aspect of a teacher’s personality formation // Материалы Международной научно-практической Интернет конференции «Педагогические инновации – 2017»: Витебский государственній университет имени П. М. Машерова. Витебск, 2017. С. 72–75.
89. Візнюк І. М. Social and Psychological Background for Emergence of Hypochondriacal Personality Disorders. Zdorowie Publiczne // The materials published express the opinions and attitudes of their authors. Drukarnia : Wydawnictwo Archidiectzji Lubeiskiey Gaudium Lublin, ul. Ogrodowa 12 druk і oprawa. Naklad 150 egz. Lublin, 2017. Р. 81–85.
90. Візнюк І. М. Психологічна стійкість в контексті формування здорового способу життя // Наукові записки ВДПУ імені Михайла Коцюбинського: зб. наук. пр. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2013. Вип. 40. С. 356–360.
91. Візнюк І. М. Психосоматичне здоров’я як чинник професійного зросту особистості // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. Київ-Вінниця: ТОВ «Планер», 2013. Вип. 36. С. 199–201.
92. Візнюк І. М. Особистісний потенціал підлітка у разі трансформації до соціогенної тривожності // Проблеми освіти: зб. наук. пр. Спецвипуск. КиївВінниця, 2015. Вип. 84. С. 15–17.
93. Візнюк І. М. Психологічне забезпечення психологічної стійкості та здоров’я у навчальній діяльності студентів // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія. Вінниця, 2013. Вип. 40. С. 356–360.
94. Візнюк І.М. Комунікативні бар’єри особистості в ситуації психосоматичного порушення // Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень: зб. наук. пр. Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2013. Вип. 5. С. 173–176.
95. Візнюк І. М. Детермінанти розвитку іпохондричних явищ у фахівців різних професій // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. КиївВінниця: Планер, 2016. Вип.46. С. 128–132.
96. Візнюк І. М. Тhe Genesis of the Вehaviour Mechanisms of the Hypochondrical Personality’s Disorders and Their Principles of Psychodiagnostic Research // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми: зб. наук. пр. КиївВінниця : ТОВ фірма «Планер», 2018. Вип. 50. С. 95–100.
97. Візнюк І. М. Емоційне самопізнання особистості як пошук гармонії у контексті психосоматичного здоров’я // Психологія у ХХІ столітті: перспективи розвитку. Матер. VI Костюківських читань: В 3 т. К., 2013. Т. 2. С. 95–102.
98. Візнюк І. М. Психологічне забезпечення стійкості та здоров’я у навчальній діяльності студентів. Актуальні проблеми практичної психології: збірник статей І Всеукраїнської науково-практичної конференції. Глухів, 2013 р. С. 169–171.
99. Візнюк І. М. Психологія особистості в контексті конфліктних інтерпретацій. Матеріали ІІІ Всеукраїнського психологічного конгресу міжнародної освіти «Особистість у суспільстві». Київ, 2014. С. 245–256.
100. Візнюк І. М. Професійна організація особистості педагога у соціологічному контексті // Психолого-педагогічні аспекти формування управлінського потенціалу сучасної молоді: теорія і практика. Харків, 2015. Секція 3. С. 177–181.
101. Візнюк І. М. Мотиваційні чинники феномену інтернет-аддикції // Матеріали конференції «Підготовка фахівців соціономічних професій в умовах сучасного соціокультурного простору». Вінниця: ФОП Корзун Д. Ю., 2016. Вип. 4. С. 23–27.
102. Візнюк І. М. Психологічний еквівалент педагогічної діяльності вчителя. Наукові записки : збірник матеріалів науково-практичної конференції викладачів і студентів інституту педагогіки і психології. Серія «Психологія». Вінниця, 2016. Вип. 7. С. 21–24.
103. Візнюк І. М. Соціально-психологічні чинники професійної толерантності особистості. Актуальні проблеми практичної психології: збірник статей І Всеукраїнської науково-практичної конференції. Глухів: РВВ ГНПУ ім. О. Довженка, 2016. С. 24–29.
104. Візнюк І. М. Типологія конфліктних особистостей з іпохондричною поведінкою // Актуальні проблеми практичної психології: збірник статей ІІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції. Глухів: РВВ ГНПУ ім. О. Довженка, 2018. С. 6–12.
105. Вітенко І.С. Медична психологія: підручник [для студентів вищих медичних навчальних закладів] / І.С. Вітенко. – К.: Здоров'я, 2007. – 207с.
106. Виткин Дж. Женщина и стресс / Дж. Виткин. - СПб: Питер, 1996. – 223с.
107. Виттковер П. Влияние аффектов на функцию желудка: [учебн. пособ. для студ. высш. учебн. зав., психологов] / П. Виттковер. - [2-е изд.]. - СПб: Питер, 2004. – 269 с.
108. Водопьянова H. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / H. Е. Водопьянова, Е. С Старченкова. - СПб: Питер, 2005. – 331 с.
109. Войтенко В.А. Время и часы как проблема теоретической биологии / В.А.Войтенко // Вопросы философии. – 1985. - № 1. – С.73-82.
110. Волькенштейн М.В. Биофизика: учебн. пособ. [для студ. высш. учебн. зав.] / М.В. Волькенштейн. – М.: Наука, 1988. – 213с.
111. Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса: [собр. соч.: в 6 томах] / Л. С. Выготский. – Т.1. - М.: Наука, 1982. – 332с.
112. Вудроу Г. Восприятие времени / Г.Вудроу // Экспериментальная психология / под ред. С.С.Стивенса. – М.: Иност. лит.- ра, 1963. – Т.2. – С.859-874.
113. Вунд В. Методы экспериментальной диагностики / В.Вунд, М.Леман; [пер. с немец. В.Й.Шовкун]. - [2-е изд.]. - СПб: Питер, 2001. – 413 с.
114. Гальперин П. Я. Психология как объективная наука / П. Я. Гальперин. – Воронеж: Экспресс, 1998. - 480 с.
115. Ганелина И. Е. Ишемическая болезнь сердца и индивидуальные особенности организма / И. Е. Ганелина - Л.: Ленингр.отд-ние, 1975. - 234с.
116. Ганзен В. А. Системные описания в психологии / В. А. Ганзен - Л.: Издво Ленингр. ун-та, 1984. - 176 с.
117. Гаранян Н. Г. Концепция алекситимии / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // Журнал социальной и клинической психиатрии. - 2003. - № 1.- С. 128-145.
118. Гегель Г. В. Ф. Феноменология духа: [собр. соч. в 10 томах] / Г. В. Ф. Гегель. - Т. 4. - М.: Наука, 1959 – 354с.
119. Гейер К. Психосоматические расстройства / К. Гейер; [пер. с анг. В.Н.Андреевой]. - СПб: Питер, 1995. – 168 с.
120. Геллерштейн С.Г. «Чувство времени» и скорость двигательных реакций / С.Г.Геллерштейн. – М.: Медгиз, 1958. – 241с.
121. Гиляровский В. А. Избранные труды / В. А. Гиляровский. - М.: Медицина 1973. – 365 с.
122. Гиндикин В.Я. Соматика и психика / В.Я. Гиндикин, В.А.Семке. – М.: Высшая школа, 1998. – 364с.
123. Гиппократ Философствование о человеке: [собр. соч. в 10 томах] / Гиппократ. - [2-е изд.]. – Т.2. - М.: Медгиз, 1944. – 276 с.
124. Глубинная психология. Агрессия: психодинамическая теория и феноменология: [Монография] / [Т. С. Яценко, А. В. Глузман, А. Э. Мелоян, Л. Г. Туз] / под ред. Т. С. Яценко. - К.: Вища школа - XXI, 2010. - 271 с.
125. Голиков Ю.Я. Проблемы исследования психической регуляции в триаде «деятельность, личность, состояние» / [Ю.Я. Голиков, Л.Г.Дикая, А.Н.Костин] // Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методы психологического анализа. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1999. – С.3-5.
126. Головаха Е.И. Понятие психологического времени / Е.И. Головаха, А.А.Кроник // Категории материалистической диалектики в психологии. – М.: Наука, 1988. – С.199-213.
127. Гордеева Н.Д. Этапы построения сенсомоторного образа пространства /[Н.Д.Гордеева, А.П.Гречиха, С.А.Мнацаканян] // Эргономика. Труды ВНИИТЭ. – М.: Наука, 1978. – Вып. 16. – С.76-93.
128. Гнездилова А.С. Роль музыкотерапии в системе лечения соматических заболеваний / А.С.Гнездилова // 3-й Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. - 1979. - С.76-78.
129. Грэй Д. А. Сила нервной системы, интроверсия, экстраверсия, условные рефлексы и реакция активации / Д. А. Грэй // Вопросы психологии. 1968. № 3. С. 77-89.
130. Губачев Ю. М. Психосоматическая терапия / Ю. М. Губачев - СПб: Северо-западное книжное издательство, 1994. - 224 с.
131. Губачев Ю. М. Психосоматические аспекты язвенной болезни / [Ю. М. Губачев, О. Т. Жузжанов , В. И. Симаненков]. - Алма-Ата: Казахстан, 1990. - 148 с.
132. Губачев Ю. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю. М. Губачев, E. М. Стамбровский. Л.: Медицина, 1981. – 287с.
133. Губачев Ю. М. Психогенные расстройства кровообращения / [Ю. М. Губачев, В. М. Дорничев, О. А. Ковалев]. - СПб.: Питер, 1993 – 241с.
134. Гуревич K.M. Профессиональная пригодность и основные свойства нервной системы / К. М. Гуревич. М.: Наука, 1970. – 244с.
135. Гуревич K.M. Психологическая диагностика: [учебн. пособ. для студ. высш. учебн. зав.] / К. М. Гуревич. - М.: Наука, 1997. – 321с.