



СЕКЦІЯ 5. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.974
DOI 10.32999/ksu2312-3206/2019-4-32

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕХАНІЗМУ ЗАРОДЖЕННЯ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Візніук Інеса Миколаївна,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології та соціальної роботи
*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*
innavisnjuk@gmail.com
orcid.org/0000-0001-6538-7742

У статті йдеться про детальний патологічний аналіз визначення етіології та розвитку іпохондричних нозологій у групі хворих із найбільш вираженою патофізіологічною симптоматикою.

Мета. Представлені результати емпіричного дослідження механізму виникнення іпохондричних розладів особистості з метою визначення особливостей їхнього прояву в осіб з іпохондричною симптоматикою та у групах, що вивчаються, без цієї ознаки, шляхом диференціації цих відмінностей для встановлення психодіагностичних параметрів.

Для досягнення основної мети дослідження було випробувано такі **методи:** авторський опитувальник для визначення рівня сприйнятливості до іпохондричної нозології, також використано карту первинного обстеження пацієнта для діагностики анамнезу, розкрито загальну інформацію про людину та її сімейний і соціальний статус, мультимодальну анкету із проблем історії життя, поведінки людини за С. Кулаковим.

За **результатами** дослідження у групі респондентів визначено відчуття болю, що домінує, яке наявне в них зі скаргами психосоматичного характеру і відображене в діях і поведінці. Описуючи їхні особистісні риси, варто зазначити, що тривалість скарг періодична, а характер їхнього прояву досить невиразний, часто надуманий і навіть вигаданий. Жодних ознак органічного ураження нервової системи не спостерігалось. Соматичні показники перебувають у межах норми. Асоціативний експеримент для визначення основного стилю мислення в пацієнтів дозволив охарактеризувати низку психологічних розладів іпохондричного характеру. Найвищий пороговий імпульс, згідно з яким іпохондричні розлади виявлялися в цих групах, коливався в межах $5 \pm 0,5-7,9-8,54$.

Згідно з опитувальником автора, в експериментальній групі осіб переважали від 31 до 40 балів, що означає високу ймовірність виникнення іпохондричних розладів особистості. Саме тому механізм появи іпохондричних проявів відображено в наявності інтероцептивних подразників, які досить довго перетікали у функціонально ослаблену кору і призводили до утворення застійних, інертних джерел збудження, що лежать в основі іпохондричного розладу.

Висновки. У наведеному спостереженні ми виявили об'єктивно констатуючі вісцеральні подразники, що діють у теперішньому часі або ж мали місце в минулому і супроводжували досить тривалу неадекватну суб'єктивну реакцію на них із боку хворих. Це пояснюється тим, що умовні рефлекси, які утворюються у внутрішніх органах, досить важко затухають, більш інертні, що має велике значення для виникнення іпохондричного марення.

Ключові слова: іпохондричні розлади, механізм зародження іпохондричних розладів особистості, фахівці різних професій, больові імпульси, травмуючі переживання, ізольоване патодинамічне вогнище.

PSYCHO-PHYSIOLOGICAL BASES OF THE MECHANISM OF ORIGIN OF HYPOCHONDRIC DISORDERS OF PERSONALITY

Vizniuk Inesa Mykolaivna,
Candidate of Psychological Sciences,
Associate Professor of the Department of Psychology and Social Work
Vinnitsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University
innavisnjuk@gmail.com
orcid.org/0000-0001-6538-7742

The results of empirical study of the mechanism of origin of hypochondriacal personality disorders are presented in **purpose** to determine the peculiarities of their manifestation in persons with hypochondriacal symptoms and in groups studied without this trait, by differentiating these differences to establish psychodiagnostic parameters.

To achieve the main goal of the study, the following **methods** were tested: author's questionnaire to determine the level of susceptibility to hypochondriacal nosology, also used a map of the patient's primary examination for the diagnosis of medical history, disclosed general information about the individual and his family and social status and multimodal questionnaire for life history problems of human behavior according to S. Kulakov.

According to the **results** of the research, in the group of respondents we notice a dominant feeling of pain, which is present in them with complaints of psychosomatic nature and reflected in actions and behavior. Describing their personal traits, it should be noted that the duration of complaints is periodic and the nature of their manifestation is rather vague, often contrived, and even fictitious. No signs of organic damage to the nervous system were observed. Somatic indices are within normal limits. We also conducted an associative experiment with isolation in patients of dominant associative thinking, which allowed us to characterize a number of psychological disorders of hypochondriacal character. The highest threshold impulse according to which hypochondriacal disorders manifested in these groups ranged from $5 \pm 0,5-7,9-8,54$. Falling on the nervous system of patients, it caused the corresponding reactions by the mechanism of the ultra-paradoxical phase and clinically manifested itself as hypochondriacal delirium with concomitant disorienting behavior.

According to the author's questionnaire in the experimental group of persons dominated from 31 to 40 points, which means a high probability of having one form of hypochondriacal syndrome. That is why the mechanism of origin of hypochondriacal manifestations is reflected in the presence of interoceptive stimuli, which have long enough flowed into the functionally weakened cortex and led to the formation of stagnant, inert sources of excitement underlying hypochondriacal delirium.

Conclusions. In the above observation, we identified objectively ascertaining visceral stimuli that are present or have occurred in the past, and have accompanied a sufficiently long inappropriate subjective response to them from patients. This is because conditioned reflexes, which are formed in the internal organs, are quite difficult to attenuate and are more inert, which is of great importance in the occurrence of hypochondriacal delirium.

Key words: *hypochondriacal disorders, mechanism of origin of hypochondriacal personality disorders, specialists of different professions, pain impulses, traumatic experiences, isolated pathodynamic focus.*

Вступ

Іпохондрія сигналізує про страх і відчай особистості, яка використовує своє тіло як захисний механізм, щоб не зізнатися в деструкціях із собою й оточенням. Розшифрувати іпохондричне «посилання» можна лише в разі аналізу порушених трансакцій між індивідом і його сім'єю або його соціальним оточенням. Іпохондрик використовує невербальну мову тіла, щоби приховати свої справжні потреби і глибоке почуття самотності.

1. Теоретичне обґрунтування проблеми

Метою статті є детальний патологічний аналіз визначення етіології і розвитку іпохондричних нозологій у групі хворих із найбільш вираженою патофізіологічною симптоматикою шляхом диференціації їхніх відмінностей для установлення психодіагностичних параметрів. Обґрунтувавши поведінковий механізм генезису іпохондричних патологій, визначимо фізіологічні основи в дослідженні механізмів зародження іпохондричних розладів особистості.

Залежність індивідуально-типологічних особливостей людини і механізму виникнення іпохондричних розладів від професійних чинників є міждисциплінарною проблемою, тому вивчається низкою наук: психологією, медициною, біологією, фізіологією (наприклад, у працях Л. Бурлачука, І. Вільш, І. Малкіної-Пих, В. Менделевича, П. Криворучка, Л. Куликова, А. Реана, Є. Романової, Дж. Холланда, Л. Шнейдер). Окремі аспекти проблеми вивчалися

й відображені в дослідженнях Г. Айзенка, Т. Вісковатої, І. Єршової-Бабенко й ін.

2. Методологія та методи

Загальна вибірка за номінативним маркером «психосоматичне здоров'я» (194 особи) була сформована за даними медичного професійно-консультативного висновку (форма № 086). Упродовж проведення цього дослідження ми скористались також опитувальниками й для обох груп осіб для визначення їхніх диференційних відмінностей у життєтворенні: визначено наявність ознак за авторським опитувальником схильності особистості до іпохондричних розладів, здійснено скринінг первинного обстеження груп за клінічними показниками в осіб з іпохондричними розладами в ситуації психосоматичного захворювання (1 200 осіб) з метою їх виділення у групи (EG_1 і EG_2) за шуканою ознакою та відібрано за кількістю у 200 осіб, також використано карту первинного огляду хворого для діагностики анамнезу захворювання, розкрито загальну інформацію про індивіда, його сімейний й соціальний стан, використано мультимодальний опитувальник життєвої історії для аналізу реальних проблем поведінки людини за С. Кулаковим.

Представлений і апробований авторський опитувальник призначений для вимірювання схильності до іпохондричних розладів у людини, за допомогою нього виділяємо наявність соматичних скарг за кардіологічним типом, порушень шкіряного покриву та дисфункції органів шлунково-кишкового тракту (далі – ШКТ). Інші



системи органів організму людини нами ігнорувались, оскільки посилення на них відсутні під час анкетування і співбесіди з опитуваними. Згідно із зазначеним, висока кількість балів свідчить про іпохондричну схильність у досліджуваного за такими параметрами:

– від 0 до 10 балів – даний результат говорить про відсутність схильності до іпохондричного розладу, що іноді може означати приділення більшої уваги своєму фізичному здоров'ю і загартуванню організму;

– від 11 до 20 балів – означає низьку схильність до захворювання, бо, за результатом тесту, може вказувати на важливість медичних обстежень і відповідальність у ставленні до власного здоров'я;

– від 21 до 30 балів – така кількість балів означає сильну стурбованість щодо можливих захворювань, що свідчить на користь високої схильності до іпохондрії;

– від 31 до 40 балів – означає високу ймовірність наявності однієї з форм іпохондричного синдрому. Щоб підтвердити або спростувати цей факт варто звернутися до фахівця.

За допомогою цього психодіагностичного дослідження встановлено взаємозалежність зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості й соматичних проявів у разі оптимального функціонування її організму під час виконання професійних обов'язків.

Відомий психіатр І. Вельцин (1789р.) характеризує *іпохондрію* як специфічне захворювання з ознаками тривоги, страху, боязні перед майбутнім, як апатичність, прагнення до усамітнення тощо. Причина іпохондрії, на думку автора, полягає в ослабленні інтелекту та підвищенні збудливості нервової системи (Lazarus, 1991).

До основних структурних елементів іпохондричних розладів відносять різноманітні тілесні сенсації. Насамперед варто зазначити *парестезії* (відчуття оніміння, поколювання, повзання мурашок тощо), не зумовлені зовнішніми подразниками. Надалі зауважимо *психалгії* (болі як наслідок фізіологічного підвищення больового порога). Це звичайний біль без реальних підстав, нерідко множинного характеру. Наступним елементом больових відчуттів за іпохондрією є *сенестоалгії* (болі, які відрізняються більш химерним і своєрідним характером). Наприклад, головний біль із печією, із пронизливою локалізацією. Далі йдуть *сенестопатії* (спонтанні обтяжливі відчуття, що не відповідають локалізації конкретних анатомічних утворень). Для сенестопатій характерні новизна та різноманітність від-

чуттів; хворі не можуть описати їх зародження. І, нарешті, *синестезії* (несподівана фізична слабкість, похитування і невпевненість під час ходьби, важкість або порожнеча в тілі) (Візнюк, 2017).

Симптоми частіше стосуються шлунково-кишкової і серцево-судинної систем. Звичайні відчуття і явища інтерпретуються як неприємні. Хворий може назвати передбачуване соматичне захворювання, але ймовірність його існування – поза межами об'єктивної реальності. Нерідко існує припущення про наявність додаткового захворювання. Остаточною характерною ознакою іпохондричного розладу є монотонне, емоційно невиразне подання скарг, що підкріплюється розширеною медичною аргументацією (Низовских, 2007).

3. Результати та дискусії

У хворих стаціонару, що перебувають на лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О.І. Ющенка, під час надходження діагностується стан загальної слабкості, зниження працездатності, болі у шлунку (чи в інших органах) з підозрою на *cancer*. В анамнезі простежується динаміка розвитку іпохондричної хвороби ще з ранніх літ, коли згадується перша скарга за даним типом. За відсутності шкідливих звичок діагностуємо стурбованість про стан оптимального функціонування організму. Вони легко збуджувані, емоційно нестійкі, запальні. Періодично страждали на гострі респіраторні захворювання, що супроводжувались кашлем, болем за грудиною і підвищеною температурою, наявна тенденція до труднолізмі, незважаючи ні на що.

У процесі професійного огляду здійснено низку маніпуляцій щодо визначення працездатності стану організму досліджуваних. Жодної патології не знайдено. Однак больові відчуття набували інтенсивності. Знову проведено консультативні терапевтичні та лікувальні процедури й обстеження. Скарги набували іпохондричного характеру: з'являлися в разі загострення хвороби. У них серед основних фраз траплялися вислови песимістичного характеру: «Мене отруїли і хочуть викинути за межі життя», «Хвороба дуже запущена, тому й важко її підтвердити», «Мені набридло страждати, і я хочу померти» тощо.

Спостерігалась підвищена пітливість і температура, погіршувався апетит, з'явилися головні болі, порушувався сон. Постійне відвідування лікарів було спричинене появою нав'язливих ідей щодо наявності будь-якого захворювання з надмірним читанням медичної літератури за ознаками хвороби. Помітно знижувалась активність,

з'явилась стурбованість щодо наявності невиліковного соматичного захворювання. Частішими ставали консультативні відвідування лікаря.

Згідно з авторським опитувальником зазначаємо такі результати, подані в таблиці 1.

За результатами анкетування ми характеризуємо психологічний портрет осіб КГ₂, який відображає підвищені показники у психодіагностичних вимірюваннях і показує тривогу за своє здоров'я в респондентів, стурбованість і підвищену вимогливість до застосування засобів гігієни, постійне знезаражування їжі, страх інфікувань. Відчуття болю в них наявне у скаргах психосоматичного характеру й відображено у вчинках і поведінці. Саме тому ми й виділяємо їх у групу осіб зі схильністю до іпохондричних розладів, зважаючи на досить високі статистичні дані (табл. 1). Характеризуючи їхні особистісні риси, зауважимо, що тривалість скарг періодична, природа їхнього прояву досить невиразна, часто надумана, а то й узагалі вигадана. Також варто додати, що вони мають досить відносний прояв, адже час від часу можуть проявлятися незалежно одна від одної, тоді як у множинній дії посилюють симптоматику болю.

Надалі проведено стаціонарне обстеження в терапевтичному відділенні з консультативним спостереженням в онкологічному інституті. До лікувального процесу у хворих поступово з'явилися підозри та недовіра. У зв'язку з неадекватністю поведінки аж до суїцидальних намірів більшість із них госпіталізовано до Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені акад. О.І. Ющенка.

На базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова у хворих за норма-

тивними соматичними показниками (пульс ритмічний, 78 ударів на хвилину; артеріальний тиск – 115/75 мм рт. ст.) не спостерігалось жодної патології. Під час перкусії легень ясний тон, краї легень добре рухливі; дихання везикулярне; в окремих ділянках слабкі сухі хрипи. Язик вологий, чистий. Поперекова ділянка шлунка правильної конфігурації, активно бере участь в акті дихання, метеоризм не спостерігається. Під час пальпації хворі напружували черевну стінку, ми зазначили підвищену чутливість всієї ділянки поперекової частини. Перистальтика кишківника не порушена. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний. Із боку інших внутрішніх органів відхилень від норми не виявлено.

Рентгеноскопія грудної клітини показала, що в легенях помітних патологічних утворень немає. Серце не збільшене, частота серцевих скорочень – у межах норми. Рентгеноскопія шлунково-кишківникового тракту показала наявність хронічного гастриту, що звичне для сучасності.

Аналіз крові показав такі результати (у середньому): гемоглобін Hb 60%, еритроцити – 3 770 000, лейкоцити – 7 300, кольоровий показник – 0,8, ШОЕ – 5 мм на час; формула крові без змін.

За результатами фіброгастродуоденоскопії кислотність шлункового соку в межах норми (70), вільна соляна кислота – 40.

Дослідження крові на цукор за введення глюкози й адреналіну показали такі результати (табл. 2).

Як видно з таблиці, цукрові показники за результатами кривої в межах норми, істотного хімічного (біогенного) зрушення в організмі теж не спостерігається. Коливання

Таблиця 1
Психосоматичні передумови в генезі іпохондричної хвороби в осіб КГ₂

п/п	Чинники дисфункції психологічних порушень	Скарги соматичного характеру		
		ССС (%)	ШКТ (%)	Недоліки шкірних покривів (%)
1.	Підвищена тривожність	57 (59 осіб)	35 (36 осіб)	68 (71 особа)
2.	Хвилювання за власне здоров'я	67 (70 осіб)	56 (58 осіб)	71 (74 особи)
3.	Зневіра в лікуванні	45 (47 осіб)	63 (66 осіб)	82 (86 осіб)
4.	Постійна наявність медикаментозної аптечки	85 (89 осіб)	63 (66 осіб)	34 (35 осіб)
5.	Гіперемія шкіри	34 (35 осіб)	37 (40 осіб)	46 (48 осіб)
6.	Болі в серці	86 (90 осіб)	45 (47 осіб)	34 (35 осіб)
7.	Спрага	54 (56 осіб)	62 (65 осіб)	59 (61 особа)
8.	Боязнь інфікувань	75 (78 осіб)	72 (75 осіб)	75 (78 осіб)
9.	Постійне відчуття болю	43 (45 осіб)	37 (38 осіб)	27 (28 осіб)
10.	Огида від споживання немитої їжі	69 (72 особи)	75 (78 осіб)	67 (70 осіб)
11.	Постійне читання медичної літератури	85 (89 осіб)	59 (61 особа)	84 (88 осіб)



даного хімічного складу в такому разі не спричиняють патологічних змін в організмі, лише незначною мірою можуть впливати на настрій.

У психологічному вимірі проблеми зазначаємо, що настрої у хворих постійно знижені, похмурий, тривожний. Вираз обличчя понурий, нудьгуватий, песимістичний. Вони весь час перебували в неприродних позах, часто вимушеного характеру. Руки завжди тримали на животі, замкненими, підтверджуючи саме цим важкість стану. Поза – зі стражденим виразом обличчя і відкритою ділянкою в області черевної порожнини, лежачи на спині та згинаючи ноги в колінах. Простирadlo натягували між колінами та руками так, щоби воно не торкалось ділянки в області попереку; у такому положенні вони лежали годинами. На прикладі хворого Б. візуалізуємо страждену позу іпохондричних хворих (рис. 1, 2, 3).

У Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О.І. Ющенка таким хворим зазвичай встановлено діагноз – постінфекційний психоз з іпохондричним синдромом. Ознак органічного ураження нервової системи не спостерігалось. Також нами проведено асоціативний експеримент із виокремленням у хворих доміантного асоціативного мислення, що дозволило охарактеризувати низку психологічних порушень іпохондричного характеру.



Рис. 1. Звичайний вигляд хворого Б.

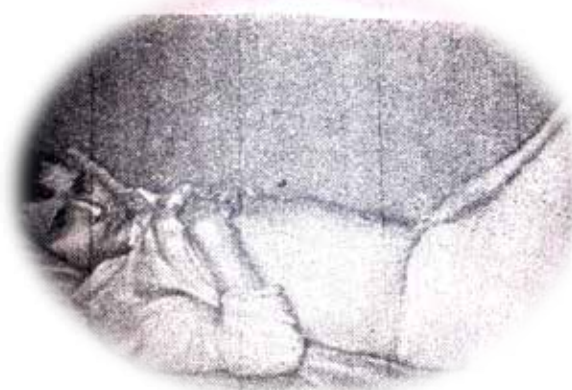


Рис. 2. Поза хворого Б. у ліжку



Рис. 3. Поза хворого Б. під ковдрою із закритою ділянкою області шлунку та ногами, зігненими в колінах

Нижче пропонуємо перегляд результатів асоціативного експерименту хворого Б (табл. 3)

За показниками асоціативного експерименту спостерігаємо збільшення прихованого періоду під час кожної відповіді пацієнтів у середньому до 4,2–4,9 секунд (якщо враховувати норму від 1,6–2,2 секунд за Івановим-Смоленським). Це вказує на деяку інертність кіркових процесів, особливо у другій сигнальній системі. Деякі відповіді мають ехолалічний характер, що також вказує на інертність процесів збудження в корі мозку.

Таблиця 2

Середні значення показників хворих за цукровою кривою

Уведений препарат	Склад цукру у крові, мі %							
	Натще	Часовий проміжок (через <...> хвилин)						
		15	30	45	60	90	120	150
Глюкоза	91	130	128	133	104	106	100	100
Адреналін	91	96	96	105	105	96	105	100

Таблиця 3

Інтерпретація асоціативного мислення у висловлюваннях хворих

Слова-подразники	Прихований період у секундах	Відповідний вислів	Примітки
Вітер	2,3	Сильний	
Море	3	Безмежне	
Шлунок	9,9	Шлунок, шлунок дуже хворий	Блукають очима, морщать лоб, хмуряться
Квартира	5	Прекрасна	
Завод	3,5	Великий	
Город	2,4	Вінниця	
Двері	2,5	Широкі	
Лодка	3,8	Плаває на воді	
Рак	8,9	Рак, рак невиліковний	З недовірою дивляться на лікаря і запитують: «Ви досі не вірите, що в мене рак?»
Пилка	7,8	Залізна	
Вода	4,3	Чиста	
Папір	3	Письменник	
Мука	3,2	Пшенична	
Страх	11,2	Страх, страх сильний, скоро мабуть помру, адже важкохворий	Хмуряться, дивляться вниз
Журнал	5	Не читаю книг	
Лікарня	4,3	Психіатрична	
Санкафен	5,3	Неефективні ліки	

Узагальнюючи, виділяємо відповідні реакції на спеціальні слова, що подразнюють больові точки хворого та різуть вухо: на слова-стресогени, які стосуються особистості хворого (*рак, шлунок, страх*), прихований період збільшується до 11,2 секунд. Отже, можна припустити, що словесний подразник сенситивного значення спричиняє надмірне збудження точок навіюваних реакцій, через явища негативної індукції відповідь на цей подразник сповільнюється. Відповіді хворих, хоча й мали емоційний окрас, але були сповільнені; вони вимовлялись із запізненням, одразу ж після обдумування. На користь такого припущення свідчить і той факт, що на наступні індиферентні слова відповідне реагування було сповільнене не так значно, що вказує на наявність зони гальмування навколо джерела збудження.

Електроенцефалографія (далі – ЕГ) показала, що на всіх відведеннях хвилі біотоків були знижені (менше 10 μV). Характеризуючи відмінність індиферентних для хворого слів, зазначимо, що, наприклад, слово «туман» супроводжується короткочасним пригніченням альфа-ритму в момент вимови (рис. 4). Слово ж «рак» викликало виражене пригнічення альфа-ритму протягом 3,5 секунд. Реакція пригнічення спостерігалась і за наступних мовленнєвих

подразнень (рис. 5); це дозволяє припустити наявність у пацієнтів інертних джерел збудження в корі мозку. Ослаблення біотоків вказує на малу активність кори, що пов'язано з її гальмівним ефектом. Хворі були також обстежені за руховою методикою з мовленнєвим підкріпленням за Івановим-Смоленським. Дослідження показали значну затримку утворення умовних рефлексів, що свідчить про послаблення процесів збудження в корі мозку. Протягом діагностичного періоду досить яскраво виявлялись фазові стани кори мозку.

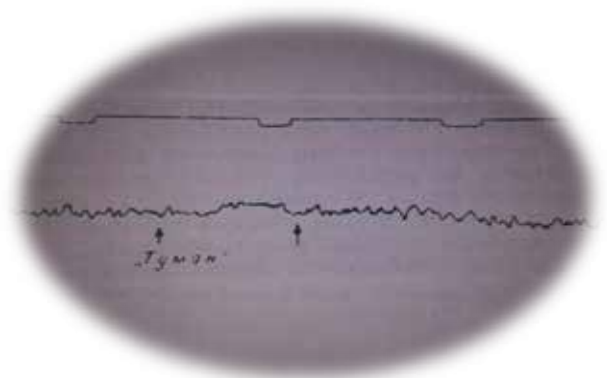


Рис. 4. ЕГ хворого Б. Лобно-тім'яне відведення ліворуч (на слово «туман»)

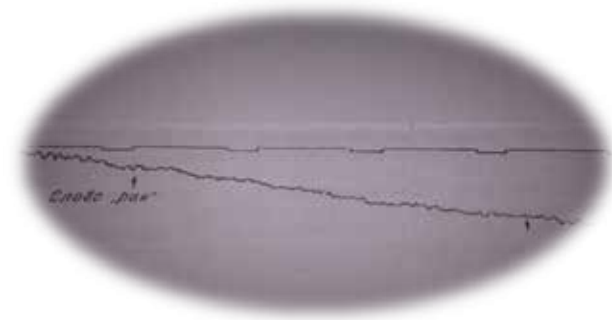


Рис. 5. ЕГ хворого Б. Лобно-тім'яне відведення ліворуч (на слово «рак»)

У результаті проведеного аналізу психопатологічних явищ зауважимо, що маячні висловлювання хворих можна пояснити згідно з концепцією І. Павлова про відносно ізольовані захворювання окремих участків кори мозку. Однак больові відчуття поширюватимуться на всю кору за постійного подразнення хвороботворних точок ділянки тіла (Наранхо, 1995). У наших хворих ця концепція досить ефектно підтверджена під час як клінічних спостережень, так і проведених досліджень. Ми бачимо, що іпохондричні переживання цілком оволоділи особистістю пацієнтів. Вони відчували загальну слабкість, працездатність різко знижена. Їх постійно турбували больові відчуття у грудині та попереку. Усе це вказувало на наявність досить реального захворювання, позбутись якого важко.

Іпохондричні переживання зазвичай найбільш яскраво проявляються в періоди поганого фізичного самопочуття, спричиненого перевтомою, сухим плевритом, хронічним гастритом, болями у грудині й ін. Однак вищезазначені соматичні захворювання не відповідали тим необ'єктивним скаргам, які висували хворі: постійно спостерігалась невідповідність між больовими й іншими неприємними відчуттями у внутрішніх органах і тією значущістю й акцентуацією на відчуттях болю, яку зазвичай демонстрували хворі. Але не варто нехтувати об'єктивно констатуючі вісцеральні подразники (напр., хронічний гастрит, сухий плеврит тощо), що постійно надсилають імпульси в кору головного мозку. Із праць К. Бикова ми знаємо, що внутрішні органи, володіючи спеціальними рецепторними апаратами, постійно впливають на кору, змінюючи її функціональний стан (Мурашкін, 2008). Явища, що виникають у мозковій корі від інтероцептивних стимуляцій, зрештою набувають сили та наполегливості для того, щоб центральна нервова система їх могла ігнорувати. Так і в наших хворих

больові відчуття розвивались поступово. Від гострих респіраторних захворювань із субфебрильною температурою і подальшими ускладненнями (напр., сухий плеврит чи гастрит) до реальних больових відчуттів у попереку, зумовлених психологічною настановою й акцентуованістю на точках болю. Зважаючи на властивий хворим трудоголізм, зазначимо, що саме ним було спровоковано загальне виснаження нервової системи і настанови психопатологічного настрою.

І. Павлов вказував на те, що виснаження нервової системи є одним з основних чинників, які призводять до виникнення патологічної інертності кіркових процесів. Спостереження К. Бикова показують, що дезорганізована інформація із внутрішнього середовища спричиняє досить тривалий дисбаланс між збудженням і гальмуванням в екстероцептивних полях кори головного мозку. Зазначимо, що саме це є приводом для невротичного стану мозкових клітин і причиною зародження іпохондрії. Екстеро- й інтероцептивні імпульси взаємодіють у корі мозку. Ця нормальна взаємодія порушується за патологічних станів кори.

Отже, у разі вираженого астеничного стану хворого, коли його нервова система ослаблена, імпульси, виходячи із внутрішніх органів, неприємні відчуття, спровоковані болем у грудині та ділянці шлунку (чи попереку), усі ці тривалі потужні надмірні подразники призводять до патологічної інертності процесів збудження у відповідних кіркових клітинах головного мозку. Але, окрім цього, в утворенні патодинамічного осередку велике значення у даному випадку мали переживання хворих, пов'язані зі страхом смерті від *cancer*. Із даних, установлених К. Биковим, ми знаємо, що екстероцептивний подразник посилює інтероцептивну реакцію, якщо новий зовнішній агент діє в тому ж напрямі. Саме це положення досить переконливо підтверджено в нашому дослідженні. Справді, у хворого з патологічним ураженням шлунково-кишкового тракту після тривалих травмуючих переживань порушується стан нервової системи, що призводить до патологічної інертності клітин кори мозку й утворенню в ній стійкого, ізольованого патодинамічного вогнища (Мурашкін, 2008).

Больові імпульси із внутрішніх органів і страх смерті від *cancer* були подразниками, які постійно підтримували хвороботворчий процес у стані збудження; через явища негативної індукції на больові точки уражених ділянок не поширювалось захисне гальмування. Саме в цих точ-

ках, замість урівноважених процесів збудження і гальмування, тривав автентичний процес збудження як наслідок постійного подразнення.

Неприємні відчуття різного характеру й інтенсивності, що надходили із внутрішніх органів, хворі намагались подолати, ігноруючи значущість хвороботворчого процесу. Однак на тлі вираженого астеничного стану і ця настанова викликала в них песимістичне уявлення про невиліковність хвороби. Усі наступні наміри пацієнтів трактовані саме із цього погляду. Підкреслимо, що подразники нервової системи хворих спричиняли відповідні реакції за механізмом ультрапарадоксальної фази та клінічно проявлялись у вигляді іпохондричного марення із супутньою дезорієнтуючою поведінкою.

Як стверджує К. Биков, це пояснюється тим, що імпульси, виходячи із внутрішнього середовища організму до вищих відділів головного мозку, часто зберігаються навіть тоді, коли рефлекторна поверхня даного органу видалена. Однак рефлекторна дуга виявляється настільки міцно закріпленою, що шлях на ній легко відновлюється за відповідних стимуляцій із рецепторів інших внутрішніх органів чи сигналів із зовнішнього середовища. Отже, і відсутнього розриву між двома хвороботворчими ідеями фактично не існує [1].

У наведеному спостереженні ми виявили об'єктивно констатуючі вісцеральні подразники, що діють у теперішньому часі або ж мали місце в минулому, супроводжували досить тривалу неадекватну суб'єктивну реакцію на них із боку

хворих. Це пояснюється тим, що умовні рефлекси, які утворюються у внутрішніх органах, досить важко затухають, вони більш інертні, що має велике значення для виникнення іпохондричного марення.

Висновки

Отже, механізм зародження іпохондричних проявів відображений у наявності інтероцептивних подразників, які досить довго надходили у функціонально ослаблену кору головного мозку та призвели до утворення в ній застійних, інертних джерел збудження, що лежать в основі іпохондричного марення. Найвищий пороговий імпульс у даних групах варіювався в межах від $5 \pm 0,5$ – $7,9$ – $8,54$, що пов'язано з нерозумінням картини хвороби, нездатністю мислити оптимістично й обирати сприятливі шляхи подолання цих станів. За показниками авторського опитувальника, в експериментальній групі осіб домінували від 31 до 40 балів, що означає високу ймовірність наявності однієї з форм іпохондричного синдрому.

Перспективи подальших досліджень проблеми розвитку іпохондричних явищ у фахівців різних професій вбачаються у таких напрямках: виявлення взаємозв'язку нав'язливих ідей і психологічного здоров'я людини, відмінностей цих невротичних станів у різних вікових групах; особливостей прояву явищ соматоформного типу в разі здійснення професійної діяльності, гендерної диференціації іпохондричних проявів. Дилемою сучасного професійного забезпечення є психосоматичний чинник, зумовлений станом оптимального функціонування людини в забезпеченні творчого пошуку.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Візніук І. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами. *Проблеми сучасної психології*. Вип. 35. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2017. С. 55–67. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2017_35_7 (дата звернення: 12.03.2017).
2. Максименко С. Генезис существования личности. Киев : Издательство ООО «КММ», 2006. 240 с.
3. Мурашкин М. Компенсаторная реакция на опосредованность сознания (на примере состояния НЕМПИ) : монография. Днепропетровск : ЧП «Лира ЛТ», 2008. 328 с.
4. Наранхо К. Генезис типологической структуры личности: самоанализ для ищущего. Воронеж : НПО «МОДЭК», 1995. 224 с.
5. Низовских Н. Человек как автор самого себя: психосемантическое исследование жизненных принципов в структуре саморазвивающейся личности : монография. Москва : Смысл, 2007. 255 с.
6. Lazarus R. Progress on a cognitive motivational-relational theory of emotions. *American Psychologist*. 1991. P. 819–837.

REFERENCES:

1. Vizniuk I.M. (2017). Psykholohichni determinanty rozvytku ipokhondrychnykh rozladiv u liudyny za psykhodiahnostychnymy parametramy [Psychological determinants of the development of hypochondrial disorders in humans by psychodiagnostic parameters]. *Problemy suchasnoi psykholohii – problems of modern psychology*. Vyp. 35. S. 55–67. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2017_35_7 (data zvernennia 12.03.17) [in Ukrainian].
2. Maksymenko S.D. (2006). *Henezys sushchestvovaniya lichnosti* [The genesis of the existence of the individual]. Kiev : ООО “КММ”, S. 167–S194 [in Ukrainian]



3. Murashkyn M.H. (2008). *Kompensatornaia reaktsiya na oposredovannost soznaniya (na prymerе sostoianiya NEMRY) [Compensatory response to mediated consciousness (as exemplified by the NEMRI state)]: [monohrafiya].* Dnepropetrovskaia hos. fynansovaia akademyia. D. : Lyra LTD, Jun 07, 297–328. [in Ukrainian]
4. Narankho K. (1995). *Heneza-typolohycheskye struktury lychnosty: Samoanaliz dlia yshchushcheho [Genesis-typological structure of personality: introspection for the seeker].* Voronezh : NPO “MODEK”, 97–124 [in Russian]
5. Nyzovskykh N.A. (2007). *Chelovek kak avtor samoho sebia: psykhosemantycheskoe yssledovanye zhyznennikh pryntsyrov v strukture samorazvyvaiushcheisia lychnosty [Man as the author of himself: a psychosemantic study of life principles in the structure of self-developing personality]: [monohrafiya].* Moscow : Smysl, 255 s. [in Russian]
6. Lazarus R.S. (1991). *Progress on a cognitive motivational-relational theory of emotions [Progress on a cognitive motivational-relational theory of emotions].* American Psychologist, 46:819–837.

Стаття надійшла до редакції 31.07.2019.
The article was received 31 July 2019.