УДК 159.9.019.4:616.895.4

І. М. Візнюк
innavisnjuk@gmail.com

Поведінкові симптоми іпохондрії як механізм психосоматичної дисфункції

Vizniuk I. M. Behavioral symptoms of hypochondria as mechanism for psychosomatic dysfunction / I. M. Vizniuk // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi National Ivan Ohiienko University, G. S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine / scientific editing by S. D. Maksymenko, L. A. Onufriieva. – Issue 39. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2018. – P. 67–79.

I. M. Vizniuk. Behavioral symptoms of hypochondria as mechanism for psychosomatic dysfunction. The article substantiates the behavioral mechanism for the development of hypochondriac disorders among people with psychosomatic deceases. The author experimentally illustrates the interpretation of associative thinking in the patient's utterances. The article justifies the analysis of the defining of the etiology and development of hypochondriac nosologies in the group of patients with the most pronounced pathophysiological symptomatology. The research proves that interceptive irritants coming to the functionally attenuated brain cortex for quite a long time usually lead to the development of stagnant inert sources of stimulation making ground for hypochondriac delirium. The author lists the symptomatic features of the disorder considering the differential similarities and differences of the individual and general indices of psychodiagnostic methods.

It should be emphasized that for this reason strong interceptive irritants that affected the patients' nervous system received the corresponding reactions according to the ultraparadoxical phase mechanism and clinically manifested themselves as hypochondriac delirium with attendant irrelevant behavior. It is important that the exteroceptive irritant intensifies the interceptive reaction when the new external agent operates in the same direction. This thesis has been convincingly proved in the research. The author found out that psychosomatic decease after the prolonged traumatizing experience deranges the patient's nervous system which leads to the pathologic inertness of the brain cortex cells and the formation of stable isolated pathodynamic center – the genesis of the behavioral dysfunction.

Key words: psychodiagnostics, hypochondriac disorders, psychosomatic disorders, psychodiagnostic methods, interceptive irritants, behavioral mechanism.

І. М. Візнюк. Поведінкові симптоми іпохондрії як механізм психосоматичної дисфункції. У статті обґрунтовано поведінковий механізм

© І. М. Візнюк

розвитку іпохондричних розладів у осіб у ситуації психосоматичного захворювання. Експериментально показано інтерпретацію асоціативного мислення у висловлюваннях хворого. Обґрунтовано аналіз визначення етіології і розвитку іпохондричних нозологій у групі хворих із найбільш вираженою патофізіологічною симптоматикою. Доведено, що інтероцептивні подразники, які досить довго надходили в функціонально ослаблену кору головного мозку, зазвичай призводять до утворення у ній застійних, інертних джерел збудження, що лежать в основі іпохондричного марення. Указано перелік симптоматичних особливостей розладу в умовах диференційних схожостей і відмінностей індивідуальних і загальних показників психодіагностичних методів.

Підкреслено, що саме тому сильні інтероцептивні подразники, які впливали на нервову систему хворого, отримували відповідні реакції за механізмом ультрапарадоксальної фази та клінічно проявлялись у вигляді іпохондричного марення із супутньою невідповідною поведінкою. Зазначено, що екстероцептивний подразник посилює інтероцептивну реакцію, у разі якщо новий зовнішній агент діє в тому ж напрямку. Саме це положення досить переконливо підтверджено у нашому дослідженні. Установлено, що в хворого у ситуації психосоматичного захворювання, після тривалих травмуючих переживань, порушується стан нервової системи, що призводить до патологічної інертності клітин кори мозку й утворення у ній стійкого, ізольованого патодинамічного вогнища – генезису поведінкової дисфункції.

Ключові слова: психодіагностика, іпохондричні розлади, психосоматичні порушення, психодіагностичні методи, інтероцептивні подразники, поведінковий механізм.

Постановка проблеми. Поведінкові симптоми іпохондрії характеризуються тривожністю за своє здоров'я, що призводить до змін поведінкової моделі пацієнта. У деяких випадках хвороба стає причиною соціальної ізоляції і значних труднощів у житті хворого. Схильність до постійного обговорення своїх уявних захворювань і повне поринання у турботу про свій стан призводить до того, що іпохондриків починають оминати колеги по роботі, друзі й навіть члени сім'ї. У процесі життєдіяльності іпохондрія характеризує поведінку людини в умовах оточуючого середовища. Серед основних її проявів зустрічаємо підвищену тривожність, пригніченість, апатичність, відсутність довіри, сентиментальність, засмученість, понурість, страх перед майбутнім, поганий настрій тощо.

Мета. У статті ми прагнемо підкреслити значущість поведінкового компонента у ґенезі іпохондричих розладів. Обґрунтовано гіпотезу нашого дослідження, що в основі розвитку механізму соматичних захворювань дійсно центровими утвореннями є

переживання у формі поведінкових дисфункцій, як передумова розвитку нав'язливих ідей, марення, зони дискомфорту тощо. Отож, іпохондричний розлад – це серйозне психологічне порушення стану оптимального функціонування організму людини, що потребує професійного підходу та лікування.

Виклад основного матеріалу. Пропонуємо детальний патологічний аналіз визначення етіології і розвитку іпохондричних нозологій у групі хворих із найбільш вираженою патофізіологічною симптоматикою. Наведемо приклади з історії хвороби одного з наших респондентів і спробуємо обґрунтувати поведінковий механізм генезису іпохондричних патологій, що сприятиме визначенню загальних теоретико-методологічних основ у дослідженні механізмів зародження іпохондричних розладів особистості.

Хворий Б. (30 років, робітник) перебував на лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О. І. Ющенка з 30 листопада 2016 року до 1 червня 2017 року. В момент поступлення скаржився на загальну слабкість, зниження працездатності, болі в шлунку. Він стверджував, що у нього розвивається пухлина – «рак шлунку», яку видаляти вже запізно: «лікарська провина, занедбаність». Вважав себе важкохворим і говорив, що доживає останні дні. До цього типу лікарні звернувся для спростування психоневрологічного діагнозу.

В анамнезі простежується схильність до вживання алкоголю. Мати пацієнта померла від підозрюваного хворим захворювання. Саме у дитячі роки він переніс висипний тиф. Закінчивши 10 класів, навчався у ПТУ, де отримав спеціальність слюсаря. Перебував у лавах української армії, виконуючи свій громадський обов'язок. Після демобілізації працював за фахом і був відповідальним працівником, активним громадянином. Іноді мало спав, перевтомлювався. Таких шкідливих звичок, як паління, не мав. Легко збуджується, емоційно нестійкий, запальний.

У вересні 2016 року переніс гостре респіраторне захворювання, що супроводжувалось кашлем і підвищеною температурою. Під час перебігу хвороби продовжував працювати. Досить швидко переніс цю симптоматику зі сприятливим закінченням. Через якийсь час знову з'явився сухий кашель, болі у правому підребер'ї та грудному відділі хребта. Знову амбулаторно звернувся до лікаря і досить ретельно виконував усі його вказівки. Під час проведення рентгенографії він уперше проаналізував свій стан і вирішив, що важкість захворювання набуває патоло-

гічних наслідків. Ніякої патології не було знайдено, але біль у грудині періодично повторювався і ставав інтенсивнішим. Були знову консультативні терапевтичні й лікувальні процедури (фізіотерапія: солюкс і діатермія). Болі набували іпохондричного характеру: виникали у разі загострення хвороби. Хворий відчував підвищену пітливість і температуру тіла, погіршувався апетит, з'явились головні болі, порушився сон.

Постійне відвідування лікарів було спричинено появою нав'язливих ідей з приводу наявності такого захворювання, як туберкульоз легень, і надмірним читанням медичної літератури стосовно ознак хвороби. Ретельно дотримувався режиму лікування і переймався з приводу кожного незначного больового відчуття. Працездатність хворого знизилась, увесь час його турбувала думка про соматичне захворювання. У жовтні він амбулаторно відвідав лікаря близько 9 разів. Увесь вільний час він витрачав на пошуки інформації про хворобу, відвідування лікарів і різноманітні аналізи.

У лікарні, де хворий перебував під час нашого спостереження, у нього підтвердили наявність таких хвороб, як сухий плеврит і аскаридоз. У аналізі рідин було знайдено залишки крові, що пояснювалось як наслідок гінгівіту. З'явилась недовіра до стаціонарного лікаря. Ці симптоми він трактував як важку форму туберкульозу легень і рак шлунку. Надалі було проведено стаціонарне обстеження у терапевтичному відділенні з консультативним спостереженням в онкологічному інституті. Упродовж цього часу хворий Б. відчував болі в шлунку, загальну слабкість, безсоння, важкість, звертався за порадами до різних лікарів і знову проходив різноманітні обстеження.

Саме тут у нього вперше виявили іпохондричні наміри, які супроводжувались такими висловлюваннями: «мене отруїли і хочуть викинути за межі життя», «хвороба дуже запущена, тому й важко її підтвердити», «мені набридло страждати і я хочу померти» тощо. До лікувального процесу в нього з'явились підозри та недовіра. У зв'язку з неадекватністю поведінки, суїцидальними намірами його було госпіталізовано до неврологічної лікарні імені О. І. Ющенка.

Фізіологічно в анамнезі захворювання хворого Б. було діагностовано, що він вищий середнього зросту, астенічний, апетит відсутній (вага 60 кг при зрості 176 см). Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Межі серця в нормі, тони чисті. Пульс 78 ударів за хвилину, ритмічний. Артеріальний тиск 115/75 мм

рт. ст. При перкусії легенів ясний тон, краї легень добре рухливі; дихання везикулярне; в окремих ділянках слабкі сухі хрипи. Язик вологий, чистий. Поперекова ділянка шлунку правильної конфігурації, активно бере участь у акті дихання, метеоризм не спостерігається. При пальпації хворий напружує черевну стінку, відзначає підвищену чутливість усієї ділянки шлунку. Перистальтика кишківника не порушена. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний. Стосовно інших внутрішніх органів відхилень від норми не виявлено.

Рентгеноскопія грудної клітки показала, що в легенях помітних вогнищевих утворень немає. Серце не збільшене, частота серцевих скорочень у межах норми. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту виявила наявність хронічного гастриту.

Аналіз крові показав такі результати: кров – гемоглобін Hb 60%, еритроцити – 3770000, лейкоцити – 7300, кольоровий показник – 0.8, ШОЕ – 5 мм за годину; формула крові без змін.

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

Дослідження крові на цукор при введенні глюкози й адреналіну показали такі результати (табл. 1).

Таблиця 1

Показники хворого Б. за цукровою кривою

Уведений препарат	Склад цукру в крові, мг%							
	натще	Часовий проміжок, через ...						
		15 хв	30 хв	45 хв	60 хв	90 хв	120 хв	150 хв
Глюкоза	91	130	128	133	104	106	100	100
Адреналін	91	96	96	105	105	96	105	100

Як бачимо з таблиці 1, цукрові показники за результатами кривої в межах норми й істотного хімічного (біогенного) зрушення в організмі теж не спостерігається. Коливання хімічного складу в цьому випадку не спричиняють патологічних змін в організмі, лише незначною мірою можуть впливати на настрій.

Відзначимо також, що за психічним станом хворий Б. орієнтований на місці, у просторі та часі. Критика стосовно власного стану відсутня: вважає себе психічно здоровим, а соматично – важкохворим. Ілюзії сприйняття заперечує. Висловлює нав'язливі ідеї іпохондричного походження. Упевнений у наявності

раку шлунку. Саме ця ідея супроводжує його упродовж усього свідомого існування. Відчуває важкість у шлунку (за його висловлюванням – «шлунок, наче наповнений свинцем», «у шлунку відчуваю якесь утворення»). Ультразвукове дослідження ділянки шлунку підтвердило наявність у хворого хронічного гастриту, спричиненого невідповідним і нераціональним харчуванням.

Рис. 1. Звичайний вигляд хворого Б.

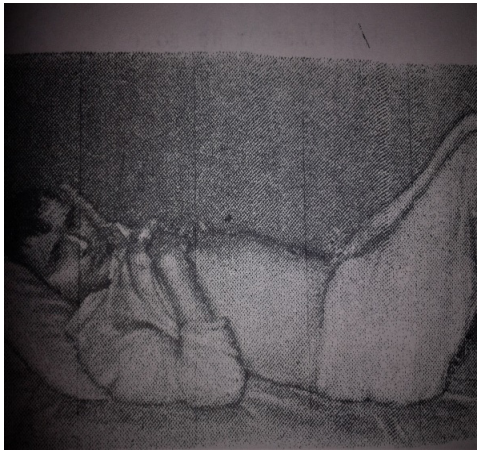

Рис. 2. Поза хворого Б. у ліжку

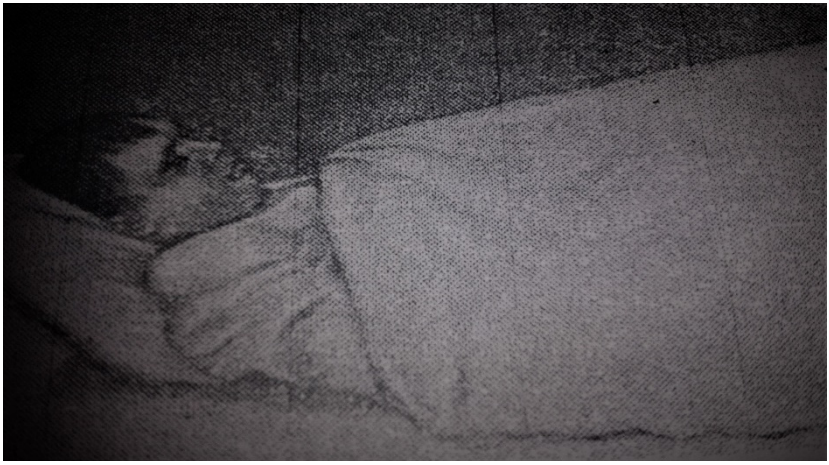

Рис. 3. Поза хворого Б. під ковдрою із закритою ділянкою шлунку та із зігнутими в колінах ногами

Настрій у хворого постійно пригнічений, похмурий, тривожний. Вираз обличчя понурий, нудьгуватий, песимістичний. Він увесь час перебуває у неприродніх позах, часто вимушеного характеру. Руки завжди тримає на животі, замкненими, підтверджуючи саме цим важкість стану. Переважно лежить зі стражденним виразом обличчя і відкритою ділянкою черевної порожнини. На пропозицію вкритись ковдрою він лягав на спину та згинав ноги в колінах, а простирадло натягував між колінами та руками так, щоб воно не торкалось ділянки в ділянці шлунку; в такому положенні міг лежати годинами.

У Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О. І. Ющенка було встановлено діагноз хворому Б. – постінфекційний психоз із іпохондричним синдромом. Ознак органічного ураження нервової системи у хворого не виявлено.

Нижче пропонуємо перегляд результатів асоціативного експерименту хворого Б. (табл. 2).

Таблиця 2

Інтерпретація асоціативного мислення у висловлюваннях хворого Б.

Слова-подразники	Прихований період, с	Відповідний словесний вислів	Примітки
Вітер	2,3	Сильний	
Море	3,0	Безмежне, безмежне	
Шлунок	9,9	Шлунок, шлунок дуже хворий	Дивиться по сторонах, морщить лоба, хмуриться
Квартира	5,0	Прекрасна	
Завод	3,5	Великий	
Місто	2,4	Вінниця	
Двері	2,5	Широкі	
Човен	3,8	Плаває на воді	
Рак	8,9	Рак, рак невиліковний	Із недовірою дивиться на лікаря і запитує: «Ви досі не вірите, що у мене рак?»
Пилка	7,8	Залізна	
Вода	4,3	Чиста	

Продовження табл. 2

Папір	3,0	Письменник	
Мука	3,2	Пшенична	
Страх	11,2	Страх, страх сильний, скоро, мабуть, помру, адже важко хворий	Хмуриться, дивиться вниз
Журнал	5,0	Не читаю книг	
Лікарня	4,3	Психіатрична	
Санкафен	5,3	Неефективні ліки	

Згідно показників асоціативного експерименту, спостерігаємо збільшення прихованого періоду кожної наступної відповіді пацієнта в середньому до 4.2–4.9 с (норма за Івановим-Смоленським 1,6–2,2 с). Це вказує на деяку інертність кіркових процесів, особливо у другій сигнальній системі. Деякі відповіді мають ехолалічний характер, що також свідчить про інертність процесів збудження у корі мозку.

Узагальнюючи, виділяємо відповідні реакції на спеціальні слова, що подразнюють больові точки хворого та ріжуть слух: на слова-стресогени, які стосуються особистості хворого (рак, шлунок, страх), прихований період збільшується до 11,2 с. Отож, можна припустити, що словесний подразник сенситивного значення викликає надмірне збудження точок навіюваних реакцій, а в силу явищ негативної індукції відповідь на цей подразник сповільнюється. Відповіді хворого хоча й мали емоційне забарвлення, 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 хоч і сповільнене, але не так значно, що вказує на наявність зони гальмування навколо джерела збудження.

Електроенцефалографія (ЕГ) показала, що на всіх відведеннях хвилі біотоків були знижені (менше 10 μV). Характеризуючи відмінність індиферентних для хворого слів, укажемо, що, наприклад, слово «туман» супроводжується короткочасним пригніченням альфа-ритму в момент їх вимови (рис. 4). Слово ж «рак» викликало виражене пригнічення альфа-ритму упродовж 3,5 с. Реакція пригнічення спостерігалась і при наступних мовленнєвих подразненнях (рис. 5); це дає змогу припустити наявність у пацієнта інертних джерел збудження у корі мозку. Осла-

блення біотоків указує на малу активність кори, що пов'язано з її гальмівним ефектом.

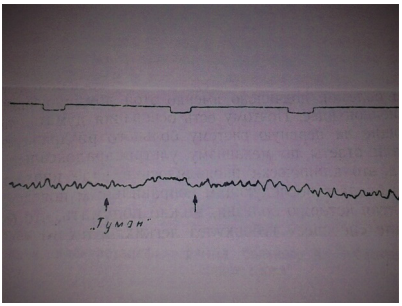

Рис. 4. ЕГ хворого Б. Лобно-тім'яне відведення зліва (на слово «туман»)

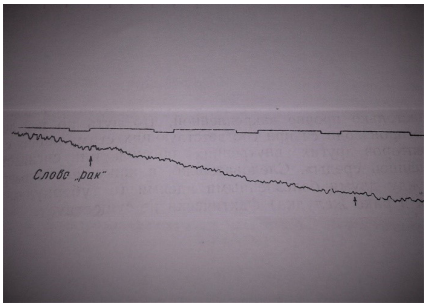

Рис. 5. ЕГ хворого Б. Лобно-тім'яне відведення зліва (на слово «рак»)

Хворий був також обстежений за руховою методикою із мовленнєвим підкріпленням за Івановим-Смоленським. Дослідження показали значну затримку утворення умовних рефлексів, що свідчить про послаблення процесів збудження у корі мозку. Впродовж діагностичного періоду досить яскраво виявлялись фазові стани кори мозку.

Аналізуючи психопатологічні явища, зазначимо, що маячні висловлювання хворого Б. можна пояснити згідно концепції І. П. Павлова про відносно ізольовані захворювання окремих ділянок кори мозку. Однак больові відчуття розповсюджуватимуться на всю кору в разі постійного подразнення хвороботворних точок ділянки тіла [3]. У нашого хворого ця концепція досить ефектно виражена як під час клінічних спостережень, так і під час проведених досліджень. Ми бачимо, що іпохондричні переживання цілком оволоділи особистістю пацієнта. Він відчуває загальну слабкість, працездатність різко знижена. Його постійно турбують больові відчуття у грудині та шлунку. Усе це вказує на наявність досить реального захворювання, позбутись якого важко.

Іпохондричні переживання, як правило, найяскравіше проявляються у хворого в періоди поганого фізичного самопочуття, викликаного перевтомою, сухим плевритом, хронічним гастритом, болями в грудині. Однак вищезазначені соматичні захворювання не відповідали тим необ'єктивним скаргам, які пред'являв хворий Б.: постійно спостерігалась невідповідність між больови-

ми й іншими неприємними відчуттями, що надходили від внутрішніх органів, і тією інтерпретацією, яку надавав сам хворий. Але не варто не враховувати об'єктивно констатуючі вісцеральні подразники (хронічний гастрит, сухий плеврит тощо), що постійно надсилають імпульси в кору головного мозку. Із праць К. М. Бикова ми знаємо, що внутрішні органи, володіючи спеціальними рецепторними апаратами, постійно впливають на кору, змінюючи її функціональний стан [4]. Явища, що виникають у мозковій корі внаслідок інтероцептивних стимуляцій, урештірешт набувають сили та наполегливості для того, щоб центральна нервова система їх могла ігнорувати [1, 2]. Так і у нашого хворого больові відчуття розвивались поступово. Восени він переніс гостре респіраторне захворювання із субфебрильною температурою і подальшими ускладненнями (сухий плеврит). Пізніше його стали турбувати болі в шлунку, що виникли в результаті хронічного гастриту та явищ дискінезії кишківника. Він дуже багато працював як фізично, так і розумово, часто недосипав, перевтомлювався. Усе це занадто астенізувало його.

І. П. Павлов указував, що виснаження нервової системи є одним з основних чинників, що призводять до виникнення патологічної інертності кіркових процесів. Спостереження К. М. Бикова показують, що дезорганізована інформація з внутрішнього середовища сприяє на досить тривалий час зародженню дисбалансу між збудженням і гальмуванням в екстероцептивних ділянках кори мозку [1–4]. Зазначимо, що саме це є приводом для невротичного стану мозкових клітин і причиною для зародження неврозу тієї чи іншої працездатної системи. Взаємодія між екстеро та інтероцептивними імпульсами відбувається у корі мозку. Ця нормальна взаємодія порушується при патологічних станах кори.

Отже, у разі вираженого астенічного стану хворого, коли його нервова система ослаблена, імпульси, виходячи з внутрішніх органів, неприємні відчуття, спровоковані болем у грудині та ділянці шлунку, тривалі потужні надмірні подразники призводять до патологічної інертності процесів збудження у відповідних кіркових клітинах головного мозку. Але, окрім цього, в утворенні патодинамічного вогнища велике значення у цьому випадку мали переживання хворого, пов'язані зі страхом смерті від раку шлунку та туберкульозу легень.

Із даних, установлених К. М. Биковим, ми знаємо, що екстероцептивний подразник посилює інтероцептивну реакцію, у разі якщо новий зовнішній агент діє в тому ж напрямку. Саме

це положення досить переконливо підтверджено в нашому дослідженні. Дійсно, в хворого з патологічним ураженням шлунково-кишкового тракту, після тривалих травмуючих переживань, порушується стан нервової системи, що призводить до патологічної інертності клітин кори мозку й утворення у ній стійкого, ізольованого патодинамічного вогнища [4].

Больові імпульси з внутрішніх органів і страх смерті від туберкульозу легень і раку шлунку були подразниками, які постійно підтримували хвороботворний процес у стані збудження; внаслідок впливу явищ негативної індукції на больові точки уражених ділянок не розповсюджувалось захисне гальмування. Саме у цих точках замість урівноважених процесів збудження і гальмування існував автентичний процес збудження, як результат постійного подразнення.

Неприємні відчуття різного характеру й інтенсивності, що надходили з внутрішніх органів, хворий намагався подолати. Він прагнув бути здоровим, як усі люди, а це – сильний позитивний подразник. Однак на тлі вираженого астенічного стану і цей подразник викликав у нього зовсім випадково нездоланне песимістичне уявлення про важкість хвороби, про її невиліковність. Усі подальші наміри пацієнта трактовані саме з цієї точки зору. Підкреслимо, що саме тому подразники, що діяли на нервову систему хворого Б., отримували відповідні реакції за механізмом ультрапарадоксальної фази, що клінічно проявлялось у вигляді іпохондричного марення із супутньою невідповідною поведінкою.

Читаючи історію хвороби пацієнта Б., можна попередньо зрозуміти, що він переніс туберкульоз легень, а вже пізніше захворів раком шлунку. Однак, це лише перше враження, оскільки тепер він, показуючи лікареві кров'яні плями на подушці (з ясен ротової порожнини), часто стверджує, що легені вже зовсім розпались. Думка про наявність у нього туберкульозу легень спричиняє іпохондричні переживання. Як стверджує К. М. Биков, це пояснюється тим, що імпульси, виходячи з внутрішнього середовища організму до вищих відділів головного мозку, часто зберігаються навіть тоді, коли рефлекторна поверхня певного органа 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. Відповідно, і неіснуючого

розриву між двома хвороботворними ідеями (про туберкульоз легень і раку шлунку) фактично не існує.

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 хворого. Це пояснюється тим, що умовні рефлекси, які утворюються у внутрішніх органах, досить важко затухають і є більш інертними, що має велике значення у виникненні іпохондричного марення.

Підкреслимо також, що неабиякий інтерес становлять і такі випадки прояву іпохондрії, у яких інтероцептивні подразники досить довго надходили в функціонально ослаблену кору головного мозку й призвели до утворення у ній застійних, інертних джерел збудження, що лежать в основі іпохондричного марення. Ми під час спостереження за хворим Б. акцентуємо увагу на тому, що саме такий механізм зародження іпохондричних проявів відображений у його етіології хвороби.

Перспективою подальших досліджень за вивченням психології іпохондричних розладів особистості є суб'єктивна інтерпретація пацієнтом внутрішньої картини хвороби й особливостей його поведінки.

Список використаних джерел

1. Асмолов А. Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека / Александр Асмолов [3-е изд.]. – М. : Смысл ; Изд. центр «Академия», 2007. – 528 с.
2. Біла книга національної освіти України / Акад. пед. наук України ; за ред. В. Г. Кременя. – Київ, 2009. – 198 с.
3. Международная классификация болезней МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.studfiles.ru/preview/5280773/page:5/
4. Пащенков С. З. Ипохондрические состояния / С. З. Пащенков. – Москва : Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ, 1958. – 130 с.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Asmolov A. Psykhologia lichnosti: kul'turno-istoricheskoe ponimanie razvitiia cheloveka / Aleksandr Asmolov [3-e izd.]. – M. : Smysl ; Izd. tsentr «Academiia», 2007. – 528 s.
2. Bila knyga natsionalnoii osviti Ukraini / Akad. ped. nauk Ukraini ; za red. V. G. Kremenya. – Kyiiv, 2009. – 198 s.

3. Mezhdunarodnaia klassifikatsiia boleznej MKB-10 [JElektronnij resurs]. – Rezhim dostupa : http://www.studfiles.ru/preview/5280773/page:5/
4. Paschenkov S. Z. Ipokhondricheskie sostoianiia / S. Z. Paschenkov. – Moskva : Gosudarstvennoe izdatelstvo medizinskoi literaturi MEDGIZ, 1958. – 130 s.

Received October 19, 2017
Revised November 17, 2017
Accepted December 22, 2017

УДК 613.8:159.923

Н. А. Кулик
tatakulik@ukr.net
Л. Л. Гільова
laragilova8@gmail.com

Емоційний інтелект: аналіз сучасних західних досліджень

Hiliova L. L. Emotional Intelligence: the Analysis of Modern Western Studies/ L. L. Hiliova, N. A. Kulyk // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi National Ivan Ohiienko University, G. S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine / scientific editing by S. D. Maksymenko, L. A. Onufriieva. – Issue 39. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2018. – P. 79–90.

L. L. Hiliova, N. A. Kulyk. Emotional Intelligence: the Analysis of Modern Western Studies. The article dwells upon the history of the formation of the phenomenon of «emotional intelligence» as a manifestation of the correlation between human abilities and life success, including personal and professional success. The scientific prerequisites for describing the emotional intelligence, its features and values as one of the multiple forms of intelligence are revealed. Different models of emotional intelligence are analyzed, which made descriptive characteristics of the proposed phenomenon. The components are considered and the levels of emotional competence are revealed.

Emotional intelligence is studied as a competence aimed at the interpretation of personal emotions and emotions of others. Emotional compe-

L. L. Hiliova – the scientific contribution of the co-author is 50%,
N. A. Kulyk – the scientific contribution of the co-author is 50%.

© Л. Л. Гільова, Н. А. Кулик