

УДК 159.99: 159.974:616.891.6

Наталія Бамбурак

кандидат психологічних наук, доцент,
завідувач кафедри психології діяльності в особливих умовах,
Львівський державний університет внутрішніх справ, м. Львів
ORCID ID 0000-0002-5665-4543
bbrk@i.ua

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОРІЄНТИРИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Психосоматика як специфічна галузь знань на сучасному етапі її розвитку досліджує соціально-культурні, психологічні, медичні, економічні й екологічні чинники виникнення соматичних дефектів. Вивчення тілесності людини є соціально-психологічним, а не лише біологічним феноменом. Адже цілісність людського існування – поняття набагато більш складне, ніж поняття “психосоматична єдність” двох аспектів людського існування – психологічного і тілесного. Часто при цьому ігноруються соціальні та культурні чинники. Низка теоретичних досліджень щодо вивчення психосоматики вказує на те, що першочерговими чинниками розвитку захворювань є емоційні й особистісні тригери. За таких умов подальший розвиток психосоматики як наукового напрямку в межах психологічного знання задіює подальші ґрунтовні дослідження тілесності здорової особистості.

Проблема психосоматичних розладів залишається однією з найбільш складних та актуальних завдань сучасної психології. Беззаперечна участь психологічних механізмів у патогенезі і порушеннях здоров'я особистості вказує на існування психосоматичних функціональних розладів. Унаслідок суперечливих відомостей про причини і механізми розвитку психосоматичних функціональних захворювань до теперішнього часу відсутні стандарти діагностики та лікування таких хворих, що в свою чергу спричиняє негативну

© Бамбурак Н.

соціально-психологічну адаптацію особистості, а відтак і якість її життєдіяльності загалом.

У патогенезі багатьох психосоматичних розладів центральними є несприятливі психічні чинники: неспецифічна та вроджена схильність до соматичних зрушень і вад; генетична здатність до психосоматичних виявів; видозміни у центральній нервовій системі, які спричиняють нейродинамічні вияви; особистісні особливості; психофізичні стани при дії психотравмуючих ситуацій; систематичний вплив негативних сімейних і соціальних чинників.

Ключові слова: психосоматика; несприятливі психічні чинники; соціально-психологічна адаптація; психосоматичний розлад; нейродинамічні вияви; особистісні особливості; психофізичні стани.

1. ВСТУП

Проблема психосоматичних розладів залишається однією з найбільш складних та актуальних завдань сучасної психології. Беззаперечною участю психологічних механізмів у патогенезі і порушеннях здоров'я особистості вказує на існування психосоматичних функціональних розладів. Унаслідок суперечливих відомостей про причини та механізми розвитку психосоматичних функціональних захворювань до теперішнього часу відсутні стандарти діагностики та лікування таких хворих, що в свою чергу спричиняє негативну соціально-психологічну адаптацію особистості, а відтак і якість її життєдіяльності загалом.

Постановка проблеми. Сам термін “психосоматика” має давню історію і передбачає наявність певних співвідношень між психічними і соматичними розладами. Цей термін з'явився в літературі в 1818 році, проте поняття “психосоматичне захворювання” з його цілеспрямованим застосуванням вкорінилося на початку поточного сторіччя [1] [3]. У низці досліджень зарубіжних науковців зреалізовується думка про видозміну поняття “психосоматика” на “психонейроімунологія”, оскільки останній багатогранно відображає взаємозв'язок психіки з тілом за допомогою механізмів нейроімунної регуляції [2] [5]. У патогенезі багатьох захворювань центральними є несприятливі психічні впливи. Д. М. Ісаєв обґрунтовує, що патогенез психосоматичних розладів налічує такі чинники:

1) неспецифічна та вроджена схильність до соматичних зрушень та вад;

- 2) генетична здатність до психосоматичних виявів;
- 3) видозміни у центральній нервовій системі, які спричиняють нейродинамічні вияви;
- 4) особистісні особливості;
- 5) психофізичні стани при дії психотравмуючих ситуацій;
- 6) систематичний вплив негативних сімейних і соціальних чинників [3].

Особа занурюється в психосоматичну патологію поступово. До вияву хвороби і звернення до лікаря проходить тривалий час. Накопичуються зміни, знижується опірність організму тощо. О. Б. Смулевич виокремлює чотири типи психосоматичних дефектів, які виокремлюють багаторівневу структуру психосоматичних симптомокомплексів у дорослих:

1. Соматизовані психічні реакції “соматоморфні реакції”, що утворюються без соматичної патології, але зреалізують симптоми та захворювання конституційного і невротичного характеру (невропатології, неврози різної етіології).

2. Психогенні реакції (нозогенії), які формуються у взаємозв’язку із соматичними захворюваннями, що є психотравмуючими та в свою чергу належать до підгрупи реактивних станів.

3. Симптоми та реакції симптоматичної лабільності (психогенно спричинені), котрі взаємопов’язані з констеляцією соціально-ситуаційних чинників та маніфестацією або ж екзоцербацією вияву психосоматичних захворювань у вузькому та традиційному розумінні.

4. Дії екзогенного виду (соматогенії), які маніфестуються через активність соматичного дефекту, що задіюється на патогенетичній основі і належить до психосоматичних психозів [6].

Отже, основними складовими клінічної психосоматичної моделі є змінені аномальні властивості (розлад особистості і тілесна конституція як соматичний субстрат), а також психічні та соматичні захворювання, які виступають як незалежні змінні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. При вивченні поняття “психосоматика” сформувалися три базові підходи концептуалізації патологічних станів із наявністю соматизованих симптомів: учення

про істерію, іпохондрію та меланхолію. Саме наявність в їх клінічній картині соматизованих симптомів сприяло тому, що зміст цих клінічних понять неодноразово видозмінювався, патологічні стани об'єднувалися, розчиняючись одне в іншому, або знову розглядалися окремо [7].

За таких умов обґрунтовуються вчення про синестезію, або загальну чутливість та її розлади – синестопатію, що є базовим елементом теорії іпохондрії. Виокремлюються дві її форми: сенсоіпохондрія – із переважанням розладів ценестезії, а також ідіоіпохондрія – з нав'язливими і надцінними іпохондричними утвореннями та вторинним порушенням ценестезії, що визначає клініку. При цьому вже з початку нозологічного періоду іпохондрія втрачає статус окремої хвороби і більшістю дослідників розглядається як синдромальна або метасиндромальна, яка може спостерігатися при депресії, тривозі, шизофренії та інших розладах [3], [8].

Ця парадигма іпохондрії не зазнала суттєвих змін до теперішнього часу. Досліджуються проблеми обмеження клінічного поняття “сенестопатії” соматоморфними порушеннями шизофренічного ґенезу, тоді як аналогічні стани у межах пограничних порушень і розладів афективного спектру стали означати “патологічні тілесні сенсації” [9], [10]. Власне іпохондричними визнаються розлади пограничного рівня з переважанням когнітивних порушень і вітальною заклопотаністю (ідіоіпохондричні).

Перше систематичне вивчення істерії представниками психоаналітичного напрямку сприяло формуванню таких засадничих понять як дисоціація, конверсія, соматизація, які до сьогодні розглядаються в аспекті психологічного захисту і співвідносяться з гіпотетичними механізмами істеричних порушень [10], [11]. Важливими (але не визначальними) ознаками істеричних розладів визнається ситуаційна залежність, лабільність, емотивність симптоматики, “прекрасна байдужість” і “умовна бажаність”, а вияви істеричної соматизації феноменологічно характеризуються представництвом переважно у сфері довільної іннервації, а також предметністю або образністю, що досягають рівня тілесних фантазій [12], [13].

Досліджуючи безпосередні психологічні механізми формування соматизованих симптомів, А. Ю. Березанцев виокремлює три основних напрями їх сучасного клінічно-психологічного обґрунтування. Перше – “прорив” інтерцептивної сигналізації в свідомість унаслідок афективної забарвленості та значущості для особистості, що і визначає перебільшене сприйняття звичайних соматичних перцепцій – “гіперцепцію” з відповідною інтерпретацією, яка узгоджується з ідеоіпохондрією К. Леонгарда. Друге – “проекція” афективно-забарвлених уявлень у сферу соматопсихіки особистості з розвиненою уявою, яка зумовлює “химерність” і “предметність” сенсацій – “дисцепцію”, що має генетичний взаємозв’язок з істеричною конверсією й узгоджується із сенсоіпохондрією К. Леонгарда. Третє – первинне (механізм, який запускає) значення афективних розладів, в основному тривожно-депресивних. Автор обґрунтовує, що в кожному конкретному випадку ці механізми можуть поєднуватися або послідовно приєднуватися один до одного, формуючи складний патогенез соматизованих психопатологічних порушень [10], [14].

В. М. Краснов зазначає, що клінічні особливості психопатологічних і соматизованих дефектів зреалізують в їхній структурі чотири елементи:

- 1) койнестопатичний або сенсорний, тобто спектр патологічних симптомів, наближених до больових – алгічних (незвичайних), “вигадливих” – сенестопатії, тілесні несправжні фантазії;
- 2) вегетативний як об’єктивно зареєстровані вегетативні відчуття та симптоми;
- 3) афективний, як емоційний відтінок відчуттів;
- 4) ідеоторний як своєрідна концептуалізація відчуттів, які ієрархічно і динамічно взаємопов’язані та задіюють чітке діагностичне значення, а відтак – тактику терапевтичної допомоги [3], [15].

Компоненти цієї чотириступеневої структури є нерівнозначними, але завжди переплітаються. Сталим із них є афективний, який завжди виявляється незалежно від інших. Окрім того, він має негативний емоційний тон, як своєрідну статичну модальність (відтінки тривоги або депресії), і виокремлює особливості інших складових структури.

Отже, клінічно-психопатологічне обґрунтування дозволяє зацентувати детермінуючу важливість афективного елемента щодо клінічних ознак інших компонентів.

Вагомий внесок у розвиток психосоматичної науки здійснив З. Фройд. Низка його відкриттів окреслила напрямок розвитку психоаналітично зорієнтованої психосоматичної психології та медицини. Уперше вчення про конверсію З. Фройд постулював у своїх працях “Психоневрози захисту” та “Дослідження істерії”. Конверсія – це своєрідне зміщення психологічного конфлікту та трансформація його в різноманітні тілесні симптомокомплекси, а саме: моторні, соматичні (параліч), чуттєві (локалізація болю, втрата чутливості тощо). У конверсійних симптомах зреалізовується символічний вияв відчуття, який є конфліктним та витісняється або пригнічується. За таких обставин тіло є своєрідним символічним відображення життєдіяльності особистості, а саме, здійснюється відокремлення лібідо від витіснених, несвідомих уявлень і перетворення його в тілесну іннерваційну енергію. За таких умов перенос лібідо із психічної сфери у тілесність зреалізовує конфлікт, який зумовлює патогенні впливи. Соматичні симптоми символічно представляються в несвідомій фантазії [11], [16].

Ф. Дейч аналізує постійно діючий процес конверсії, який упродовж життя мимовільно сприяє прагненням до придушення інстинктів, пов'язаних із необхідністю постійного скидання зайвої інстинктивної енергії. Він стверджує, що процеси конверсії є необхідними формами психічного вираження під впливом культурних вимог до людини. І це реакції, спрямовані на підтримку здоров'я. Автор розрізняє “постійну дробову конверсію”, яка забезпечує дробове руйнування тривоги, а відтак підтримує здоров'я, та “раптову конверсію”, яка виникає при недостатньому витісненні відображених інстинктивних імпульсів і надмірному вияві тривоги, що забезпечує соматичну дезадаптацію. Конверсійний потік Ф. Дейч називає соматичною мовою інстинкту. Порушення соматичної мови, які виявляються в органічному симптомі, він обґрунтовує, як органічне ушкодження, можливо ще в перинатальному періоді [17].

На відміну від попередніх авторів, які намагалися розширити концепцію конверсійної істерії, у своїй моделі вегетативного неврозу Ф. Александер виокремлює систематичне розрізнення конверсійних феноменів та органічних дефектів психосоматичних симптомокомплексів, які він пояснює як неврози вегетативної системи [1], [18]. Розподіл симптоматичних груп науковець виокремлює і фізіологічно, і психоаналітично. Останнє він пояснює тим, що істеричні явища перебувають у сенсорній перцепції та довільній моториці, які взаємопов'язані з вегетативним неврозом, а органічні симптоми переходять на внутрішні органи, які іннервуються вегетативною нервовою системою та не керуються мисленневими процесами. Коли несвідома конфронтація не виходить на зовні, тоді вона спричиняє емоційне напруження, що задіює стійкі видозміни у нервовій системі вегетатики, що в свою чергу зреалізують тканинні патології в органах. Адже в цьому процесі нівелюється виразний символічний характер у виборі певного внутрішнього органу, а відтак не здійснюється емоційна легкість при виникненні відповідних симптомокомплексів захворювання, тобто фізичне страждання з більшою інтенсивністю ускладнює психічні проблеми.

Ф. Александер свої вчення спрямував у русло дослідження специфічних, унікальних конфліктних констеляцій із різноманітними видами фізіологічних реакцій. У цьому сенсі він говорив про векторну якість психічних процесів, виокремлюючи три спрямування: 1) прагнення до поглинання; 2) прагнення до виділення; 3) прагнення до утримання. Науковець вважає, що ці вектори не лише позначають психодинамічні тенденції, але й одночасно відображають основні принципи всіх біологічних процесів [1].

М. Шур на основі вивчення психодинаміки шкірних захворювань висунув загальну психосоматичну концепцію десоматизації-ресоматизації, задіюючи абсолютно інший аспект проблем психосоматичного розвитку. Виходячи з цієї концепції, психосоматичні захворювання вводяться в контекст розвитку "Я" і розуміються як специфічна форма порушень базових його функцій. Автор ґрунтується на теорії Хартмана, а саме – психології "Я", в якій "Я" аналізується через

функції захисту щодо дії інстинктивних імпульсів, що задіюються з “воно”, та адаптації до найближчого довкілля. М. Шур обґрунтовує Я концепцію особистості як адаптаційний стрижень, який пропрацьовує нейтралізовану інстинктивну енергію, тобто забезпечує прогресуючу десоматизацію поведінкового компоненту особистості [10].

А. Мітчерліх запропонував модель двофазового захисту або витіснення. У цій концепції формування психосоматичного механізму запускається такою поетапністю:

1. На початку особистість прагне впоратись із конфліктом на психосоціальному рівні лише психічними засобами, а саме: а) зріла особистість розв’язує протистояння через звичні засоби соціальної взаємодії; б) зреалізування механізмів психологічного захисту є недостатнім, тоді задіюється своєрідний невротичний захист (наприклад, фобії та страхи, невротичні депресії, нав’язливі думки тощо); в) при пролонгованих стресових ситуаціях, механізми психологічного захисту розвивають поведінково-вчинкові патерни особистості загалом, спичиняючи розвиток невротичної особистості.

2. При виникненні певних ситуацій, за яких неможливо впоратися із загрозливим власним існуванням конфлікту, задіюється захист другого рівня – соматизація, що призведе до структурних організмичних видозмін.

3. Виокремлюється особливий третій рівень психологічного захисту, як психотичне симптомоутворення [9].

Окрім дослідження причин психосоматичних симптомокомплексів дослідники зверталися до питання специфічності портрету психосоматичного хворого [2], [7]. Так, Ф. Дунбар у своїй концепції здійснив спробу взаємопов’язати різні психосоматичні захворювання з відповідною типологією особистості, а саме – віднайти певну констеляцію рис особистості, яка є патогенною (наприклад, “серцевий тип”, “артритний тип”, “виразковий тип” тощо). У своїх подальших дослідженнях Б. Карвасарський, М. Фрідман, Р. Ройзенман обґрунтували концепцію поведінкового типу А, яка стала підґрунтям того, що психосоматична патологія розвивається в особистостей, для яких характерним є активний спосіб життя (постійне

прагнення до успіху, змагання, прискорений темп життєдіяльності тощо) [10].

Метою статті є здійснення теоретичного аналізу зарубіжних і вітчизняних наукових досліджень щодо генези поняття “психосоматика”; висвітлення результатів аналізу особливостей вияву психосоматичних дефектів особистості.

2. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати дослідження полягають у глибинному теоретичному аналізі та систематизації теоретичних і практичних доробок у напрямку дослідження особливостей психосоматичних захворювань особистості. Для психосоматики, як специфічної галузі знання на сучасному етапі її розвитку, основними є теоретичні проблеми механізму психосоматичної взаємодії, специфічності та індивідуальної мінливості, а також проблема розробки ефективних методів надання медичної допомоги особам із психосоматичними захворюваннями. Адже вивчення тілесності людини є соціально-психологічним, а не лише біологічним феноменом.

3. ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Отже, психосоматика – міждисциплінарний науковий напрямок, який досліджує соціально-культурні, психологічні, медичні, економічні й екологічні чинники виникнення соматичних дефектів. Сьогодення вимагає розвитку і суміжного з психосоматикою вчення, такого як психологія здоров'я, яке обґрунтовує психологічні чинники ризикованої та безпечної поведінки. Цілісність людського існування – поняття набагато більш складне, ніж поняття “психосоматична єдність” двох аспектів людського існування – психологічного і тілесного. Часто при цьому ігноруються соціальні та культурні чинники. Низка теоретичних досліджень щодо вивчення психосоматики вказує на те, що першочерговими чинниками розвитку захворювань є емоційні й особистісні тригери. За таких умов подальший розвиток психосоматики як наукового напрямку в межах психологічного знання задіює подальші ґрунтовні дослідження тілесності здорової

особистості, що і буде становити перспективи наших подальших досліджень.

Список використаних джерел

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с нем. Москва, 2002. 352 с.
2. Воронов М. Психосоматика: практическое руководство. Киев : Ника-Центр, 2002. 256 с.
3. Кулаков С. А. Основы психосоматики. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 288 с.
4. Carver C., Harris S. How important is the perception of personal control? *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2000. Vol. 26. № 2. P. 139–150.
5. Hellhammer D. Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior. *Perspectives and Promises of Clinical Psychology*. New York & London, 1992. P. 61–66.
6. Смулевич А. Б., Львов А. Н., Иванов О. Л. Патоанатомия: психопатология аутоагрессии в дерматологической практике. Москва, 2009. 160 с.
7. Белопольская Н. Л. Задачи патопсихологии и понятие психической нормы (вводная статья). *Патопсихология : хрестоматия : учебное пособие*. 2-е изд. Москва : Когито-Центр, 2000. С. 8–16.
8. Лебедева В. Ф., Семке В. Я., Якутенок Л. П. Психические расстройства при соматических заболеваниях. Томск : Изд-во “Иван Федоров”, 2010. 326 с.
9. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела. Москва : Феникс, 2014. 350 с.
10. Психосоматика. Телесность и культура / под ред. В. В. Николаевой. Москва : Академический проект, 2009. 311 с.
11. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. Москва : Канон+РООИ “Реабилитация”, 2012. 288 с.
12. Jackson K. M., Aiken L. S. A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self-efficacy for sun protection. *Health Psychology*. 2000. Vol. 19. № 5. P. 458–468.
13. Katz R. C., Meyers K., Walls J. Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *Journal of Behavioral Medicine*. 1995. Vol. 18. № 4. P. 377–384.
14. Nemeroff R., Midlarsky E. Gender and racial correlates of personal control among emotionally disturbed older adults. *Journal of Aging and Human Development*. 2000. Vol. 50. № 1. P. 1–15.

15. Sanders D. Counselling for Psychosomatic Problems. London ; Thousand Oaks ; New Delhi, 1996. 160 p.
16. Sampson E. E. Establishing Embodiment in Psychology. *The Body and Psychology* / ed. Stam H. Cambridge. 1998. P. 30–52.
17. Schwarzer R., Renner B. Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*. 2000. Vol. 19. № 5. P. 479–486.
18. Turner B. S. *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London ; Thousand Oaks ; New Delhi, 2008. 296 p.

References

1. Aleksander F. (2002). *Psikhosomaticheskaya meditsina. Printsipy i prakticheskoye primeneniye* / per. s nem. [Psychosomatic medicine. Principles and practical application / translation from German]. Moskva. 352 s. [in Russian].
2. Voronov M. (2002). *Psikhosomatika: prakticheskoye rukovodstvo* [Psychosomatics: practical guide]. Kyev. Nika-Tsentr. 256 s. [in Russian].
3. Kulakov S. A. (2003). *Osnovy psikhosomatiki* [The basics of psychosomatics]. Sankt-Peterburg. Rech'. 288 s. [in Russian].
4. Carver C., Harris S. (2000). *How important is the perception of personal control?* Personality and Social Psychology Bulletin. Vol. 26. 2. P. 139–150. [in English].
5. Hellhammer D. (1992). *Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior*. Perspectives and Promises of Clinical Psychology. New York & London. P. 61–66. [in English].
6. Smulevich A. B., Lvov A. N., Ivanov O. L. (2009). *Patoanatomiya: psikhopatologiya autoagressii v dermatologicheskoy praktike* [Pathoanatomy: the psychopathology of autoaggression in dermatological practice]. Moskva. 160 s. [in Russian].
7. Belopol'skaya N. L. (2000). *Zadachi patopsikhologii i ponyatiye psikhicheskoy normy (vvodnaya stat'ya)* [The tasks of pathopsychology and the concept of mental norm (introductory article)]. Patopsikhologiya : khrestomatiya : uchebnoye posobiye [Pathopsychology : anthology : tutorial]. 2-e izd. Moskva. Kogito-Tsentr. S. 8–16. [in Russian].
8. Lebedeva V. F., Semke V. Ya., Yakutenok L. P. (2010). *Psikhicheskkiye rasstroystva pri somaticheskikh zabolevaniyakh* [Mental disorders in somatic diseases]. Tomsk. Izd-vo "Ivan Fedorov". 326 s. [in Russian].
9. Starshenbaum G. V. (2014). *Psikhosomatika i psikhoterapiya. Istseleniye души i tela* [Psychosomatics and psychotherapy. [Healing soul and body]. Moskva. Feniks. 350 s. [in Russian].

10. (2009). *Psikhosomatika. Telesnost' i kul'tura / pod red. V. V. Nikolayevoy* [Psychosomatics. Physicality and Culture / ed. V. V. Nikolaeva]. Moskva. Akademicheskii proyekt. 311 s. [in Russian].

11. Horni K. (2012). *Nashi vnutrenniye konflikty. Konstruktivnaya teoriya nevroza* [Our internal conflicts. Constructive Theory of Neurosis]. Moskva. Kanon+ROOI "Reabilitatsiya". 288 s. [in Russian].

12. Jackson K. M., Aiken L. S. (2000). *A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self-efficacy for sun protection. Health Psychology*. Vol. 19. 5. P. 458–468. [in English].

13. Katz R. C., Meyers K., Walls J. (1995). *Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 18. 4. P. 377–384. [in English].

14. Nemeroff R., Midlarsky E. (2000). *Gender and racial correlates of personal control among emotionally disturbed older adults. Journal of Aging and Human Development*. Vol. 50. 1. P. 1–15. [in English].

15. Sanders D. (1996). *Counselling for Psychosomatic Problems. London ; Thousand Oaks ; New Delhi*. 160 p. [in English].

16. Sampson E. E. (1998). *Establishing Embodiment in Psychology. The Body and Psychology / ed. Stam H. Cambridge*. P. 30–52. [in English].

17. Schwarzer R., Renner B. (2000). *Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. Health Psychology*. Vol. 19. 5. P. 479–486. [in English].

18. Turner B. S. (2008). *The Body and Society : Explorations in Social Theory. London ; Thousand Oaks ; New Delhi*. 296 p. [in English].

Nataliia Bamburak. Conceptual Orientations of the Investigation of the Problem of Psychosomatic Disorders

Psychosomatics as a specific branch of knowledge at the present stage of its development examines the socio-cultural, psychological, medical, economic and environmental factors of somatic defects. The study of human corporeality is socio-psychological, not just a biological phenomenon. After all, the integrity of human existence – a concept much more complex than the concept of “psychosomatic unity” of two aspects of human existence – psychological and physical. Often, social and cultural factors are ignored. A number of theoretical studies on the study of psychosomatics indicate that the primary factors in the development of diseases are emotional and personal triggers. In such circumstances, further development of psychosomatics as a scientific direction within the limits of psychological knowledge triggers further thorough studies of the physicality of a healthy personality.

The problem of psychosomatic disorders remains one of the most complex and relevant problems of modern psychology. The indisputable participation of psychological mechanisms in the pathogenesis and disorders of personality health, indicates the existence of psychosomatic functional disorders. Due to conflicting information about the causes and mechanisms of development of psychosomatic functional diseases, there are still no standards of diagnosis and treatment of such patients, which in turn leads to negative social and psychological adaptation of the individual, and therefore the quality of his life as a whole.

The pathogenesis of many psychosomatic disorders is central to adverse psychic factors: nonspecific and innate propensity for somatic shifts and defects; genetic capacity for psychosomatic manifestations; alterations in the central nervous system that cause neurodynamic manifestations; personal characteristics; psychophysical states under the influence of psycho-traumatic situations; systematic impact of negative family and social factors.

Key words: psychosomatics; adverse psychic factors; social and psychological adaptation; psychosomatic disorder; neurodynamic images; personal characteristics; psychophysical states.