

УДК 159.99: 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

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СИСТЕМАТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Згідно з концептуальними положеннями сучасної інтегративної психологічної і медичної науки, які відображають структуру психосоматичних дефектів, виокремлюють три базові аспекти психосоматичних дефектів: психічні розлади, що зреалізуються в соматичній сфері; психічні розлади, спровоковані соматичною патологією; соматичні розлади, зумовлені психічною патологією, аномаліями особистості та/або психогенними чинниками.

При виникненні органічних захворювань також можуть задіюватися вторинні психосоматичні симптоми. Як буде показано в подальшому, включення в класифікацію нових категорій психічних захворювань, в яких дається характеристика схожих розладів, не усуває всіх труднощів, що виникають у процесі діагностики.

Клінічну класифікацію психічних і психосоматичних розладів у сфері медицини незалежно від поліморфізму психопатологічних та соматичних ознак подано достатньо чіткими формами патології. Окрім того, клінічна практика вказує на те, що психосоматичні розлади не мають чіткої й однорідної групи захворювань як за їхніми характерними ознаками, так і за відповідною етіологією. Очевидно, що суперечності в теоретичних і лікувальних підходах можуть пояснюватися тим, що фахівці обговорюють різні психосоматичні симптоми, що спровоковані ідентичними причинами. Зокрема важко

© Бамбурак Н.

запропонувати чіткі критерії, які дозволили б розділити нормальні фізіологічні реакції та функціональні психогенні розлади.

Отже, багатогранність підходів щодо проблеми класифікацій психосоматичних захворювань ґрунтується на розподілі їх за різними критеріальними ознаками, а саме: органічною симптоматикою, фізіологічними корелянтами тривожності, що посилюються через негативний вплив психологічних чинників, видозмін поведінково-вчинкових патернів (спричинюючи розвиток хвороби), та умовно бажаними симптомами, які за Aktualізують відреагування або розв'язання психологічного внутрішнього конфлікту.

Ключові слова: психосоматичні захворювання; психосоматичні дефекти; психосоматичний розлад; соматичний розлад; психічний розлад; патологія.

1. ВСТУП

Клінічну класифікацію психічних і психосоматичних розладів у сфері медицини незалежно від поліморфізму психопатологічних та соматичних ознак подано достатньо чіткими формами патології. Окрім того, клінічна практика вказує на те, що психосоматичні розлади не мають чіткої й однорідної групи захворювань як за їхніми характерними ознаками, так і за відповідною етіологією. Очевидно, що суперечності в теоретичних і лікувальних підходах можуть пояснюватися тим, що фахівці обговорюють різні психосоматичні симптоми, що спровоковані ідентичними причинами. Зокрема важко запропонувати чіткі критерії, які дозволили б розділити нормальні фізіологічні реакції та функціональні психогенні розлади.

Постановка проблеми. Згідно з концептуальними положеннями сучасної інтегративної психологічної та медичної науки, які відображають структуру психосоматичних дефектів, виокремлюють три базові аспекти психосоматичних дефектів:

- психічні розлади, що зреалізуються в соматичній сфері;
- психічні розлади, спровоковані соматичною патологією;
- соматичні розлади, зумовлені психічною патологією, аномаліями особистості та/або психогенними чинниками [1], [2].

При виникненні органічних захворювань також можуть задіюватися вторинні психосоматичні симптоми. Як буде показано в подальшому, включення в класифікацію нових категорій психічних

захворювань, в яких дається характеристика схожих розладів, не усуває всіх труднощів, що виникають у процесі діагностики.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Розглянемо класифікації психосоматичних розладів, які часто зустрічаються в науковій літературі. К. Ясперс у своїй класифікації виокремив такі групи “психосоматичних аспектів (фактів)”:

1. Соматичні відчуття, які є наявними або можуть бути спричинені у кожної людини. Вони недиференційовані та низько усвідомлені. У своїх дослідженнях про різновид соматопсихічних феноменів автор обґрунтовує відчуття, які він розглядає як патологічні, а саме: психогенна анестезія, симптоми істерії, галюцинації та псевдогалюцинації, біль, що не має органічної основи. За таких умов вони є спотвореними, оскільки відображають соматичні процеси з жорстким викривленням та без будь-якої тілесної основи, або становлять собою результати уяви. На жаль К. Ясперс залишає без уваги питання про те, наскільки вільними від фантазій є відчуття здорової особистості та заперечує корисність уміння нею відображати фізіологічні процеси у відчуттях [3].

2. Перманентні, що супроводжують будь-яку психічну активність соматичних явищ (фізіологічний вияв емоцій).

3. Соматичні хвороби, які прямо залежать від психічної активності. Виокремлюють такі їх різновиди:

– напади та непритомність (своєрідні напади психогенного характеру, як результат психозбудження);

– функціональні дисонанси в роботі внутрішніх органів (зміни голосу, слуху, фізіологічних процесів, збої у роботі серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, а також псевдоневрологічні симптоми (тремор, заїкання тощо). Клієнт вважає, що ці дефекти спричинено біологічними чинниками. Як зазначав К. Ясперс, “невроз вражає душу, яка ... обирає той чи інший орган спеціально для того, щоб виявити свою поразку ззовні” [3, с. 295];

– соматичні хвороби, які є своєрідною реакцією “душі”. К. Ясперс вказує на те, що “душа” вибирає ослаблені внутрішні органи (наприклад, астма бронхіальна, гастрит, виразкова хвороба тощо);

– дефекти комплексних інстинктивних поведінково-вчинкових патернів (дисфункції сексуальні, різкі зміни у вазі, ендокринні порушення тощо). За таких умов ця класифікація психосоматичних розладів К. Ясперса стала базовою щодо виокремлення інших чинників та різновиду інших класифікацій. Окрім того, науковець відображає всі відомі фізіологічні вияви емоцій та функціональні неврози (розлади) внутрішніх органів, які є протилежними від істеричних дефектів [3].

Значної уваги заслуговує класифікація Р. Лемке за критерієм соматоперцептивної конституції, яка притаманна будь-якому типу особистості. Аномалії соматопсихічної сфери розподіляються на чотири підвиди, а саме:

– невротатія (невротатична конституція), яка визначається такими характеристиками: гіперсенестезія в сфері тілесної перцепції гіперпатії, алгії, псевдомігрені, вроджена неповноцінність вегетативних функцій (судинні кризи, запаморочення, ортостатична неприємність, серцебиття, пітливість тощо);

– гіпостенії (підвищена стомлюваність);

– соматотонія – гіпертрофоване усвідомлення соматичного Я з гедоністичним відчуттям підвищеного тілесного тону, потребою у фізичній активності і толерантністю до надвисоких навантажень. Характерним є “культ тіла” із прагненням до підтримки бездоганної фізичної форми (здоровий спосіб життя, запозичений із популярних стереотипів);

– пропріоцептивний діатез– парадоксальність тілесної перцепції, тобто альтернативні полісистемні соматизовані та/або соматоформні розлади (тілесні фантазії, синестезії, синестоалгії) поєднуються з гіперстезією загального почуття тіла [4].

Ю. Маркова та Дж. Беріос виокремлюють сегментарну деперсоналізацію, як дефіцитарність усвідомлення тілесного Я з нівелюванням проблем фізичного здоров'я (переконаність у здатності власними силами подолати тілесну недугу) і раціональним (позбавленим емоцій) сприйняттям захворювання, яке загрожує життю [5], [6].

Окрім того, проведений аналіз наукової літератури дозволив обґрунтувати наступні аномалії соматопсихічної сфери:

1. Невротична патологія, що реалізується в соматичній сфері і не має медичного обґрунтування, містить конверсійні, соматизовані і соматоформні (або апофатичні, від *apophatic* – негативні) розлади, які диктують надмірну потребу в допомозі медиків.

2. Дисоціативний (конверсійний) розлад, що містить тілесно-патологічні відчуття (оніміння/гіперестезія окремих ділянок шкіри) і функціональні дефекти в сфері довільної іннервації з видозміною координації та моторики (психогенна афонія, парези, паралічі тощо). Характеризується перебільшеною виразністю, наочністю, нарочитістю клінічних феноменів. Маніфестація зазвичай пов'язана зі стресом у короткочасних виявах (тривалістю не більше 4 місяців), але часто повторюваних реакціях.

3. Соматизований розлад, який містить поліморфні, мінливі патологічні тілесні відчуття (синдром множинних скарг): психалгії, тахікардія, психогенний кашель, дискінезії жовчних шляхів тощо. Маніфестація частіше пов'язана з психогенними чинниками (за механізмом реактивної лабільності), тривалість зазвичай не перевищує 6 місяців.

4. Соматоформний розлад (хронічний соматоформний болючий дефект), який виявляється як ідіопатичні алгії та часто з коморбідністю з розладами тривожного і депресивного спектру, надцінними утвореннями, залежністю від ПАР (алкоголь, опіати тощо). У психопатологічно завершеній формі подано цей розлад подано синдромом обмеженої іпохондрії, як стійкі мономорфні алгії з обмеженою проекцією топографії та больовим супроводом, який захоплює процес мислення та поведінку особистості і може супроводжуватися фобіями іпохондричного характеру та вегетативними симптомокомплексами, а в подальшому ускладнюються зоровими, тактильними галюцинаціями [7].

5. Аутодеструктивна поведінка із спрямуванням до елімінації пошкодженої області (самоушкодження, хірургічне втручання). Маніфестація частіше спонтанна, менше взаємопов'язана із соматогенною

чи психогенною причиною. Тривалість – від 6 місяців до декількох років. У більшості випадків завершується повною редукацією алгічного синдрому.

6. Маскована депресія (соматизована, прихована, ларвірована, алекситемічна), як легкий депресивний стан, циклотимія, дистимія. Основними виявами депресії є туга, пригніченість тощо. Чільне місце в клінічній картині займають фасадні соматизовані та соматоформні дефекти, що перешкоджають розпізнаванню депресії. Залежно від “соматичної маски” виокремлюють органоневротичні (з функціональними розладами в межах неврозів органів), агрипнічні/гіперсомнічні і аноректичні/гіперректичні, алгічні, депресивно-больові види, які розвиваються як імпліковані психопатологічно-соматичні вади, що спричинюють тілесну видозміну, задіюючи неврози внутрішніх органів та соматоморфну дисфункцію вегетативної нервової системи [8].

7. Неврози органів, як фобічно-тривожні дефекти із симптомокомплексами вегетатики, які задіюють морфологічні субклінічні аномалії, а саме: синдром гіпервентиляції, кардіоневроз, кардіоспазм (ахалазія), синдром роздратованого кишківника, шлунка, сечового міхура тощо. Неврози органів можуть посилюватися або дублюватися симптоматикою певних соматичних хвороб (стенокардія, інфаркт міокарда, гіпертонічний криз тощо) [9], [10].

8. Кардіоневроз, основними ознаками якого є вегетативні дисфункції (біль, лабільність серцевого ритму й артеріального тиску, загострені вегетативні симптомокомплекси, запаморочення, непритомність тощо), що переважно маніфестуються як панічні напади з вітальними фобіями та страхами щодо смерті і швидкоплинним поєднанням монопатофобій, таких як інсульто-, кардіо- та танатофобія, а також можуть ускладнюватися втечею (агарофобією).

9. Гіпервентеляційний синдром, який супроводжується нападами нестачі повітря, змінами у ритмі та регулярності дихання, задишкою, аерофагією. Окрім того, він достатньо часто дублюється з панічними атаками, тривогою і кардіоневрозом.

10. Функціональні зміни роботи у шлунково-кишковому тракті, зокрема дисфагія із спазмами стравоходу, шлункові болі (нудота,

печія, блювання тощо), синдром роздратованого кишківника (запори, діарея, болі), які взаємопереплітаються з генералізованими тривожними розладами і/або канцерофобією. За таких умов відбувається приєднання соціальних фобій аж до уникнення взаємодії з іншими особистостями.

11. Неврози сечового міхура, що відбуваються з відчуттями страху нетримання сечі та феноменом агорафобії (боязнь перебувати далеко від дому, де неможливо справити фізіологічні виправлення).

12. Соматоморфний свербіж, який розгортається первинно як комплекс соматовегетативних симптомів (локальні висипки, еритеми, гіпертермії тощо) та вторинними виявами фобічно-тривожних дефектів, що мають безперервний хвилеподібний перебіг [11].

13. Синдром хронічної втоми, що відбувається не менше 6 місяців, має стійкий характер (навіть при відпочинку астения не припиняється). Синдром супроводжується слабкістю, втомою, дефіцитом енергії, дратівливістю, інсомнією або гіперсомнією, погіршенням пам'яті, уваги. У цей час загострюються такі симптоми: артралгії, міалгії, запаморочення, головні болі, підвищення температури тіла тощо. У коморбідних розладах зреалізуються тривожні, соматизовані, депресивні дефекти [8], [12].

Розглянемо класифікацію за критерієм “психічні розлади психотичного реєстру”, які закуталізуються в соматичній сфері:

– соматопсихоз, що утворюється за допомогою вісцеральних сенсопатій психотичного реєстру (галюцинації та фантазії соми, фантастичні сенсопатії, різноманітні алгії) і складних ургентних функціональних дефектів. Обґрунтовуються дизестетичні кризи з вазомоторними (прискорений пульс, високий артеріальний тиск), трофічними (діурез, блювота, зміна маси тіла тощо), термічними (пропасниця) дефектами, які в свою чергу переплітаються з тривогою, ажитацією, загрозою власного існування та страхом смерті, уявою про невиліковність хвороби, яка набуває затяжного перебігу, а її симптоми є резистентними до лікування;

– дерматозійні марення розвиваються здебільшого у літньому віці. Маніфестуються швидко як осяяння. Центральним симптомокомплексом у клінічній практиці є тактильний галюциноз з анімаційним

явищем. Сенсопатії характеризуються комплексністю, а саме – мають ознаки рухливості та предметності, супроводжуючись больовими відчуттями, такими як уколи, укуси, печіння тощо. Розлади марення є вторинними стосовно тактильного галюцинозу, такого як одержимість (зараження) паразитами, що спричиняє аутоагресивну поведінку щодо позбавлення себе від них (використання токсичних речовин, гострих предметів тощо);

– іпохондричні марення (параноя), які виникають без патології шкіри, слизових і внутрішніх органів, але супроводжуються відчуттям, що страждання має соматичну генезу, а відтак спричинено процесом самолікування, ургентною терапією та можливою аутодеструктивною поведінкою (аномальні соматичні ознаки, нюхові та тілесні галюцинації тощо);

– дисморфічні марення (своєрідна іпохондрія краси), що описуються як надумана фізична вада, яка є неприємною для оточення, із своєю переконаністю у власній потворності, деформаціях, аномаліях конституційної структури тіла. У більшості випадків породжує соціофобію, яка спричиняє відповідні форми поведінки: захисні реакції (закривання надуманих дефектів у зовнішності), уникнення (повна соціальна ізоляція, як остання форма), хірургічне втручання (пластичні операції), аутодеструкції [7], [13].

Наступна класифікація в своїй структурі має критеріальну ознаку “адаптаційні розлади, які зумовлені соматичною патологією”:

– нозогенії, що належать до розладів адаптації, виявляються широким спектром дефектів – від невротичних (компульсивні розлади, панічні атаки, генералізований тривожний розлад, дисоціативні і конверсійні зрушення) до афективних (депресії, гіпоманії) та марення. Нозогенії формуються при співучасті психогенної (стресогенний вплив соматичного захворювання, семантика діагнозу, ситуація незвичайної ситуації) і біологічної складових. Найчастіше розвиваються при важкому (як об’єктивно, так і в суб’єктивній оцінці пацієнта) перебігу хвороби. Нозогенії поділяють на реакції і розвиток. Нозогенні реакції (виникли в зв’язку з важким соматичним захворюванням) відбуваються з переважанням іпохондричних розладів – тривожно-фобічні

(у тому числі соціофобічні), іпохондричні депресії. Виокремлюються також дисоціативні і шизофренічні нозогенні реакції;

– іпохондричні фобічно-тривожні реакції, що визначаються явищами генералізованої тривоги, іпохондричними страхами (танатофобія), побоюваннями інвалідизації та задіюють дії за видом неврозу очікування діагностичних та терапевтичних процедур;

– соціофобічні нозогенні дії, котрі проявляються в особистості, як косметичний дефект, втрата зовнішньої привабливості з унікальними її поведінковими патернами в соціумі (камуфляж, звуження кола інтеракцій);

– депресивні нозогенні дії, які формуються за механізмом реакції деморалізації (відмова/відступ з пригніченістю, зниженням самооцінки, почуттям образи, безнадійності, некомпетентності) і, незважаючи на поверхневий рівень, можуть супроводжуватися суїцидальними тенденціями, у зв'язку з чим необхідними є раннє виявлення й адекватне лікування;

– дисоціативні нозогенні дії, що залежно від ступеня тяжкості розладів самосвідомості і поведінки ранжуються на три підтипи:

1) легка дисоціативна нозогенна реакція (синдром “чудової байдужості”) – бравада, навмисне заперечення занепокоєння з приводу лікування, прогнозу і результату захворювання. Однак за фасадом такого оптимізму приховані тривога, іпохондричні страхи;

2) помірна дисоціативна нозогенна дія (синдром “множинної особистості”) – фрагментарність самосвідомості з відчуженням виявів соматичної хвороби, упевненістю у помилковості діагнозу, явищами ауто- та алопсихічної деперсоналізації при мінімальному вияві латентної тривоги і зниженням комплаєнтності;

3) важка дисоціативна нозогенна реакція (синдром псевдодеменції) – тотальна дисоціація з відчуженням свідомості соматичного захворювання, що досягає ступеня повного його заперечення. Однак, незважаючи на виражені когнітивні та дисоціативні розлади (амнезії), зберігається відмінна пам'ять [14], [15];

– реакції коморбідними дисоціативними та депресивно-тривожними дефектами з альтернативним їхнім відбуванням від загострення до компенсації соматичної хвороби [4], [16];

– соматогенна астенія, що виникає при тяжких хронічних захворюваннях і може або визначати продром, або виявлятися після гострих її виявів. Відмінні властивості: гіперсомнія (частіше денна сонливість); переважання фізичної (м'язевої) слабкості зі зниженням толерантності до найменших навантажень; поліморфізм соматовегетативних розладів; посилення болів, властивих соматичному захворюванню; явища психосоматичного паралелізму (посилення астенії при погіршенні соматичного стану, послаблення при компенсації патологічних змін внутрішніх органів) [1], [17];

– соматогенні депресії, які безпосередньо пов'язані з важкої патологією внутрішніх органів (серцева, ниркова недостатність, злаякісні новоутворення з множинними метастазами), а також з органічним ураженням центральної нервової системи, хіміо- та/або променевою терапією, хірургічними втручаннями. Типові вияви: тривожно-дисфоричний афект, апатія, плаксивість, когнітивні розлади (зниження уваги, пам'яті на події минулого тощо). Виразність симптомів корелює з важкістю соматичного стану;

– соматогенні психози, що разом із загальними характеристиками відображають умови маніфестації (важка соматична і/або неврологічна патологія, хірургічні втручання, центральні токсичні ефекти терапії соматичного захворювання), порушення свідомості й явища психомоторного збудження, включають ознаки, що дозволяють розділити їх на три типи. Делірій відповідає традиційним критеріям екзогенних психозів: порушення свідомості (повна або часткова дезорієнтація в навколишньому середовищі), страх із нападами парейдолії, зоровими і вербальними галюцинаціями, мареннями, руховими збудженнями, агріпніями. Делірій редукується в міру покращення соматичного стану з формуванням ретроградної амнезії на період психозу. Упродовж 5–7 днів після завершення делірію зберігаються нестійкість настрою, пригніченість, астенія. Чинники ризику – зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, похилий вік, цереброваскулярна патологія [8].

Метою статті є здійснення психологічного аналізу щодо проблеми класифікаційних структур психосоматичних розладів.

2. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати дослідження полягають у систематизації й уніфікації знань серед багатоманіття класифікацій психосоматичних дефектів для ефективної практичної професійної діяльності психолога.

3. ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Багатогранність підходів щодо проблеми класифікацій психосоматичних захворювань ґрунтується на розподілі їх за різними критеріальними ознаками, а саме: органічною симптоматикою, фізіологічними корелянтами тривожності, що посилюються через негативний вплив психологічних чинників, видозмін поведінково-вчинкових патернів (спричинюючи розвиток хвороби), та умовно бажаними симптомами, які заaktuалізують відреагування або розв'язання психологічного внутрішнього конфлікту.

Список використаних джерел

1. Воронов М. Психосоматика: практическое руководство. Киев : Ника-Центр, 2002. 256 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П. Психосоматическая медицина / пер. с нем. Москва, 1999. 376 с.
3. Ясперс К. Общая психопатология / пер. с нем. Москва, 1997. 1054 с.
4. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела. Москва : Феникс, 2014. 350 с.
5. Шанина Г. Е. Психогигиена и психопрофилактика. Москва : Логос, 2013. 148 с.
6. Carmody T. P. Health-related behaviours: common factors : Cambridge Handbook of Psychology. *Health and Medicine. Cambridge*, 1997. P. 117–120.
7. Бурлачук Л. Ф., Грабская И. А., Кочарян А. С. Основы психотерапии : учебное пособие для студентов, которые обучаются по специальности “Психология”. Киев : Ника-центр, 2001. 320 с.
8. Психосоматика. Телесность и культура / под ред. В. В. Николаевой. Москва : Академический проект, 2009. 311 с.
9. Васюк Ю. А., Довженко Т. В., Школьник Е. Л. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии. Москва, 2009. 199 с.

10. Carver C., Harris S. How important is the perception of personal control? *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2000. Vol. 26. № 2. P. 139–150.
11. Hellhammer D. Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior. *Perspectives and Promises of Clinical Psychology*. New York & London, 1992. P. 61–66.
12. Irwin C. E. Adolescence and risk taking: how are they related? *Adolescent Risk Taking* / ed. by Bell N., Bell R. Newbury Park, 1993. P. 7–28.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Sanders D. *Counselling for Psychosomatic Problems*. London ; Thousand Oaks ; New Delhi, 1996. 160 p.
17. Sampson E. E. Establishing Embodiment in Psychology. *The Body and Psychology* / ed. Stam H. Cambridge. 1998. P. 30–52.

References

1. Voronov M. (2002). *Psikhosomatika: prakticheskoye rukovodstvo* [Psychosomatics: practical guide]. Kyev. Nika-Tsentr. 256 s. [in Russian].
2. Broytigam V., Kristian P. (1999). *Psikhosomaticheskaya meditsina* / per. s nem. [Psychosomatic medicine / translation from German]. Moskva. 376 s. [in Russian].
3. Yaspers K. (1997). *Obshchaya psikhopatologiya* / per. s nem. [General psychopathology / translation from German]. Moskva. 1054 s. [in Russian].
4. Starshenbaum G. V. (2014). *Psikhosomatika i psikhoterapiya. Istseleniye души i tela* [Psychosomatics and psychotherapy. Healing soul and body]. Moskva. Feniks. 350 s. [in Russian].
5. Shanina G. E. (2013). *Psikhogigiena i psikhoprofilaktika* [Psychohygiene and psychoprophylaxis]. Moskva. Logos. 148 s. [in Russian].
6. Carmody T. P. (1997). *Health-related behaviours: common factors* : Cambridge Handbook of Psychology. Health and Medicine. Cambridge. P. 117–120. [in English].
7. Burlachuk L. F., Grabskaya I. A., Kocharyan A. S. (2001). *Osnovy psikhoterapii : uchebnoye posobiye dlya studentov, kotoryye obuchayutsya po spetsial'nosti*

“Psikhologiya” [The basics of psychotherapy : tutorial for students studying in the specialty “Psychology”]. Kyev. Nika-Tsentr. 320 s. [in Russian].

8. (2009). *Psikhosomatika. Telesnost' i kul'tura* / pod red. V. V. Nikolayevoy [Psychosomatics. Physicality and Culture / ed. V. V. Nikolaeva]. Moskva. Akademieskiy proyekt. 311 s. [in Russian].

9. Vasyuk Yu. A., Dovzhenko T. V., Shkol'nik Ye. L. (2009). *Depressivnyye i trevozhnyye rasstroystva v kardiologii* [Depressive and Anxiety Disorders in Cardiology]. Moskva. 199 s. [in Russian].

10. 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].

11. Hellhammer D. (1992). *Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior*. Perspectives and Promises of Clinical Psychology. New York & London. P. 61–66. [in English].

12. Irwin C. E. (1993). *Adolescence and risk taking: how are they related?* Adolescent Risk Taking / ed. by Bell N., Bell R. Newbury Park. P. 7–28. [in English].

13. 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 selfefficacy for sun protection*. Health Psychology. Vol. 19. 5. P. 458–468. [in English].

14. 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].

15. 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].

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

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

Nataliia Bamburak. Psychological Analysis of the Problem of Psychosomatic Disorders Systematics

According to the conceptual provisions of modern integrative psychological and medical science, which reflect the structure of psychosomatic defects, there are three basic aspects of psychosomatic defects: psychiatric disorders, which are realized in the somatic sphere; psychiatric disorders caused by somatic pathology; somatic disorders caused by mental illness, personality abnormalities and / or psychogenic factors.

In the event of organic diseases, secondary psychosomatic symptoms may also be involved. As will be shown later, the inclusion in the classification of new categories of mental illnesses, which characterize similar disorders, does not eliminate all the difficulties encountered in the diagnosis process.

Clinical classification of mental and psychosomatic disorders in the field of medicine, regardless of the polymorphism of psychopathological and somatic features is represented by fairly clear forms of pathology. In addition, clinical practice indicates that psychosomatic disorders do not have a clear and homogeneous group of diseases, either by their characteristic features or by the appropriate etiology. It is obvious that the contradictions in theoretical and therapeutic approaches can be explained by the fact that specialists discuss different psychosomatic symptoms, which are triggered by the same reasons. In particular, it is difficult to offer clear criteria that would allow the separation of normal physiological responses and functional psychogenic disorders.

Thus, the diversity of approaches to the problem of classifications of psychosomatic diseases is based on the distribution of them according to different criteria, namely: organic symptomatology, physiological correlates of anxiety, which are exacerbated by the negative influx of psychological factors, modification of behavioral and cause effects that actualize the response or resolution of psychological internal conflict.

Key words: psychosomatic diseases; psychosomatic defects; psychosomatic disorder; somatic disorder; mental disorder; pathology.