

УДК 159.923.31 «712»

ПЕРЕТЯТЬКО Лариса Георгіївна

*кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології
Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка*

ТЕСЛЕНКО Марина Миколаївна

*кандидат педагогічних наук, доцент кафедри психології
Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка*

ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

У статті подано результати теоретичного аналізу дослідження проблеми психосоматичних розладів. Проаналізовано внесок вітчизняних і закордонних учених у вивчення даного феномену. Розглянуто науково-методичні проблеми сучасної психосоматики, пов'язані з її інтегративним характером як серед психологічних галузей, так і серед медичних.

***Ключові слова:** психосоматичні розлади, психосоматичний підхід, психосоматичні реакції, астеничний синдром, внутрішня картина хвороби.*

Постановка проблеми. У зв'язку зі зростанням психологічного навантаження і стресів у сучасному суспільстві проблема розуміння психологічного аспекту феномену здоров'я стає однією з найважливіших. Ставлення до здоров'я і хвороби, когнітивні й емоційні компоненти цього ставлення мають важливе значення у збереженні здоров'я і подоланні хвороби.

Уявлення про здоров'я людини завжди було динамічним, розвивалося паралельно з розвитком цивілізації, науки, зокрема знань про природу людини. Змінювалися також погляди на співвідношення таких понять як здоров'я і хвороба. Труднощі пошуку найбільш адекватних дефініцій зазвичай були пов'язані з необхідністю розв'язання конкретних наукових, практичних чи соціальних завдань. Відтак кожна дефініція здоров'я по суті відображає не лише зміст цього феномену, але й сучасні їй наукові та суспільні тенденції.

Аналіз основних досліджень та публікацій. З поглибленням знань в галузі фізіології, психофізіології та психічної діяльності вчені намагаються більш предметно дослідити фізіологічні і психічні феномени. Проблема взаємозв'язку соматичних функцій і психічних процесів намагались досліджувати як фізіологи (І.М. Сеченов, Г. Фехнер, І.П. Павлов, В.М. Бехтерев, П.К. Анохін, О.Р. Лурія, Н.П. Бехтерева, Ю.І. Александров, Є.Д. Хомська, С.М. Соколов), так і психологи (В. Вундт, В.М. Теплов, В.Д. Небиліцин, С.Л. Рубінштейн,

О.М. Леонтьев, А.М. Іваницький, Е.А. Констандов, П.В. Сімонов, К.В. Судаков).

Без знань про те, як людина відноситься до свого здоров'я, неможливо скласти уявлення про його внутрішню картину хвороби. Фактори, що викривлюють внутрішню картину хвороби, можуть стати основою для надмірного зосередження на своєму соматичному стані, для перебільшення окремих недуг, для виникнення деяких симптомів захворювань, наприклад, таких, як хворобливе прагнення до схуднення, виправлення реальних або уявних фізичних недоліків.

Згідно даних експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією. Серед дітей, що звертаються за допомогою до поліклінік 40-68% страждають якраз психосоматичними розладами [2].

Отже, необхідність вивчення конкретних механізмів психосоматичних кореляцій і встановлення дійсної питомої ваги психічного і соматичного у стані хворого (співвідношення органічних якихось органів і систем, з одного боку, і внутрішньої картини хвороби – з іншого) все гостріше усвідомлюється зараз у всіх галузях практичної медицини.

Проблема виявлення психофізіологічних особливостей у психосоматичних хворих є маловивченою, про що свідчить невелика кількість публікацій. У зв'язку з чим проведення досліджень у цьому напрямку є актуальним.

Мета статті полягає у висвітленні сучасних уявлень про психологічні та фізіологічні механізми формування психосоматичних розладів.

Виклад основного матеріалу дослідження. Соматичні симптоми, які неможливо пояснити органічними захворюваннями і, які не є вторинними наслідками іншої симптоматики (наприклад, депресії або панічні розлади) з 1980 року, тобто моменту введення американської класифікаційної системи DSM-III, називаються «соматоформними розладами». В медицині зустрічаються ще й поняття «функціональні соматичні порушення» [9].

У сучасній медицині під психосоматичними розладами розуміють групу хворобливих станів, що проявляються екзацербациєю соматичної патології, формуванням загальних, що виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів системокомплексів – соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відображають реакцію на соматичне захворювання.

Проблема психології соматичної хвороби завжди розглядалася у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге, впливу соматичних факторів на психіку хворого.

У зв'язку з цим в сучасних медико-психологічних дослідженнях чітко оформилися два протилежних напрямки. До одного з них відносять аналіз сутності патогенного впливу хвороби на особистість, змін перебігу психічних процесів та операціонально-технічних можливостей пацієнтів в умовах певної хронічної соматичної хвороби.

Зокрема, А. Франц вказував, що етіологічне значення для захворювання можуть мати такі фактори як спадкова схильність, родові травми, органічні захворювання раннього віку, що призводять до підвищеної чутливості певних органів, переживання негативного досвіду в дитинстві тілесної травми, особливості виховання в ранньому дитинстві, переживання негативного емоційно-травматичного досвіду, емоційний клімат в сім'ї і характерні особистісні особливості батьків, нещодавні тілесні ушкодження, нещодавні емоційні переживання, що пов'язані з інтимними, особистими і професійними взаєминами. Лише при аналізі всіх цих категорій і їх взаємодії можна отримати повну етіологічну картину [8].

Практичне значення досліджень Александра полягає в тому, що якщо специфічні психологічні особливості характерні для певних захворювань, то це дає можливість ранньої діагностики соматичного ушкодження за психологічними ознаками пацієнта.

Інший напрямок досліджень спрямований, навпаки, на аналіз особистісних рис, що виявляються задовго до маніфестації певного соматичного захворювання. Крайнім вираженням цих поглядів є концепція «специфічної особистості» у психосоматичних школах [6]. Послідовники цього напрямку вказують на той факт, що хворі на цукровий діабет мають особливу особистісну структуру, яка відрізняє їх як від хворих із іншими соматичними хворобами: так і від здорових людей.

На основі аналізу наукової літератури та наявних досліджень було встановлено, що на сьогоднішній день у сучасній психосоматичній медицині існує понад триста різноманітних концепцій психосоматичних взаємозв'язків.

Зокрема, З. Фройд за допомогою концепції істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів намагався пояснити виникнення психосоматичних розладів та визначити функцію і значення «патологічних соматичних процесів» у переживаннях і поведінці хворого. Він зараховує конверсію до витіснення, а соматичний еквівалент тривоги – до більш примітивного захисного механізму проєкції.

В теорії морбогенних стосунків матері і дитини (Г. Аммон) пояснюється, що мати, котра не змогла знайти і розвинути власну ідентичність у своїй родині, має нереалістично завищений образ ідеальної матері й ідеальної дитини, нав'язуючи дитині свої власні

несвідомі вимоги досконалості, найчастіше у формі жорсткого контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. Лише соматичне захворювання дитини дозволяє матері підтвердити своє несвідоме ідеальне уявлення про себе як про добру матір і винагородити за це дитину увагою і турботою.

Нейрогуморальна теорія розглядає більшість психосоматичних захворювань як реакції на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутрішньої рівноваги (гомеостазу), що розуміють як прояви загального неспецифічного синдрому адаптації, «стресу»

Ще в тридцятих роках ендокринолог Г. Сельє піддавав щурів різним стресогенним чинникам. З'ясувалось, що незалежно від специфіки джерела стресу, щурі починали страждати виразковими хворобами і різноманітними порушеннями роботи ендокринної системи.

На основі результатів експериментальних даних І. Павлова була побудована кортико-вісцеральна теорія походження психосоматичних розладів. На його думку не можна відмежовувати психічне від соматичного, треба завжди йти шляхом фізіологічного обґрунтування реакцій цілісного організму [5].

У світлі теорії функціональних систем П. Анохіна будь-яка емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями, а емоційні стани як у нормі, так і при соматичних захворюваннях підпорядковані причинно-наслідковим зв'язкам.

Усі ці теорії, по суті, є окремими фрагментами, які лише в сукупності наближаються до дійсно повного пояснення складних психосоматичних взаємовідносин. Кожна з них висвітлює лише якийсь один аспект проблеми, тим самим розглядаючи лише окремий випадок виникнення психосоматичних порушень.

Як результат, з'являються так звані комплексні теорії, що підкреслюють складність патогенезу психосоматичних розладів, які враховують як психологічні, так і соматичні фактори розвитку патології. Серед таких робіт можна виділити сучасну гіпотезу, що намагається пояснити природу психосоматозів, згідно якої важливим фактором у виникненні багатьох соматичних захворювань є негативні емоції, особливо ті, на які не вдалось адекватно відреагувати.

А тому негативні емоції супроводжуються фізіологічними змінами в організмі, що призводять до підвищеного артеріального тиску, підвищеного м'язового тону, надлишкового цукру в крові, гормонів (адреналіну, норадреналіну) та активізації кровообігу. У тваринному світі слідом за такою реакцією наступає моторна реакція як наслідок активізації так званих обслуговуючих систем організму. Але в умовах сучасної цивілізації, в умовах високого самоконтролю безпосередні моторні реакції відсутні, в результаті чого спочатку

порушується вегетативна регуляція внутрішніх органів а потім і їх ушкодження.

Виходячи з цього, багато вчених роблять висновки, що негативні емоції безумовно шкідливі і їх шкода особливо велика, якщо вони не реалізуються в поведінці.

Отже, сучасні психологи також визнають вплив емоцій на виникнення та перебіг різних захворювань. Будь-яка якісно окреслена емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями. Включення емоційних станів у зміст функціональної системи чітко корелює з біологічною роллю емоцій, філогенетично спрямованих насамперед на задоволенні потреби у збереженні себе. Саме емоції, один із найбільш демонстративних прикладів соматовегетативної інтеграції, детермінують усю життєдіяльність організму [4].

Першим проявом початку психосоматичної хвороби з боку емоційно-почуттєвої сфери в людини є погане самопочуття, що досить часто пояснюється нею як наслідок втоми. Якщо не змінюється ситуація, що викликала цей стан, хвороба проявляється на клінічному рівні та розширюється симптомокомплекс із боку інших психічних функцій: порушується сон, звужується коло інтересів, виснажується увага, пам'ять, знижується швидкість мисленневих операцій, спостерігається підвищена емоційна лабільність, плаксивість, вразливість [5].

Крім різних короточасних психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях, виділяють ще чотири великі групи розладів іншого гатунку [7]:

1. Конверсійні симптоми – символічне вираження невротичного (психологічного) конфлікту. Тіло тут служить, наче, сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені в несвідоме. Їхніми прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття.

2. Психосоматичні функціональні синдроми – виникають частіше при неврозах. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних і невротичних депресій часто імітують соматичне захворювання, «маскуються» під нього.

3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози) – в їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з

виразними і постійними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання звичайно набуває хронічний чи рецидивуючий характер, і вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес. Однак функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто органічних змін і захворювання набуває рис типово соматичного, фізичного страждання. Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань: 1) есенціальна гіпертонія; 2) бронхіальна астма; 3) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку; 4) неспецифічний виразковий коліт; 5) нейродерміт; 6) ревматоїдний артрит і 7) гіпертиреозидний синдром («сімка», за Alexander, 1968).

4. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки – схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я.

Практично кожне соматичне захворювання закінчується астеничним станом. Цей стан нерідко входить як один із ведучих симптомів у клініку ряду соматичних хвороб. Із медико-психологічних досліджень відомо, що усім хворим із ураженням внутрішніх органів притаманні знижений настрій і особистісна переробка інтероцептивних сигналів. Хворі схильні постійно порівнювати свій стан з тим, який був до захворювання. При цьому, залежно від преморбідних особливостей особистості, проявляються різні типи реагування на хворобу. Одні виявляють відстороненість, замкнутість, інші, навпаки, прагнуть боротися з хворобою, намагаються втрутитися в лікування.

Сучасна медицина виділяє три основні форми астеничного синдрому. Це гіперстенічна форма, форма дратівливості й слабкості, гіпостенічна форма. Ці форми можуть бути не тільки окремими, але й розглядатися як послідовні стадії астенії.

Для першої гіперстенічної форми характерна підвищена дратівливість, висока збудливість пацієнта. Він нестриманий із оточуючими, його дратують сторонні звуки, шуми, скупчення людей. Такі люди відрізняються низькою працездатністю, що пов'язано не з утомою, а порушенням процесів уваги, сприйняття, розсіяністю і неспроможністю зосередитися. У письмовій продукції зустрічаються багато помилок й описок. Невдачі та перешкоди, що виникають під час роботи, легко вибивають людину з робочого стану, змушують його відступати від наміченого плану діяльності. Все це стає причиною

того, що до кінця робочого дня людина відчуває себе втомленою і роздратованою, але фактично результат його роботи на нулі.

При другій формі астенії – дратівливості й слабкості – у хворих після бурхливого початку діяльності настає швидке її згасання, за швидким спалахом цікавості – в'ялість та апатія, за нетерплячим прагненням що-небудь зробити – настає стомленість і розчарування. Людина швидко виходить з себе, кричить, але через кілька хвилин крик може переходити в плач та психічне виснаження.

При третій, гіпостенічній формі, пацієнт відчуває психічну слабкість, апатію, втрату життєвих інтересів. Він починає страждати депресією, втрачає життєві орієнтири. Колишні інтереси перестають бути привабливими. Уже в середині робочого дня він відчуває себе нездатним до діяльності. Нові завдання здаються нездоланно важкими, а після робочого дня хворий відчуває повну неспроможність і відсутність цікавості до будь-якої роботи, читання і навіть до розваг. Характерна постійна сонливість. Сон при цьому не приносить бадьорості та відновлення працездатності [1].

Таким чином, із опису астеничного синдрому видно, що загальне зростаюче стомлення на пізніх стадіях астеничного синдрому обмежує соціальну активність та трудову діяльність людини, що в свою чергу часто призводить до патологічного розвитку особистості.

При зтяжкому та хронічному перебігу хвороби астеничний синдром призводить до істотних змін спрямованості потреб-мотиваційних процесів хворої особистості. Поступово це веде до повного підкорення всіх мотивів діяльності одному мотиву – збереження власного здоров'я та зниження інтересу до праці, сім'ї, розваг. Будь-які події у житті хворого інтерпретуються ним із позиції шкоди або користі для здоров'я.

Як указують С.Д. Максименко та Н.Ф. Шевченко, соматичне захворювання належить до тих чинників, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну структури її самооцінки, нерідко спричиняють передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. У ситуації захворювання людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе у цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби [4].

Термін «внутрішня картина хвороби» визначає відображення хвороби у психіці людини (синонімічні терміни: апопластична картина хвороби, аутопластична картина хвороби, переживання хвороби, ставлення до хвороби, реакція адаптації тощо).

Усебічне наукове вивчення проблеми реакцій хворого на своє захворювання розпочалося з праць німецького лікаря А. Гольдшейдера. Він уперше описав відчуття, переживання та уявлення хворого про свою хворобу і назвав їх аутопластичною

картиною захворювання. А. Гольдшейдер виокремив два рівні у картині захворювання: «сенситивний», який виникає на основі відчуттів, та «інтелектуальний», що є результатом розмірковувань хворого про свій фізичний стан [3]

В.В. Ніколаєвою (1976) схема внутрішньої картини хвороби була доповнена емоційним і мотиваційним компонентами, які диференціюють її опосередкований, психологічний бік. У її роботах виокремлюються 4 рівні суб'єктивної картини хвороби:

1) рівень безпосередньо чуттєвого відображення хвороби (обумовлені хворобою відчуття і стани);

2) емоційний (афективний) рівень (безпосередні емоційні реакції на обумовлені хворобою відчуття й емоційні реакції на наслідки хвороби у житті людини);

3) інтелектуальний (когнітивний) рівень (знання про хворобу, роздуми про її причини, можливі наслідки, раціональна оцінка захворювання). Це концепція хвороби, яку створює сам хворий;

4) мотиваційно-поведінковий рівень (виникнення нових мотивів і перебудова преморбідної мотиваційної структури, тобто тієї, яка була до хвороби, зміна поведінки і образу життя в умовах хвороби, дії, спрямовані на повернення здоров'я).

Патологічний процес в організмі двояко бере участь у побудові суб'єктивної картини хвороби. Ступінь участі біологічного радикалу в установці внутрішньої картини хвороби визначається важкістю клінічного прояву цієї хвороби. Окрім того, хвороба дещо змінює життєву ситуацію пацієнта, що включає в себе процедуру обстеження, спілкування з лікарями, нові відносини у сім'ї та на роботі, процедуру лікування. Все це формує суб'єктивну оцінку хвороби, робить її цілісною і структурованою картиною.

Новим методологічним інструментом вивчення психосоматичних розладів є синергетика – міждисциплінарна наука про розвиток і самоорганізацію. Синергетика – (від гр. *synergetikos* – сумісний, узгоджений, діючий), науковий напрямок, що вивчає зв'язки між елементами структури (підсистемами) [8].

Життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується на різних, але взаємозалежних між собою рівнях функціонування. У цілому виділяють три досить специфічних рівні життєдіяльності: біологічний, психологічний і соціальний.

І на кожному з названих рівнів здоров'я людини має особливості свого прояву. Здоров'я на біологічному рівні припускає динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища. Якщо питання профілактики здоров'я, зміцнення захисних сил організму й лікування хвороб віддавна перебувають у полі зору традиційної медицини, то

уявлення про сутність і шляхи забезпечення здоров'я, пов'язаного з психологічним рівнем, поки що не можуть бути визнані як задовільні.

Здоров'я на психологічному рівні так чи інакше пов'язане з особистісним контекстом, у рамках якого людина з'являється як психічне ціле. Основне завдання цього рівня – зрозуміти головне: що таке здорова особистість. За визначенням психіатра С.С. Корсакова, чим гармонійніше об'єднані всі істотні властивості, що складають особистість, тим більше вона стійка, урівноважена і здатна протидіяти впливам, що прагнуть порушити її цілісність. Благополуччя в психічному здоров'ї особистості може бути порушене домінуванням певних та негативних за своєю суттю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо.

Здоров'я на соціальному рівні розуміється досить умовно, тому що психологічні властивості особистості просто не існують поза системою суспільних відносин, у яку вона включена.

Розробники системно-динамічної концепції, П.І. Сидорова та І.А. Новікова, в своїх роботах переконують, що для розвитку психосоматичного захворювання необхідні етапи соціо- психо- і патогенезу. Соматогенез передбачає розвиток систем і функцій організму; психогенез – розвиток психічних функцій; соціогенез – розвиток соціальних ролей і відношень. Модель передбачає мультидисциплінарний і інтегральний підхід до комплексних і складних причинно-наслідкових відносин.

Спочатку виникає напруженість і дисбаланс в багаторівневій системі соціуму, передусім стресор, специфічний для кожної особистості. Специфічність визначається тим, що стресовий фактор супроводжується «вітальним страхом», оскільки розпізнається як загроза благополуччю, пов'язаної зі збігом стресора із значимою життєвою сферою, яка формується в ранньому дитинстві, в процесі соціалізації, і залежить від особливостей виховання дитини.

На думку авторів, їхня концепція враховує всі зовнішні і внутрішні фактори у виникненні психосоматичних захворювань. Психотерапевтичний підхід, що базується на цій концепції, дає можливість позитивного впливу на перебіг психосоматичних захворювань, оскільки спрямований на етіопатогенетичні механізми їх виникнення, відкриваючи нові можливості і перспективи під час допомоги хворим з психосоматичною патологією [7].

Висновки та перспективи подальших розвідок. Прогресуюча кількість випадків захворюваності психосоматичними недугами, невисока ефективність традиційного лікування, низька якість їхнього життя, а також необхідність впровадження високоефективних методик етіопатогенетичної психотерапії психосоматичних розладів диктує необхідність подальшого вирішення, передусім тих питань, що

пов'язані з механізмами виникнення психосоматичних розладів, методами досліджень, а також наданням ефективної медичної, психологічної та соціальної допомоги.

Список використаних джерел

1. Бамдас Б.С. Астенические состояния / Б.С. Бамдас. – М. : МЕДГИЗ, 1961. – 206 с.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе // Новости медицины и фармации. – 2002. – №1–2. – С. 5–6.
3. Лакосина Н.Д. Клиническая психология / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова – М. : Мед.прес.-информ, 2005. – 416 с.
4. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Навчальний посібник / С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко – Київ : Ніжин, 2007. – 115 с.
5. Основи загальної і медичної психології / За ред. І.С. Вітенка і О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.
6. Перетятко Л.Г. Співвідношення норми та здоров'я у сфері психічної діяльності / Л.Г. Перетятко // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Формування здорового способу життя студентської молоді : реальні та перспективи. – Полтава : ПДПУ, 2003. – С. 126–127.
7. Сидоров П.И. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний / П.И. Сидоров, И.А. Новикова // Социальная и клиническая психиатрия. – Т. 17. – Вып. 3. – М., 2007. – 112 с.
8. Харченко Д.М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник / Д.М. Харченко. – К. : Видавничий дім «Слово», 2015. – 280 с.
9. Rief W. & Hiller, W. (1992.). Somatoforme Storungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Bern: Huber

L. Peretiako, M. Teslenko

PSYCHOSOMATIC DISORDERS: PRESENT STATE OF THE PROBLEM

The article presents the results of theoretical analysis of the psychosomatic disorders problem. The authors pointed that the problem of somatic disease psychology has been always seen in two aspects: firstly, in terms of psychological factors impact to the person's somatic sphere and secondly, in terms of somatic factors impact to the patient's psychics.

In this regard two opposing directions took shape clearly in present medical and psychological studies. One of them includes analysis of the nature of pathogenic impact of disease to the individual, changes in the course of mental processes and the operational and technical capacity of a patients in terms of certain chronic somatic disease.

Basing on the analysis of scientific literature and existing studies it was found that there are over three hundred of different concepts of psychosomatic relationships in modern psychosomatic medicine today. In particular they are the theory of conversion disorder (S. Freud), theory of morbogetic relationship of

mother and child (H. Ammon) neurohumoral theory (H. Selye), cortical-visceral theory, functional systems theory (P. Anokhin).

All these theories are essentially separate fragments, which approach to real full explanation of complex psychosomatic relationships only in conjunction. Each of them reveals only one aspect of a problem, thus considering just a single case of psychosomatic disorders appearance.

The so-called complex theories appear as a result. They emphasize the complexity of psychosomatic disorders pathogenesis, taking into account both psychological and somatic factors of disease progress.

Synergetics is a new methodological mean for the study of psychosomatic disorders. It is an interdisciplinary science which deals with the development and self-organization. The system and dynamic conception of P. Sydorov and I. Novikov is a multidisciplinary and integral approach to the psychosomatic diseases progress through the stages of psychogenesis, sociogenesis and pathogenesis.

Progressive number of psychosomatic disease cases, low efficiency of traditional treatment, poor quality of life and the need to implement highly efficient methods of etiopathogenetical psychotherapy of psychosomatic disorders require further study of primarily the issues related to mechanisms of psychosomatic disorders appearance, research methods and providing effective medical, psychological and social help.

Keywords: *psychosomatic disorders, psychosomatic approach, psychosomatic reactions, asthenic syndrome, internal picture of the disease.*

Надійшла до редакції 1.05.2017 р.