



СЕРІЯ «Психологія»

УДК 159.922

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-6\(24\)-545-558](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-6(24)-545-558)

Бочелюк Віталій Йосипович доктор психологічних наук, професор, Заслужений працівник освіти України, професор кафедри соціальної роботи та психології, Національний університет «Запорізька політехніка», вул. Тургенєва, 39, м. Запоріжжя, 69063, тел.: (066) 292-43-47, <https://orcid.org/0000-0001-8727-3818>

Панов Микита Сергійович доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри спеціальної освіти та психології, Комунальний заклад вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, вул. Наукового містечка, 59, м. Запоріжжя, 69017, тел.: (050) 936-10-29, <https://orcid.org/0000-0002-5085-8895>

Спицька Ліана Вікторівна доктор психологічних наук, професор, професор кафедри практичної психології та соціальної роботи, Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля, проспект Центральний 59-а, м. Сєвєродонецьк, 93406, тел.: (096) 760-26-45, <https://orcid.org/0000-0002-9004-727X>

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОСОМАТИКИ

Анотація. У статті представлено огляд теоретичних основ психосоматики у історичній динаміці. Визначено особливості розвитку психосоматики як науки, які можна умовно об'єднати у декілька блоків: допсихологічний, психологічний та медичний. Накопичені наукові знання надали можливість психосоматиці зайняти її місце у системі наук, проте і досі залишається багато перспектив для подальших досліджень. Це також стосується методологічних та методичних засад психосоматики. У статті описано методологічні проблеми з якими стикається наука, представлено перелік методів наукового дослідження у психосоматиці та методик діагностики психосоматичних розладів. Особлива увага приділяється діагностики психосоматичних захворювань, оскільки саме із цим питанням стикається медична та психологічна практика. Для постановки



діагнозу «Соматоформний розлад» потрібна одночасна наявність усіх наступних ознак без виключення: відсутні дані про істотне структурне або функціональне порушення органу або системи; симптоми захворювання тісно пов'язані з неприємними життєвими обставинами, труднощами та конфліктами; заклопотаність і засмученість з приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органу або системи, причому повторні пояснення і переконання на цей рахунок лікарів залишаються безрезультатними. Лікарі усіх інших спеціальностей можуть запідозрити наявність психічного розладу, встановити діагноз психологічного розладу, направити на додаткові консультації фахівців, у тому числі лікаря-психіатра, проводити терапію самостійно у межах клінічних настанов та уніфікованих протоколів або у співпраці із лікарем-психіатром чи іншими фахівцями. Втім, оцінка певного психопатологічного феномену за діагностичною шкалою не є тотожною діагнозу психічного розладу, але дозволяє визначити ступінь порушення і обґрунтувати обсяг терапії.

Ключові слова: психосоматика, теоретичні засади психосоматики, історія психосоматики, методологічні проблеми, методи наукових досліджень, методи діагностики, психосоматичний розлад.

Bocheliuk Vitalii Yosypovych Full Doctor in Psychology, Professor, Honored Education Worker of Ukraine, Professor at the Department of Social Work and Psychology, Zaporizhzhia Polytechnic National University of «Zaporizhzhia Polytechnic» National University, Turhenyeva St., 39, Zaporizhzhya, 69063, tel.: (066) 292-43-47, <https://orcid.org/0000-0001-8727-3818>

Panov Mykyta Serhiyovych Full Doctor in Psychology, Assistant Professor, Professor at the Department of Special Education and Psychology of Municipal Institution of Higher Education «Khortytsia National Educational Rehabilitation Academy» of Zaporizhzhia Regional Council, Naukovoho mistechka St., 59, Zaporizhzhya, 69017, tel.: (050) 936-10-29, <https://orcid.org/0000-0002-5085-8895>

Spytska Liana Viktorivna Full Doctor in Psychology, Professor, Professor at the Department of Practical Psychology and Social Work of Volodymyr Dahl East Ukrainian National University, 59A, Central Prospect, Severodonetsk, 93406, tel.: (096) 760-26-45, <https://orcid.org/0000-0002-9004-727X>

THEORETICAL-METHODOLOGICAL FUNDAMENTALS OF PSYCHOSOMATICS

Abstract. The article presents an overview of the theoretical foundations of psychosomatics in historical dynamics. The peculiarities of the development of



psychosomatics as a science that can be conditionally combined into several blocks: pre-psychological, psychological and medical. Accumulated scientific knowledge has enabled psychosomatics to take its place in the science system, but there are still many prospects for further research. This also applies to the methodological and methodological foundations of psychosomatics. The article describes the methodological problems faced by science, presents a list of research methods in psychosomatics and methods for diagnosing psychosomatic disorders. Particular attention is paid to the diagnosis of psychosomatic diseases, as this is the issue facing medical and psychological practice. To diagnose «Somatoform disorder» requires the simultaneous presence of all the following signs without exception: there is no evidence of significant structural or functional disorders of the organ or system; symptoms of the disease are closely related to unpleasant life circumstances, difficulties and conflicts; concern and frustration about a possible serious (but often undefined) disease of this organ or system, and repeated explanations and persuasions on this account of doctors remain ineffective. Physicians of all other specialties may suspect a mental disorder, diagnose a psychological disorder, refer for additional consultation with specialists, including a psychiatrist, conduct therapy independently within clinical guidelines and uniform protocols, or in collaboration with a psychiatrist or other specialist. However, the assessment of a certain psychopathological phenomenon on a diagnostic scale is not identical to the diagnosis of a mental disorder, but allows determining the degree of disorder and justifying the scope of therapy.

Keywords: psychosomatics, theoretical principles of psychosomatics, history of psychosomatics, methodological problems, research methods, diagnostic methods, psychosomatic disorder.

Постановка проблеми. Психосоматичні розлади є достатньо поширеними, більше того їх кількість постійно зростає через зростаючу стресогенність суспільства. За статистикою третина хворих, що звертаються за медичною допомогою, первинно страждали від емоційних розладів. Статистичні дослідження вказують, що частота психосоматичних захворювань коливається від 15% до 60% від загальної чисельності населення, а кількість психосоматиків серед пацієнтів лікарень становить 38-42% [4]. Не дарма питання зв'язку тілесного та душевного цікавило лікарів та мислителів ще з античних часів. Першими лікарями, що застосовували ідеї психосоматики були Гіпократ, Авіценна та інші. Втім у науковий дискурс поняття психосоматики та соматопсихології увійшли лише у 1922 році. Протягом сторічного розвитку психосоматики як наука пройшла стрімкий час та здобула багато наукових досягнень, проте ще більше актуальних питань постають перед науковцями.



Психосоматика є напрямом у медицині та психології, що займається вивченням впливу психологічних факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних захворювань. В основі психосоматики лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що вражаються. У рамках психосоматики досліджувалися і досліджуються зв'язки між характеристиками особистості (конституціональні особливості, риси характеру і особистості, стилі поведінки, типи емоційних конфліктів) і тим чи іншим соматичним захворюванням. Популярна думка, що всі хвороби людини виникають унаслідок психологічних невідповідностей і розладів, які виникають в душі, в підсвідомості, в думках людини. **Мета даної статті** – представити аналіз теоретико-методологічних та методичних засад науки психосоматики.

Виклад основного матеріалу. Як і сама наука психологія, психосоматика характеризується досить короткотривалою історією та значною передісторією розвитку. Її базові теоретичні основи криються далеко в історії людства. Ще лікарі Давнього Китаю та Давньої Індії знали, що більшість захворювань викликані негативними переживаннями [7]. Проблематикою психосоматики займалися античні філософи (натурфілософи-матеріалісти, стоїки, піфагорійці, школи Сократа, Платона, Арістотеля), розглядаючи її через одвічну дилему матеріалізму та ідеалізму. Та незважаючи на природу душевного та тілесного, антична психологія заклала такі теоретичні основи психосоматики:

- Душевне та психічне знаходяться у тісному зв'язку (душа – причина руху тіла (Демокрит),
- Чинником виникнення соматичних проблем є афект (стоїки),
- Задля уникнення ризику психосоматичних розладів необхідним є катарсис афектів (Арістотель) [6].

Важливий внесок було внесено давніми лікарями. Гіпократова ідея про дисбаланс рідин як основа темпераменту не підтвердилась у медицині, проте для психосоматики важливою стала думка, що хвороби людини пов'язані із темпераментом та характером людини. Середньовічного арабського лікаря Авіценну по праву можна назвати першим дослідником з психосоматики, адже саме ним було здійснено перші наукові експерименти у цьому напрямку. Один з експериментів стосувався дослідження душевної причини тілесного виснаження юнака. Лікар фіксував збільшення пульсу хлопця при появі афективної реакції, що гіпотетично може викликати захворювання. Інший експеримент доводить стресогенну природу тілесних проблем. У ході дослідження вчений давав їжу двом баранам, один з яких перебував у комфортних умовах, а інший отримував таку ж кількість їжі такої ж якості, але



поруч із прив'язаним вовком. Попри нормальне харчування цей другий баран почав худнути та незабаром загинув.

Зв'язок між тілесним та психічним, а саме між позою, мімікою та емоційним станом досліджував Леонардо да Вінчі [6]. Французький філософ Р. Декарт відстоював ідею дуалізму тіла та психіки, відкидаючи ідею про їх взаємозв'язок. Більше того, на його думку духовне та тілесне знаходяться у постійній конфронтації. Проте важливою ідеєю вчення Р. Декарта для психосоматики є поява проміжної ланки – мозку. Фізичні процеси в мозку філософ розцінював як такі, що впливають на ментальні явища й навпаки: психічні події називав причинами фізичних процесів [7]. Вагомим внеском стали дослідження з психофізики Г. Фехнера, на основі яких було сформульовано закон зв'язку між мозком та тілом, що зі збільшенням інтенсивності подразника в геометричній прогресії інтенсивність відчуття зростає в арифметичній [6].

Зазначені вище теоретичні основи психосоматики можна назвати допсихологічним етапом розвитку цієї науки, адже ідеї психосоматики розглядалися у межах філософії, механіки, медицини.

Наукового інтересу психосоматична проблема набула лише у 1818 році, коли І. Хайнротом було введено термін «психосоматика», а у 1828 році К. Якобі вперше застосував споріднене поняття «соматопсихіка» [1]. У своїх працях І. Хайнрот стверджував, що всі збої в організмі є наслідком людських «пороків», вбачав психосоматичні причини у появі безсоння та визначив низку захворювань, що спричинені психогеніями (туберкульоз, епілепсія, рак тощо), тим самим на сторіччя випередивши представників психологічної науки в поясненні соматичних симптомів розладами в сприйнятті дійсності.

Втім, загальнозживаним термін «психосоматика» став лише у 1927 році, коли німецький психіатр М. Якобі сформулював концепцію психосоматичного статусу особистості, яка й досі залишається однією з основних. Її сутність полягає в тому, що нерідко схильність до психосоматичних захворювань особа отримує з раннього дитинства. Такі несприятливі зовнішні чинники як занадто критичне ставлення батьків, напружена психологічна атмосфера в сім'ї та інші в своїй сукупності чинять тиск на дитину, відповідно, психічно травмують її та формують хворобливий стан її психіки. Не звертаючи уваги на це або внаслідок деформованих уявлень про норму (вважаючи цей стрес неодмінною складовою життя), особа може постійно страждати, навіть не помічаючи цього. Таким чином, не розуміючи причин своїх страждань, людина відносить їх виключно до медичних проблем зі станом свого фізичного здоров'я [7].

Сучасні дослідники вказують на 3 наукових напрямки, які заклали теоретичну основу психосоматики. До них належать: психоаналіз, теорія



кортико-вісцеральної патології та концепція мобілізації Кеннона. Сюди ж варто віднести теорію стресу Г. Сельє [1].

Значний розвиток психосоматичних знань відбувався у рамках психології. При цьому вагомий внесок було внесено З. Фройдом та психоаналітичною теорією. Хоча З. Фройд ніколи не вживав терміну «психосоматика», його концепція полягає у тому, що пригнічені в результаті психічної травми спогади прагнуть звільнення через соматичні симптоми, що є механізмом витіснення зі сфери свідомості неприйнятних думок і потягів. Такий феномен отримав назву конверсії психічного та тілесного [7, с. 24]. На основі цих положень, психоаналітична концепція почала широко використовуватися для пояснення причин різних захворювань. Так, у 1908 р. Штегман та у 1913 р. Федерн оприлюднили психоаналітичній спільноті випадки з астмою. У 1907 р. К. Юнг проводить дослідження соматичних реакцій-відповідей на зміни емоційного стану та встановлює тісний взаємозв'язок: стану здоров'я особи та вектору (піднесеного чи пригніченого) її емоцій; психічних особливостей людини та її тілесних характеристик. Таким чином, він збагатив уявлення про психосоматику виявленням не лише реактивного фізичного стану, а й наявності стійких соматичних утворень внаслідок відповідної психічної діяльності. Теоретичні основи психосоматики також становлять такі теорії психоаналітиків: концепція «соматичної мови» Ф. Дейч, концепція «кола образів» В. Вейтгера, дослідження Г. Шульц-Хенке, П. Федерн, Е. Якобсон, М. Спелінг, А. Гарма тощо [6].

Певний час медицина ігнорувала психосоматику, звертаючи увагу лише на фізичний стан особистості, проте саме у рамках медицини психосоматика однозначно сформувала своє коло інтересів. Із виникненням такої галузі знання, як «психосоматична медицина» або «психосоматичний напрямок в медицині» з'явилися терміни, які описують зв'язок соматичних та психічних процесів: психосоматичні співвідношення, психосоматичні взаємодії, психосоматична єдність та ін. Психосоматичний напрям в надрах медицини визначив, насамперед, відповідне коло клінічних феноменів, тобто ті розлади або захворювання, в генезі та динаміці яких істотну роль грають психологічні чинники. У центрі уваги дослідників-клініцистів виявилися: психогенні конверсійні розлади, психовегетативні порушення в структурі неврозів та маскованих депресій, захворювання психосоматичної специфічності, вторинні психогенні порушення тілесних функцій у хворих з хронічними соматичними захворюваннями, а також зміни психіки, що обтяжують перебіг основного (соматичного) захворювання [1].

На вітчизняних теренах психосоматика розвивалась саме у рамках медицини та фізіології. На велику роль психіки у перебігу соматичних хвороб наголошували лікарі М. Пирогов, О. Остроумов, С. Боткін. Ґрунтовні



дослідження зв'язку між мозком, психікою та тілесністю здійснювали М. Введенський, О. Ухтомський, І. Павлов та ін. Першим російським психосоматиком називають Ю. Каннабіха, який за результатами своїх спостережень висловив думку про те, що багато соматичних захворювань, поряд із психічними, є проявом одного і того ж патологічного процесу [7].

У 1939 році під редакцією А. Данбар почав видаватися журнал «Психосоматична медицина». А. Данбар вважала, що психосоматичні реакції є похідними від профілю особистості хворого і зумовлюють певні соматичні розлади. Вона виділила коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний до ушкоджень типи особистості, але вважала, що психосоматичний підхід може бути застосовано до усіх хвороб.

Найбільш помітною фігурою у психосоматичній медицині є Ф. Александер. Він підкреслював значення психодинамічного конфлікту у природі психосоматичного профілю. Важливими в етіології психосоматичних захворювань він називав такі фактори: успадкована чи рано набута органна чи системна недостатність; психологічні паттерни конфлікту та психологічний захист, який формується у ранньому дитинстві; актуальні життєві ситуації. Ф. Александер сформулював «загальну динамічну формулу» генези психосоматичних захворювань: при витісненні певних імпульсів чи гальмуванні їхнього адекватного виразу в міжособових стосунках розвивається хронічне емоційне напруження, яке чинить постійний вплив на певні вегетативні функції. Важливим положенням також є концепція «логіки емоцій» Ф. Александера, яка полягає у тому, що у всіх психічних процесах можна спостерігати взаємодію та взаємозв'язок психічних тенденцій, що характеризуються прагненням до прийняття, заковтування; виділення, виключення, використання; утримання [6]. Йому належить і загальновідома «велика сімка» психосоматичних захворювань.

Доповнившись дослідженнями у сфері медицини, психосоматика посіла своє почесне місце у царині наук. Використання психосоматичних знань у медицині надало можливість перейти від теоретико-філософських міркувань до потреб практики і наданні реальної допомоги хворим. Хоча й спричинило одну із наукових проблем, адже довгий час увагу психосоматики було приділено патології, і лише зараз сучасними вченими розробляються питання психосоматики норми.

Усі концепції щодо психосоматичної природи захворювань, які склалися в історії науки можна поділити на такі групи: 1) психоаналітичні – присвячені взаємодії суперечливих аспектів особистості (інстинкту, розуму та свідомості); 2) психофізіологічні – ґрунтуються на постулаті єдності мозку, психіки та тілесних проявів; 3) психодинамічні – орієнтовані на встановлення особистісної специфіки походження та перебігу психосоматичних розладів [7].



Низка сучасних теорій поєднують в собі психоаналітичні та когнітивні моделі:

1. Алекситимічна теорія стверджує, що в основі психосоматики лежить нездатність до усвідомлення емоцій та словесного виразу почуттів.
2. Модель ресоматизації пояснює психосоматику як повернення до дитячий способів емоційного реагування, оскільки дитина виражає свої емоції усім тілом.
3. Соматизація невідрагованих негативних емоцій може розглядатись як злам механізмів психосоматичного захисту чи як варіант захисту.
4. Теорія контролю акцентує увагу на вторинному зиску психосоматичних порушень як інфантильному способі контролю поведінки з боку оточення.

На основі кожної з теорій формуються відповідні методи надання психотерапевтичної допомоги. Кожний напрямок психотерапії має своє бачення щодо лікування психосоматичних розладів відповідно до свого теоретичного базису.

Велика кількість теорій психосоматичних розладів не формує єдиної прийнятної картини, яка була б зрозумілою у користуванні та зручною як для психологів, психотерапевтів, такі і для лікарів загальної практики та психіатрів. Українськими вченими В. Огоренко та А. Шорніков зроблено спробу створення інтегративного підходу щодо генези психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість. Розглянемо її детальніше. Основною причиною виникнення психогенних розладів є стресова подія у зовнішньому світі. Виходячи з психодинамічної структури особистості, автори використовують психоаналітичну структуру особистості: Супер его, Его та Воно. Стрессова подія у зовнішньому світі призводить до вираженої невідповідності між концепціями «Я ідеальне» у Супер его та «Я реальне» в Его, тобто виникає невідповідність між очікуваннями та реальністю, між внутрішніми стандартами та вимогами й дійсністю. При цьому ця невідповідність здається для індивіда такою, яку не можна подолати доклавши час, зусилля або певні засоби. Поява такої невідповідності призводить до формування внутрішньоособистісного конфлікту, який, в свою чергу, проявляється тривогою. Ця тривога є першою фазою стресу за Г. Сельє. Таким чином, на цьому етапі ми маємо перехід від психічних до фізіологічних процесів та початок формування підґрунтя для психосоматичних розладів.

Надалі психіка особи має щось робити з тривогою, яка з'явилася в «Его». На цьому рівні ми бачимо два можливих розвитку подій. Якщо тривога в повній мірі усвідомилась, то можливо використання певних копінг-стратегій. Виділяють наступні напрямки копіngu: проблемно-орієнтований та суб'єктноорієнтований. З інших позицій можуть виділяти такі варіанти



копінг-стратегій: вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, уникання. Копінг-стратегії позбавляють особистість від тривоги. Використання малоадаптивних стратегій, коли тривога не повністю долається, або тривала дія психотравмуючого фактору, коли тривога постійно «підживлюється» від внутрішньоособистісного конфлікту, можуть у підсумку призводити до дезадаптації. Другий варіант починає діяти, якщо особа не почала свідомо щось робити для подолання тривоги, що з'явилася. Тут включаються механізми психологічного захисту від тривоги. Виділяють наступні механізми:

- незрілі (примітивні): заперечення, бігство, регресія, ідентифікація, ідеалізація, фантазування, пасивна агресія;
- невротичні: витіснення, дисоціація, конверсія, соматизація, проекція, раціоналізація, реактивне утворення, заміщення;
- зрілі: сублімація, альтруїзм, гумор, співпереживання;
- постійні: ізоляція, інтелектуалізація, педантизм, гумор.

При цьому, не всі з описаних А. Фройд механізмів можуть приводити до розвитку психосоматичних розладів, а навпаки - більшість з них спрямовані на повне несвідоме подолання тривоги без наслідків для особистості та організму. Проте деякі механізми захисту у певній послідовності можуть призводити до психосоматичних розладів. Першим таким механізмом є витіснення. Завдяки цьому механізму захисту тривога витісняється з свідомого («Его») у несвідоме («Воно»). Його наслідками є збереження тривоги в особистості, але без її усвідомлення, тобто усі фізіологічні зміни, які властиві для тривоги і стресу відповідно, зберігаються, але особа вже не усвідомлює тривоги. Надалі на тривогу, що витіснилася з «Его» у «Воно» продовжують діяти інші захисні механізми. Якщо починає впливати такі механізми, як конверсія та дисоціація, то це призводить до виникнення конверсійних та дисоціативних розладів. Якщо на тривогу, що знаходиться у «Воно», починає діяти такий механізм, як соматизація, то це спочатку призводить до виникнення функціональних психосоматичних розладів, які відповідно до МКХ-10 є соматоформними розладами (F45). При тривалому збереженні функціональних розладів можливе формування «органічного порочного кола», після формування якого функціональні розлади перейдуть у органічні психосоматичні розлади [2].

Якщо з теоретичної точки зору створюються різноманітні інтегративні теорії для знаходження «золотої середини» та об'єднання різноспрямованих наукових позицій, то з методологічної точки зору все набагато складніше. Дослідження психосоматики у сфері медицини базується на природничо-наукових принципах. Психологія ж займає проміжне місце між природничо-науковими та філософськими науками, чим і була спричинена методологічна криза у самій психологічній науці. Використання методів природничо-наукових досліджень, які використовуються у медицині, неможливо повною мірою у



психологічних дослідженнях. Таким чином, існують явища, які ми чітко розуміємо на інтуїтивному рівні, а от організація наукового дослідження у сфер психосоматики має певні труднощі.

Л. Шелег зазначає, що методологічні підходи в дослідженні психосоматичного статусу особистості повинні ґрунтуватися на загальних методологічних засадах наукового пошуку – фундаментальних принципах, за допомогою яких забезпечується єдність і цілісність методології дослідження (принципи об'єктивності, комплексності, конкретності, методологічного плюралізму та ін.); принципах, що визначають особливості наукового пошуку в межах психологічного знання (принципи детермінізму, єдності свідомості і діяльності, розвитку та ін.); сукупності методів, що забезпечували б релевантність одержаних результатів сформульованим завданням. Це дозволяє реалізувати гносеологічну, рефлексивну, творчо-евристичну та праксеологічну функції наукового пізнання [7].

Для психосоматики характерними є такі типові моделі дослідження:

1. Метод поперечних зрізів - психічні і тілесні характеристики вимірюються одночасно. Метод привабливий внаслідок малих часових витрат, проте може забезпечити точною інформацією про причинно-наслідкові зв'язки. Вплив психологічних чинників стан здоров'я визначається за допомогою статистичних процедур. Загалом, подібним чином побудовано більшість досліджень психології, однак необхідно враховувати, що захворювання розвивається зазвичай протягом тривалого часу, здійснюючи при цьому безперервний вплив на психіку людини. Тому є абсолютно некоректною є спроба обговорення психологічних особливостей хворого або зовнішніх чинників, які впливають на нього як можливих причин захворювання.

2. Лонгітюдний метод. На початковому етапі дослідження вимірюються психологічні та соціальні фактори, що впливають на випробуваних: особистісні характеристики, стан здоров'я, на підставі чого всі вони поділяються на певні групи. Потім ведеться спостереження, зазвичай декількома спеціалістами. Через певний час знову вивчається та зіставляється стан здоров'я піддослідних, що належать до різних груп. Найбільш відомі лонгітюдні дослідження в області психосоматики були присвячені зв'язку поведінкового типу «А» з ішемічною хворобою серця та ролі депресії у виникненні онкологічного захворювання. На відміну від методу поперечних зрізів лонгітюдний метод дозволяє підтвердити вплив психічних процесів на соматичні за рахунок розведення вимірів у часі, проте застосовувати його дуже складно. Спостерігаючи за піддослідними протягом довгого часу, доводиться відстежувати та контролювати вплив на їх здоров'я величезної кількості факторів. Крім того, дія однієї й тієї ж причини може викликати як саме захворювання, так і гіпотетично пов'язані з ним особистісні особливості.



3. Експеримент. Будучи загально визнаним у рамках об'єктивного підходу способом виявлення причинно-наслідкових відносин, метод експерименту не дозволяє повною мірою вивчати психосоматичні зв'язки. У тому випадку, коли він проводиться на тваринах, незрозуміло, що фіксується як психологічні фактори, і чи можна використовувати результати досліджень для пояснення хвороб людини. Крім того, в експериментах зазвичай демонструються досить короточасні зміни у тілесних процесах, які не обов'язково можуть призвести до хвороби.

4. Оцінка ефективності. Передбачається, що якщо та чи інша психологічна інтервенція, спрямована на вирішення конкретної проблеми, була ефективною (поліпшився стан здоров'я, змінилася поведінка), то дана проблема може розглядатися як етіологічний фактор. У галузі психосоматики широко відоме дослідження Д. Шпігеля із співавторами, присвячене оцінці ефективності терапії пацієнтів, які страждають на рак. Цей метод також використовується для виявлення факторів безпечної та ризикованої поведінки. Проблема полягає в тому, що слід розуміти під ефективністю впливу, а також у необхідності постійно враховувати вплив побічних чинників результат втручання.

5. Наративний аналіз. Наратив – це структурований дискурс (текст або оповідання), в якому у формі історії пов'язуються у певній послідовності дійові особи та події. У якості оповідання можуть бути розглянуті і усне оповідання, і написана історія, та певний ланцюжок (структура) дій. Важливими особливостями наративу є:

- конструйований і переданий за його допомогою особистісний сенс;
- вплив, який він чинить на аудиторію,
- вплив, який він відчуває з боку аудиторії;
- наявність однієї або декількох сюжетних ліній;
- вплив на почуття самоідентичності;
- стратегія дій, що будується на його основі;
- естетичні характеристики.

Наративний аналіз часто застосовується для вивчення суб'єктивного сенсу хвороби, аналізу процесу лікування чи подолання будь-яких кризових ситуацій.

6. Фокус-групи. Цей метод використовується у разі, якщо необхідно вивчити уявлення, притаманні будь-якій соціальній групі. Особливо часто він застосовується у психології здоров'я, наприклад, для розробки нових програм профілактики захворювань [5].

Актуальним залишається питання діагностики психосоматичних захворювань, оскільки саме із цим питанням стикається медична та психологічна практика. Лікар має володіти інформацією щодо того, як



визначити можливі психогенні причини розладу, а психолог має вміти відрізнити соматичну хворобу від психосоматичної та вчасно організувати співпрацю із лікарями. Психотерапевтами, психіатрами задля одужання клієнта.

Для постановки діагнозу «Соматоформний розлад» потрібна одночасна наявність усіх наступних ознак без виключення:

- відсутні дані про істотне структурне або функціональне порушення органу або системи;
- симптоми захворювання тісно пов'язані з неприємними життєвими обставинами, труднощами та конфліктами;
- заклопотаність і засмученість з приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органу або системи, причому повторні пояснення і переконання на цей рахунок лікарів залишаються безрезультатними.

У Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) психосоматичні розлади знаходяться в рубриках: F45 Соматоформні розлади: F45.0 – Соматизований розлад, F45.2 – Іпохондричний розлад, F45.3 – Соматоформна вегетативна дисфункція, F45.4 – Хронічний соматоформний больовий розлад, F45.9 – Соматоформний розлад не уточнений; F44 – Дисоціативний (конверсійний) розлад; F48.0 – Неврастенія; F50 – розлади прийняття їжі; F54 – психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, що класифіковані в інших рубриках. Для реєстрації соматичного стану використовується свій код у сполученні з рубрикою F54: Бронхіальна астма (J45), виразка шлунку (K25), виразковий коліт (K51), дерматит (L23–L25).

Вченими пропонується певний алгоритм діагностики психосоматичного розладу. На першому етапі за умови отримання інформованої згоди пацієнта проводиться скрінінгове тестування за допомогою самоопитувальника «Анкета для виявлення психосоматичних розладів» (О. Чабан і О. Хаустова), або, за наявності показань, скрінінг феноменів тривоги, депресії тощо. На другому етапі у разі отримання позитивного результату на попередньому етапі доцільне подальше обстеження з використанням індивідуалізованої діагностичної програми, створеної з декількох методик, наприклад: опитувальника стану здоров'я PHQ; госпітальної шкали тривоги і депресії HADS; шкали сну; Монреальської шкали когнітивної оцінки (МОСА), шкала оцінки рівня якості життя (О. Чабан) та інших.

Варто зазначити, що відповідно до Закону України про психіатричну допомогу встановлення діагнозу психічного розладу є виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Лікарі усіх інших спеціальностей можуть запідозрити наявність психічного розладу, встановити діагноз психологічного розладу, направити на додаткові консультації фахівців,



у тому числі лікаря-психіатра, проводити терапію самостійно у межах клінічних настанов та уніфікованих протоколів або у співпраці із лікарем-психіатром чи іншими фахівцями. Втім, оцінка певного психопатологічного феномену за діагностичною шкалою не є тотожною діагнозу психічного розладу, але дозволяє визначити ступінь порушення і обґрунтувати обсяг терапії [3].

Висновки. Проаналізувавши теоретичні основи психосоматики у їх історичному аспекті, ми бачимо, що у розвитку науки психосоматики можна виділити певні блоки: допсихологічний період розвитку (дослідження психосоматики у рамках філософії і лише поодиночні теорії у сфері медицини та механіки), розвиток психосоматики у рамках психології (пошук причин психосоматичних розладів з точки зору концепції про особистість) та розвиток психосоматичних знань у медицині (визначення переліку хвороб психогенної природи, пошук причин їх виникнення та способів лікування). Завдяки різноспрямованим векторам розвитку науки психосоматика знайшла своє місце у системі наук, проте саме це спричиняє значні методологічні проблеми, адже природничо-наукові та психологічні явища зазвичай досліджуються за допомогою різних методологічних підходів.

У сучасній психосоматиці застосовуються загальні методологічні засади наукового пошуку, а саме: принципи об'єктивності, комплексності, конкретності, методологічного плюралізму, принципи детермінізму, єдності свідомості і діяльності, розвитку. Методологію наукових досліджень складають загальновідомі та широкозастосовані у психології методи: поперечних зрізів, лонгітюдне дослідження, експеримент, оцінка ефективності, нарративний аналіз та фокус-групи, проте кожен із методів має як певні переваги, так і значні обмеження.

Отже, психосоматика має значні перспективи подальшого розвитку, адже наразі існує безліч не лише актуальних тем для дослідження, а й потреби розширення та удосконалення теоретичного та методологічного підґрунтя науки.

Література:

1. Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с. С.230-243.
2. Огоренко В.В., Шорніков А.В. Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість. Вісник проблем біології та медицини. 2019. Вип. 4, том 2 (154). С. 14-17.
3. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге видання, виправлене і доповнене. К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.
4. Проблема психосоматики у медицині URL: <http://amnu.gov.ua/problems-psyhosomatyky-u-medycyni/> (дата звернення: 07.06.2022)



5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. Мн.: ЕГУ, 2003. 172 с
6. Хомуленко Т.Б. Основи психосоматики: навч.-метод. Посіб. Вінниця: Нова книга, 2009. 120с.
7. Шелег Л.С. Психосоматичний статус особистості працівника Національної поліції України : дис... доктора психол. наук : 19.00.06 / Національна академія внутрішніх справ, 2016. 430с.

References:

1. Mozgova, G.P., Hanec'ka, T.I., Jakimchuk, O.I. (2021). Psihosomatika: psihichne, tilesne, social'ne. Hrestomatija [Psychosomatics: mental, physical, social. Reader]. K.: NPU imeni M. P. Dragomanova [in Ukrainian].
2. Ogorenko, V.V., Shornikov, A.V. (2019). Integrativnij pidhid v genezi psihosomatichnih rozladiv z pozicij koncepcij pro osobistist' [An integrative approach in the genesis of psychosomatic disorders from the standpoint of concepts of personality]. Visnik problem biologii ta medicini - Bulletin of problems of biology and medicine, 4, 2 (154), 14-17 [in Ukrainian].
3. Chaban, O.O., Haustova, O.O. (2019). Praktichna psihosomatika: diagnostichni shkali [Practical psychosomatics: diagnostic scales]. (vol. 1-2). K.: Vidavnicij dim Medkniga [in Ukrainian].
4. Problema psihosomatiki u medicini [The problem of psychosomatics in medicine]. amnu.gov.ua Retrieved from <http://amnu.gov.ua/problema-psyhosomatyky-u-medyczyni/> [in Ukrainian].
5. Frolova, Ju. G. (2003). Psihosomatika i psihologija zdorov'ja [Psychosomatics and psychology of health]. (vol. 1-2). Mn.: EGU [in Russian].
6. Homulenko, T.B. (2009). Osnovi psihosomatiki [Fundamentals of psychosomatics]. Vinnicja: Nova kniga [in Ukrainian].
7. Sheleg, L.S. (2016). Psihosomatichnij status osobistosti pracivnika Nacional'noï policiiï Ukraïni [Psychosomatic status of the personality of an employee of the National Police of Ukraine]. Doctor's thesis. Nacional'na akademija vnutrishnih sprav [in Ukrainian].

