

УДК 159. 96

## РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ЯК СКЛАДОВОЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Компанович М. С.

Проаналізовано різні теорії та концепції, що висвітлюють включеність емоційних переживань у виникнення та перебіг психосоматичних захворювань. Виявлено спільні та відмінні риси у наукових та практичних підходах, що розкривають природу психосоматичних захворювань. Також, розглянуто причини виникнення психосоматичних захворювань на різних життєвих етапах, з апеляцією до раннього, несвідомого досвіду. Описано похідні та супроводжуючі феномени, що перебувають в континуумі психосоматичних захворювань (алекситимія, стресогенність, депресивність, конверсія).

**Ключові слова:** емоційні переживання, психосоматичні захворювання, психоаналітичний підхід, психосоматичні теорії, депресивність, внутрішній конфлікт, конверсія, стресогенність, алекситимія, ресоматизація, десоматизація.

Проанализированы различные теории и концепции, которые освещают включенность эмоциональных переживаний в возникновение и течение психосоматических заболеваний. Выявлены общие и отличительные черты в научных и практических подходах, раскрывающие природу психосоматических заболеваний. Также, рассмотрены причины возникновения психосоматических заболеваний различных жизненных этапах, с апелляцией к раннему, бессознательному опыту. Описаны производные и сопровождающие феномены, находящиеся в континууме психосоматических заболеваний (алекситимия, стрессогенность, депрессивность, конверсия).

**Ключевые слова:** эмоциональные переживания, психосоматические заболевания, психоаналитический подход, психосоматические теории, депрессивность, внутренний конфликт, конверсия, стрессогенность, алекситимия, ресоматизации, десоматизации.

Different theories and concepts that cover the inclusion of emotional experiences in the emergence and course of psychosomatic diseases are analyzed. The common and distinctive features in scientific and practical approaches revealing the nature of psychosomatic diseases are revealed. Also, the causes of the occurrence of psychosomatic diseases at different stages of life, with an appeal to the early, unconscious experience, are considered. The causative, derivative and accompanying phenomena, which are in the continuum of psychosomatic diseases (alexithymia, stress-induced, depressive, conversion).

**Key words:** emotional experiences, psychosomatic illnesses, psychoanalytic approach, psychosomatic theories, depression, internal conflict, conversion, stress-relatedness, alexithymia, resomatosis, desomatization.

**Постановка проблеми.** Актуальність ретроспективного дослідження емоційної складової психосоматичних захворювань детермінується науковим та практичним запитом. Оскільки, розглядається здебільшого вузько в контексті теорій, що виходять з окремих психологічних шкіл чи психотерапевтичних напрямів, проте в науковому дискурсі самого

психосоматичного підходу є потреба у їхньому континуальному включенні та цілісній інтеграції.

**Постановка завдання.** Мета статті – теоретично дослідити емоційну складову психосоматичних захворювань в контексті фундаментальних для психосоматичного підходу теорій та концепцій, а також проаналізувати їхні особливості як науково-методичної бази для досліджень та практики.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Перші наукові психосоматичні дослідження, як в контексті «класичних» психосоматичних захворювань, так і в контексті самого підходу (є значно ширшим за розуміння лише функціональних симптомів чи розладів і є осмисленням будь-якої соматичної патології) пов'язані з психоаналізом. Психосоматичні ідеї З. Фрейда базувались на єдності психічного та тілесного. В контексті психоаналітичної думки причиною розладу є афект, афективний конфлікт, ідея символічної конверсії, в основі якої лежить тілесне ореальнення психічної проблеми. Модель конверсії трактує захворювання вмістилищем символічного вияву пригнічених інтрапсихічних конфліктів через «логічно зрозумілий» зв'язок між вмістом афективного конфлікту і клінічними симптомами. У пізніх роботах З. Фрейд розглядав психосоматичні захворювання як одну з форм регресивного захисту, що допомагає особистості справитись з напругою. У такий спосіб регресивне ставлення до своєї тілесності через симптом дає можливість переключитись від своїх внутрішніх переживань, сублімуючи їх на тілесний рівень. В межах психоаналізу психосоматична проблема досліджувалася такими послідовниками З. Фрейда, як М. Кляйн, М. Малер, Д. Боубі, Л. Крейслер, Ф. Александер, Ф. Данбар. Завдяки дослідженням психоаналітиків, у взаємодії з клініцистами, психосоматика трансформувалась у міждисциплінарну науку і продовжує розвиватися в цьому напрямі.

Важливим внеском у дослідження психосоматики стала теорія «об'єктних стосунків», у співвідношенні з якими функціонування людської психіки можна зрозуміти з точки зору зв'язків – як їхнього розвитку, так і можливих порушень. Положення теорії «об'єктних стосунків», що довгий час існували окремо від психосоматичної проблематики, поступово з'єдналися з емпіричними даними, що свідчать про вплив міжособистісних аспектів та подій на розвиток захворювання. Згідно з цією теорією хвороба розуміється як наслідок психобіологічного дисбалансу, яка може з'явитися в будь-якій частині живої системи і на будь-якому рівні [2]. Описані М. Малер процеси «сепарації – індивідуалізації» є підготовкою до незалежного, відокремленого функціонування. Відповідно до теорії дослідниці, матір, що несвідомо відкидає спроби дитини сепаруватись, може затримати її розвиток на фазі симбіозу, що призведе до виникнення порушеного Его і створить схильність до хвороби. Психосоматична матір описується авторкою як авторитарна, домінуюча, відкрито тривожна і латентно ворожа, вимоглива, нав'язлива. Батько, як правило, слабка особистість, тому не спроможний протистояти домінуючій і авторитарній матері та є дистанційованим від материнсько-дитячої діади.

Значний вплив на формування психосоматики як вчення мала теорія специфічності інтрапсихічного конфлікту Ф. Александера. Ця теорія дозволила не лише специфікувати психологічні фактори для різних хвороб, але і описати можливі механізми психосоматичного зв'язку для багатьох хвороб. Ф. Александер заперечував думку надання симптомам виключно символічного значення. Він виокремив групу психогенних розладів у

---

вегетативних системах організму, назвавши їх вегетативними неврозами. При цьому симптоми характеризувались не як символічне заміщення, в основі якого пригнічений конфлікт, а як природній фізіологічний наслідок хронічних емоційних переживань. Ф. Александер побудував лінійну модель розвитку психосоматичного захворювання та запропонував концепцію специфічності інтрапсихічного конфлікту. Проте, концепції психосоматичних захворювань Ф. Александера властиві певні недоліки, маючи більш констатуюче значення вона не давала відповіді на питання, чому хвороба виникає не у всіх людей з однотипними переживаннями? Не дивлячись на це, ідея про те, що інтрапсихічний конфлікт може стати пусковим для циклу емоційних, фізіологічних, біохімічних процесів здатних призвести до серйозного органічного захворювання, виявилася досить значимою [1, 6, 9].

Ф. Данбар, маючи значний клінічний досвід роботи в громадській клініці та спостерігаючи за пацієнтами, запропонувала підхід до психосоматичної класифікації хворих за профілями особистості, в основі якого покладена думка про те, що пацієнти з одним діагнозом мають схожі особистісні властивості, які власне і є поштовхом до виникнення захворювання, дослідниця також наголошувала й на значимості анамнестичних даних (частота виникнення симптомів чи рецидивів хвороби, травматизація як самого пацієнта, так і його рідних, кількість розлучень, втрата батьків, родинні стосунки, історії минулих хвороб, операції, соціальне становище, освіта та інтелектуальні задатки). Цілісно ця інформація дає вичерпну характеристику особистості. Ф. Данбар, описала профілі особистості для восьми хвороб.

Серед основних причин психосоматичних розладів Л. ЛеКрона виокремлював проблему ідентифікації, яка переходить у внутрішній конфлікт, тому на його думку багато функціональних симптомів виникають через бажання особистості, часто несвідоме, як найповніше «злитися» з носієм симптому. В основі такої ідентифікації часто криється проблема самопокарання, хворий відчуває провину (часто уявну) та намагається знайти для себе виправдання або ж символічно розділити тягар хвороби [2].

Причини психосоматичних хвороб, згідно теорії М. Шур, є пов'язані з неузгодженою діяльністю Его і регресії, за якої Его стає на нижчий рівень психосоматичного функціонування. В процесі розвитку Его психіка і тілесність поступово розділяються і зникає зчеплена пряма «психофізіологічна властивість», але в різних, як правило, несприятливих ситуаціях можлива і регресія. Таким чином, згідно М. Шур, тілесні захворювання подаються як моделі становлення фізичних і душевних рухів. З дорослішанням особистості біль і страх при переживаннях стає більш внутрішнім, проявляючись у відчуттях та думках. Замість дифузної емоційної розрядки формується відповідне ситуації афективне опрацювання. Це подолання дифузної-тілесного реагування є процесом десоматизації. У цих межах відбувається нейтралізація сексуального потягу і агресивності. У процесі ж психосоматичного регресивного симптомоутворення відбувається обмеження особистісного функціонування і переважання «прегенітальних потреб» – процес ресоматизації. Цей процес характерний для особистостей, що переживали психічні травми. Вибір ураженого органу, на думку дослідника, може залежати як від характеру ранніх дитячих переживань, так і від спадковості.

А. Мітчерліх ввів концепцію «двофазного витіснення», яка схожа на модель М. Шур. Він вважав, що при реальній або уявній втраті значимого об'єкту відбувається збіднення Его і виникає психосоматичне захворювання. Під втратою значимого об'єкта дослідник розумів втрату базально необхідного для життя особистості. Згідно цієї концепції, психосоматичне захворювання в своєму розвитку проходить дві фази – неврозу і соматичної хвороби. До першої фази відноситься особистісна криза, яка призводить до формування симптому, що свідчить про слабкість психологічного захисту, неспроможного до аналізу фрустраційної тривоги. У другій фазі відбувається порушення в динаміці тілесних захисних механізмів. Цей механізм реалізується таким чином, що місце втрачених зовнішніх об'єктів для подолання реально виниклої несприятливої ситуації займають внутрішні об'єкти, які починають впливати на тіло, деформуючи його відповідно до своїх цілей. Порушується функціонування тілесних функцій і афект виявляється пов'язаним безпосередньо з фізіологічними симптомами [8].

Г. Енгель експериментально довів, що важкі соматичні захворювання, дітей та дорослих часто розвиваються услід за втратою «ключової фігури». Дослідник підкреслив, що суб'єктивне переживання втрати, значно важливіше за її об'єктивність. Він виокремив «загрозу втрати», «символічну втрату» і «дієву втрату». Кожна з них рівноправно може спровокувати початок захворювання. Г. Енгель висунув ідею про те, що психосоматичні хворі використовують «ключову фігуру» як «засіб», життєво необхідний їм для успішної адаптації. Втрата «ключової фігури» сприймається як втрата частини себе, провокуючи надзвичайно сильні емоційні переживання, безнадійності, суму, що збільшує вразливість організму і ризик виникнення хвороби. Поняття «об'єктна втрата» стало використовуватися в багатьох психосоматичних теоріях. Найважливішим чинником формування психосоматичного біотипу хворої особистості стала вважатися рання психотравма, спричинена втратою батьків чи одного з них або ж навпаки, затримкою симбіотичних стосунків з ними.

Психодинамічні теорії значною мірою базуються на результатах нейробіологічних і соціальних досліджень. Згідно з сучасним поглядом на виникнення психосоматичних захворювань, на думку В. Брайтінгама та П. Крістіана для конверсії характерні: відсутність меж між психічною та соматичною сферою; символізація висловлених несвідомих емоційних переживань, які стають доступними; латентний лібідинозний конфлікт; наявність симптомів зі сфери довільної моторики і сенсорних функцій.

Б. Любан-Плоза та У. Полдінгер допускають наступну послідовність подій в розвитку психосоматичних захворювань: конфлікт → нездатність знайти рішення → збільшення внутрішньої напруги → тривожність → депресія → конверсія → регресія на орган → стадія функціональних відхилень з можливим переходом в органічне захворювання. Специфічність соматичного розладу автори пов'язують з періодом раннього дитинства, коли певний орган був «емоційно захоплений», і з наявністю початкових патологічних змін в органах [3].

У сучасних психосоматичних дослідженнях провідне місце посідає феномен алекситимії, введений П. Сіфнеозом, що характеризується відсутністю, або нестачею слів для вияву емоцій, [4]. Алекситимія – це соціально-особистісний конфлікт, в основі якого лежить нездатність до усвідомлення емоцій та вербалізації почуттів. У літературі феномен алекситимії описується, бідністю мови у самохарактеристиці та спілкуванні, слабкою увагою

---

на минулі події, нездатністю прогнозувати власну діяльність, обмеженою ініціативністю та активністю в пошуку засобів для досягнення бажаного; залежністю від близької людини при спільному виконанні завдань, нестійкістю і неадекватністю самооцінки, невизначеністю або повною відсутністю перспективи майбутнього, зв'язком феномена алекситимії з особливостями психологічної саморегуляції, стійкими соматичними змінами в організмі, а також може відбуватися трансформація психосоматичних розладів у соматопсихічні [3, 4].

Розрізняють первинну (вроджену) та вторинну (набуту) алекситимію. Первинна алекситимія може бути результатом дисфункцій у біологічному розвитку особистості, ускладненням у пренатальному розвитку, наслідком пологової травми чи перенесеного дитиною захворювання. Вторинна алекситимія виявляється у результаті психотравмуючих ситуацій, стресів, неврологічних дисфункцій, також може бути наслідком затяжних соматичних розладів чи симптомом психічних захворювань.

Ключовими детермінантами у трактуванні феномену алекситимії за В. Бройтінгамом та П. Крістіаном [2] є такі аспекти: первинне застрягання на ранніх стадіях онтогенезу; регрес внаслідок переживання психотравмуючої ситуації; концепція про психологічне успадкування алекситимічних патернів поведінки; нейрофізіологічні порушення діяльності ЦНС; трактування алекситимії як наслідок соціально-приспосувальних потреб особистості.

Можемо простежити, що теорія алекситимії П. Сіфнеоза перегукується із концепцією «втрати значимих для індивіда об'єктів» Х. Фрайбергера як одним із компонентів трактування алекситимії. В контексті об'єктних стосунків симбіотична прив'язаність з відчуттям страху втрати значимої особи як нарцистичного розширення дитини, сепарування від якої несе загрозу загубити власну ідентичність. Більшість авторів вбачають джерелом алекситимії дисфункціональні стресові стосунки в сім'ях, де не заохочується вільне вираження почуттів, особливо при зіткненнях з реальністю і зміні життєвих стереотипів. Можемо виокремити чотири основні концепції походження алекситимії як: генетична проблема (А. Хейберт); нейрофізіологічна проблема – концепція «функціональної комісуротомії» про локалізовану в палеостріарному тракті блокаді імпульсів від вісцелярного (емоційного) мозку до кори (К. Хоппе, Н. Гундел, Ж. Ларсен); соціально-культурний феномен – теорія про переважання алекситимічних меж в осіб з низьким соціальним статусом, невисоким рівнем інтелекту та вербальної культури (Р. Буреус); психоаналітична проблема – концепція соматизації як недосконалого типу захисту «Я». Психосоматичні хвороби мають первинніші за порівняння з неврозами коріння розвитку, що беруть початок з до символічних стадій розвитку психіки (Г. Толлер) [3].

В теорії патології раннього розвитку М. Сперлінг вивчав особливості перших контактів дитини з навколишнім світом. В контексті цих досліджень описано важкі депресії та психотичні зриви в матерів, діти яких намагалися зруйнувати симбіотичний зв'язок. Хвора дитина слабка і залежна, відповідає несвідомим бажанням матері, що створює додаткове підкріплення хвороби. Автор розглядала соматичний симптом в контексті цих стосунків як одночасне символічне підпорядкування матері і повстання проти неї. Дуже важливим в цій концепції є винесення хвороби з внутрішньо особистісного аспекту і включення її в соціальний контекст.

М. Хофер експериментально на тваринах дослідив, що мати є біологічним регулювальником, вбудовуючись в гомеостатичну організацію новонародженої дитини.

Багато біологічних процесів, зокрема, такі, як регуляція температури, серцевого ритму, вестибулярної поведінки і станів сну та активності прямо залежать від функціонування матері як регулювальниці. Не дивлячись на те, що результати були отримані на тваринах, є підстави передбачати існування подібних механізмів і у людини. Непрямим підтвердженням служать дані про ефекти госпіталізації, які свідчать про те, що розлучені з матір'ю новонароджені більшою мірою, ніж діти, які такого досвіду не мають, схильні до інфекцій, серед них спостерігається висока смертність, вони гірше розвиваються. Цей факт може бути результатом руйнування біологічно регулятивних процесів системи матір – дитина. Тож, можна передбачати, що порушення ранніх дитячо-батьківських стосунків роблять патогенний вплив на фізіологічне функціонування, через емоційну ланку. Н. Аммон вважав, що порушення здорового симбіозу призводять до первинного дефіциту «Я» дитини. Психосоматична матір емоційно тепло реагує лише на тілесні потреби дитини або звертає на неї увагу в тих випадках, коли вона хворіє. Взаємодія з матір'ю за таких обставин починає здійснюватися через психосоматичний симптом. З дитиною поводяться як з предметом, а не як з особистістю, і симптом заповнює перепад «Я». Психосоматичне захворювання має подвійну функцію. З одного боку, воно дозволяє матері підтримувати з дитиною таку форму контакту, яка знаходиться в співзвуччі з її несвідомими страхами і потребами. З іншого – воно дозволяє дитині, що пристосувалося до несвідомого конфлікту матері, створити собі міст для контакту. Таким чином, психосоматичне захворювання в дорослому віці стає обраним засобом контакту, регресією до раннього досвіду.

Г. Тейлор створив нову концепцію в розумінні природи хвороб, яку назвав «психобіологічною моделью». Це багатофакторна нелінійна концепція, яка описує процеси, що відбуваються в організмі під впливом негативних емоційних переживань та є базованою на теорії «об'єктних стосунків». Згідно цієї концепції, фізичне здоров'я залежить від здатності регулювати складні фізіологічні і біохімічні процеси. Ця концепція мала певні переваги, але модель все ж залишалася малоказовою і неопераціоналізованою для експериментальної перевірки, послідовниками теорії є Р. Маундер, Дж. Гентер.

Згідно теорії П. К. Анохіна про «функціональні системи», вирішальним чинником, що обумовлює вибіркоче залучення будь-якого органу або фізіологічної системи до патологічного процесу за принципом вимушеного функціонування, служить, біологічна архітектоніка самої емоції як функціонального процесу. Положення про вимушену діяльність робочого компоненту лягло в основу ідеї про масковану депресію, зовнішнім вираженням якої є соматичні прояви. При цьому увага хворого фіксована на діяльності найбільш значимого для нього органу (за «рейтингом-органів»), який і виявляється уразливішим.

На думку Н. Пезешкіана, психосоматичні захворювання можуть розглядатись як однобічне переживання конфлікту, «втечею в тіло» можна коротко позначити генез психосоматичних захворювань. В значній мірі від виховання, культурних особливостей і традицій залежить, які з варіативних форм переживань опиняються в перевазі тілесного вияву. При виникненні і прояві психосоматичного захворювання велику роль, за Н. Пезешкіаном, відіграє «актуальний конфлікт», який може бути результатом дії макropsихотропів (об'єктивні втрати) або формується під впливом постійних психотравмуючих чинників, що діють, як мікрropsихотропи [6].

---

Нейрогуморальна теорія розвитку психосоматичних захворювань базується на тому, що психосоматична патологія виникає унаслідок порушень емоційної рівноваги. Ці порушення розуміються як прояви загального неспецифічного адаптаційного синдрому. За нейрогуморальною теорією психосоматичні хвороби є результатом відповіді на фізичні або психічні дії. Ця теорія пояснює хворобу, в першу чергу, порушеннями внутрішнього гомеостазу. Г. Сельє сформулював ідею «загального неспецифічного адаптаційного синдрому» [2]. Цей синдром пояснює фізіологічні процеси в організмі у відповідь на стресові фактори. Основні компоненти реакції охоплює вегетативна нервова система, ендокринний апарат і гуморальні фактори.

У дослідженнях Е. Г. Ейдемільера та В. В. Юстицького причиною психічної травматизації особистості, що призводить до психосоматичних захворювань є порушення сімейної взаємодії, в якій зростає та розвивається дитина. Патогенез психосоматичних захворювань, на думку дослідників, не може бути пояснений дією лише одного етіопатогенного чинника. Сукупність цих чинників постійно знаходиться в складній кореляції та ієрархізації. Сім'я, в якій народилась та виросла особистість, посідає провідну роль у формуванні таких патогенних чинників психосоматичних захворювань як конверсія, профілі особи (тип акцентуації характеру), інфантильність («десоматизація – ресоматизація»), алекситимія. Дослідники відзначили, що від типу стосунків в батьківській сім'ї залежить схильність дитини до психосоматичних захворювань. У своєму дослідженні вони використовували класифікацію типів сімей хворих психосоматичними розладами, розроблену Н. Стерліном, у якій описані такі моделі сімейної взаємодії: «скріплення» – сім'я з жорсткими стереотипами комунікацій, діти в такій сім'ї стають інфантильними, відстають в емоційному розвитку, комунікація в цих сім'ях відбувається за принципом виконання наказів; «заперечення» – дитина наче «відмовляється» від своєї особистості через, що як природна тенденція до автономності в неї починає розвиватися психосоматичне захворювання; «делегування» – у батьків втрачена дистанційованість сприйняття досягнень своєї дитини, вони сприймають її як продовження себе, покладають на неї надії на здійснення своїх нереалізованих планів. Таким чином дитині делегується дуже багато функцій, з якими вона не може справитись і починає соматично «вирішувати» або «ухилились» від тих завдань які є для неї непосильними [5].

Батьківська та власна сім'я хворого може сприяти зниженню толерантності до стресових ситуацій, сенсibilізації до «вtrat значимого об'єкту» і схильності до соматизації депресій. Д. Н. Ісаєвим запропоновано патогенез психосоматичних захворювань, що включає такі чинники: неспецифічна спадковість і вроджена обтяженість соматичними порушеннями і дефектами (відхилення із-за хромосомної аберації підвищують ризик розвитку психосоматозів, що пов'язують з ураженням лімбічної структури); успадкована схильності до психосоматичних розладів; порушення діяльності ЦНС, що сприяють накопиченню афективного збудження, напрузі вегетативної активності, прискоренню кровообігу; особистісні властивості (у вигляді замкнутості, стриманості, недовірливості, тривожності, сенситивності, схильності до легкого виникнення фрустрацій, переважанню негативних емоцій, невисокого рівня інтелектуального функціонування у поєднанні з вираженою нормативністю і установкою на досягнення високих результатів); психічного і фізичного стану під час психотравмуючих подій (виникнення у момент переживання життєвих

труднощів, відчуття безвихідності, зневіри у власній сили, відчуженості, відсутність активності і завзятості призводить до захворювання); фон несприятливих родинних та інших соціальних чинників (якщо кількість подій, що призводять до серйозних змін, зростає більш ніж в 2 рази в порівнянні з середньою кількістю, то вірогідність захворювання складе 80%; внутрішньосімейні конфлікти в ранньому віці збільшують ризик розвитку психосоматозів); особливості психотравмуючих ситуацій (сприйнятливість до стресора у різних людей різна і залежить від їхньої психологічної значущості для певної людини, а також від джерела і масштабу дії, наприклад, страх війни, екологічного лиха, страх нападу або переживання родинних конфліктів).

Нову клінічну гіпотезу механізмів формування психосоматичних розладів висунула А. Б. Смульович. Відповідно до неї формування системи психосоматичних співвідношень розглядається не в аспекті однотипно спрямованого (психо-і-соматоцентрований вектор) впливу психічних або соматичних чинників, а з врахуванням їхньої взаємодії. Висунута гіпотеза розглянута авторами на моделі взаємодії особистості (як характерологічної або патохарактерологічної структури) і соматичних захворювань, що свідчить про те, що сучасні психосоматичні вчення розвивається, з'являються нові концепції та напрями. Цікавими в контексті національної парадигми взаємозв'язку здоров'я та хвороби є дослідження емоцій А. Б. Холмогорова та Н. Р. Гараняна, які базуються на вивченні специфічних психологічних чинників, ціннісних орієнтацій та установок, що набувають властивостей ментальних інтроєктів та створюють психологічну передиспозицій до певного захворювання.

Дослідження у психосоматичній парадигмі активно розвивається в останні десятиліття в контексті клінічної психології такими дослідниками як К. С. Максименко, Т. Б. Хмуленко, Т. Б. Єфименко, М. Рейзер, Р. Х. Сінгх, Б. Н. Синга, С. Сторкебаум, Т. Сівік, В. В. Ручкін, Г. А. Фава, Н. Саніні, К. Кубо, Д. Окен, В. Пірінгер, М. Г. Орі, М. Чесні, Д. Бенгер, Р. М. Готтліб, Д. С. Шепс, М. Греко, Д. Фромер, Р. Балон.

**Висновки.** Розглянуті нами теорії та наукові концепції описують виникнення психосоматичних захворювань в контексті порушення раннього розвитку та подальших акцентованих проблем виховання, зокрема їх наслідків втрата стресостійкості, алекситимічність та втеча хворобу. І досі залишається багато неоднозначностей та недосліджених аспектів в науковому осмисленні. Позитивною тенденцією цих досліджень є врахування цілої низки факторів в етіології захворювання. Все ж більшість дослідників, не зважаючи на основний модус їх наукового осмислення сходяться в основних складових психосоматичних захворювань до яких відносяться наступні: початок хвороби практично завжди пов'язаний з певними життєвими подіями, які сприймаються особистістю як загрозливі або тригеруючі для психосоматогенезу. Дослідження підтверджують, що найчастіше початок соматичного захворювання виявляється пов'язаним із несприятливою динамікою емоційних переживань яка переходить у хронічний стрес, як правило викликаний значимою втратою, що має суб'єктивний чи об'єктивний характер.

### Список літератури

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер / Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – С. 152 – 164.
-



2. Бройтингам Б. Психосоматическая медицина / Б. Бройтингам, П. Кристиан, М. Рад / пер. с нем. Г. А. Обухова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
  3. Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка / М. Кляйн // Психоанализ в развитии: Сб. пер. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 59 – 107.
  4. Компанович М. С. Особливості проявів алекситимії у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями / М. С. Компанович // Психологія і особистість: Збірник наукових праць Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка. – Київ – Полтава, 2017. – №1 (11). – С. 109 – 120.
  5. Компанович М. С. Стигматизованість сімейного середовища підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями / М. С. Компанович // Вісник Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. – Серія «Психологія». – Том 21, Вип. 4. – Одеса: «Астопринт» 2016. – 93 – 103.
  6. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
  7. Петрова Н. Н. Психотерапия в лечении психосоматических расстройств / Н. Н. Петрова, А. В. Коновалова // Обзорение психиатрии и мед. Психологи. – 2004. – №3. – С.25 – 27.
  8. Проворотов В. М. Алекситимия и внутренние болезни / В. М. Проворотов, Ю. Н. Чернов, О. В. Лышова, А. В. Будневский. – Журнал неврологии и психиатрии. – №6. – 2000. – С. 66 – 70.
  9. Хамуленко Т. Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід: навч.-метод. посіб. / Т. Б. Хамуленко, І. О. Філенко, К. І. Фоменко, О. С. Шукалова, М. В. Коваленко. – Х.: «Диса плюс», 2015 – 264 с.
-