

1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ПІДХОДУ

1.1. Поняття про “психосоматику” та “психосоматичні розлади”

Соматичне і психічне, хоча і є якісно відмінними явищами, але реально репрезентують лише різні сторони єдиної живої конкретної людини. Відривати ці сторони одна від однієї в дослідженнях проблеми хвороби є принципово невірним. Представники як психології, психіатрії, так і соматичної медицини поділяють думку про те, що при деяких розладах існує поєднання як психоемоційних, так і соматичних порушень. Соматичні порушення, виникнення яких пов'язане з психоемоційними порушеннями, уперше назвав “психосоматичними” у 1818 році німецький лікар R.Heinroth. Пізніше Јокобі (1922) вводить термін “соматопсихічне”, щоб підкреслити домінування тілесного чинника у виникненні деяких нервово-психічних захворювань [41, с. 226].

У найбільш розповсюдженому трактуванні для психосоматичних розладів характерним є визнання значимості психологічних факторів як у виникненні, так і в посиленні чи послабленні соматичного (фізичного) захворювання. Таким чином, критерієм віднесення специфічного фізичного захворювання до психосоматичних є наявність психологічно значимих подразників з навколишнього середовища, що у часі пов'язані з виникненням чи загостренням даного фізичного порушення. Таке розуміння психосоматичних розладів вважається широким, тому що до них відносять усі порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення і розвиток яких тісно пов'язаний з нервово-психічними факторами, переживанням гострої або хронічної психологічної травми зі специфічними особливостями індивідуально-емоційного реагування людини на навколишнє [41, с. 226].

У цьому випадку, крім різних короточасних психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях (наприклад, серцебиття в закоханого чи втрата апетиту при сумі), виділяють ще чотири великі групи розладів іншого гатунку [41, с. 227]:

1. *Конверсійні симптоми* — символічне вираження невротичного

(психологічного) конфлікту. Їхніми прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття. Усі вони — первинні психічні феномени. Тіло тут служить, наче, сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені в несвідоме.

2. Психосоматичні функціональні синдроми — виникають частіше також при неврозах. Такі “соматизовані” форми неврозів іноді називають «неврозами органів», системними неврозами або вегетоневрозами. 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. Такі депресії прийнято називати “маскованими” чи соматизованими депресіями. До групи функціональних психосоматичних синдромів часто також відносять і деякі психофізіологічні захворювання — мігрень і ряд інших подібних хворіб.
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, іншими словами, етіопатогенез власне психосоматичних розладів значною мірою, особливо на ранніх етапах захворювання, пов'язаний із психологічно значимими для особистості подразниками з навколишнього середовища. 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 («сімірка», 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. Наприклад, схильність до травм характерна для особистостей із властивостями, що протилежні точності, старанності. Підвищене споживання їжі можна розуміти як індикатор престижу, соціальної позиції чи компенсацією невдоволення.

Доцільно розглянути місце психосоматичних розладів у Міжнародній класифікації хворіб десятого перегляду (МКХ-10), прийнятої ВОЗ у жовтні 1989р. Термін “психосоматичні” у МКХ-10 не використовується через відмінності в його значенні у різних мовах і різних психіатричних і психотерапевтичних традиціях, а також для того, щоб не вважати, начебто при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їхньому виникненні і розвитку. Розлади, описані в інших класифікаціях як психосоматичні, у МКБ-10 знаходяться в рубриках [7, с. 91]:

F45. Соматоформні розлади.

F50. Розлади прийому їжі.

F52. Сексуальна дисфункція.

F54. Психологічні і поведінкові фактори, пов'язані з розладами чи захворюваннями, класифікованими в інших розділах (власне психосоматичні захворювання).

Психосоматичні розлади відносяться до рубрики F54., що використовується для реєстрації психологічних чи поведінкових факторів, як основної етіологічної причині соматичних розладів, що класифікуються в інших розділах МКБ-10. Для реєстрації соматичного розладу використовується додатковий код. Прикладом використання даної рубрики є кодування психогенної астми під рубрикою фізичного стану з глави J (Хвороби органів дихання): астма (F54 і J45.) і інші, наприклад: виразка шлунка (F54 і K25.); виразковий коліт (F54. і K54.); кропивниця (F54. і L50.) [50].

Вплив психіки припустимий і можливий при будь-яких захворюваннях людини, тому психосоматична медицина ніколи не обмежувалася вивченням тільки психосоматозів. Психосоматичний підхід як принцип лікарської діяльності полягає в якнайбільш ретельному вивченні впливу психосоціальних факторів на виникнення і плин будь-яких соматичних хворіб і психотерапевтичному лікуванні хворих з врахуванням цих факторів [7, с. 92] .

1.2. Аналіз основних теоретичних підходів до проблеми психосоматики

Для того, щоб сформулювати адекватний сучасному стану наших знань погляд на взаємини між психікою і тілом, між психічними і соматичними проявами захворювань, необхідно проаналізувати цю проблему в історичному контексті.

У давньому суспільстві вважалося, що хворобу викликають духовні сили, а отже, і боротись з нею необхідно духовними засобами. Основні ідеї давньогрецького суспільства про психосоматичні співвідношення можна проілюструвати словами Сократа: «Неправильно лікувати око без голови, голову без тіла, так само як тіло без душі».

1.2.1. Психодинамічні підходи

1.2.1.1. Концепція істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів (З.Фройд)

З.Фройд за допомогою концепцій 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 проекції. *Загальним для обох концепцій є те, що органічна симптоматика розглядається не як просте порушення фізіологічних функціональних зв'язків, а як наслідок розладу переживань і поведінки.* Однак, відмінність полягає в тому, що при конверсійній симптоматиці це порушення є наслідком несвідомого психічного конфлікту між інстинктивним бажанням і захистом Я, у той час

як причиною органічної симптоматики актуального неврозу, як припускає Фройд, є *психічний конфлікт, що не відбувся* [5, с. 22].

1.2.1.2. Психосоматичний симптом як доля інстинкту (П.Федерн)

Перший систематичний виклад психоаналітичного лікування органічного захворювання викладено, на думку Г.Аммона, Паулом Федерном (1913), що у повідомленні про «приклад переміщення лібідо в ході терапії» описував лікування хворого бронхіальною астмою. Він припустив у генезі соматичного симптому лібідинозну фіксацію в ранньому дитинстві на дихальній системі, причому нюхова зона отримала вирішальне значення при переміщенні лібідо як ерогенна [5, с. 25].

Під час обговорення повідомлення Федерна, Фройд сам запропонував відмежувати описане захворювання від істеричної конверсії, розуміючи його як «істерію фіксації», при якій специфічна соматична реакція робить органну систему особливо чутливою для фіксації лібідинозного розвитку, визначаючи соматичне вираження виникаючого в результаті цього конфлікту.

1.2.1.3. Організм як символ (Г.Гродек)

Проти звуження психодинамічного розгляду областю неврозів виступив три роки по тому Георг Гродек (1917), що вважався тоді «дисидентом» психоаналізу, у роботі про «психічну обумовленість і психоаналітичне лікування органічних захворювань». Гродек висунув у цій роботі наступну тезу: «Я вважаю глибокою оманю припускати, що лише істерик володіє даром робити себе хворим з якою-небудь метою; кожна людина має цю здатність, і кожен використовує її в тій мірі, яку ми ще не цілком уявляємо» [3, с. 26]. За проявами хвороби він бачив «глибоко приховані шифри невідомого Воно, що не має ні визначення, ні пояснення».

Це Воно, яким «живе» людина, використовує для своїх цілей і рішень як органічні процеси, так і психічну динаміку. Тому для Гродека не існує кардинальної протилежності між органічним і психічним процесами. Він вказав на подібність динаміки сновидінь і органічної симптоматики і

сформулював концепцію подібності генезу органічних симптомів з формуванням сновидінь і невротичних симптомів. Він стверджував, що «органічні симптоми розвиваються так само, як сновидіння і невротичні симптоми, що не існує принципові відмінності між психічними й органічними процесами..., що Воно виявляє себе то психічним, то органічним шляхом» [5, с. 26].

Отже, Гродек розширює концепцію істеричної конверсії, бачачи в цьому механізм, властивий взагалі всім життєвим процесам. «Воно» знаходить при цьому символічне вираження як психічних, так і органічних процесів. У цьому сенсі він говорить про «організм як символ».

Гродек бачить, однак, органічне захворювання не тільки як наслідок і символічне вираження «глибоко прихованих рішень невідомого Воно». Він визнає його функцію у взаємодії з навколишнім світом. *Хвороба має задачу захистити хворого*, або ж Воно, яким він «живе», – від нестерпних подразників. Ця думка, як і інші спостереження Гродека, зараз одержує особливу значимість у світлі нових психоаналітичних досліджень психології Я і групи [5, с. 26].

1.2.1.4. Теорія специфічного конфлікту (Ф. Александер)

Справжнім засновником сучасної психосоматичної медицини є Франц Александер. Мартін Гротіан (1966) сказав, що якщо Фройд порушив сон світу, то про Александра можна сказати, що він порушив сон психіатрів і психоаналітиків. При цьому він мав на увазі не тільки значний внесок Александра в розвиток «динамічної психіатрії», тобто психіатрії на психоаналітичній основі, але і його психосоматичні дослідження, завдяки яким психоаналітичний інститут у Чикаго під його керівництвом надовго став науковим центром нового напрямку. Александер у 1939 році разом зі своїми співробітниками заснував журнал «Psychosomatic Medicine», створивши необхідний форум для психосоматичних досліджень [5, с. 31].

Якщо до нього область компетенції психосоматичної медицини найчастіше обмежували впливом психологічних факторів на виникнення і розвиток непсихічних захворювань, тобто лінією, що йде від психогенної концепції, то Александер був прихильником більш широкого підходу, що йде від холістичної концепції. Відповідно до цього підходу, психічне і соматичне нерозривно пов'язане, і розуміння причин хворіб неможливе без спільного аналізу цих двох рівнів.

Найбільш відома концепція Александра – теорія психосоматичної

специфічності, чи специфічних конфліктів . Відповідно до неї, тип соматичного захворювання визначається типом неусвідомлюваного емоційного конфлікту. Александер виходить з того, що «кожній емоційній ситуації відповідає специфічний синдром фізичних змін, психосоматичних реакцій, такий, як сміх, плач, почервоніння, зміни в серцевому ритмі, диханні, і т.д.» [49, с. 11], і, більш того, *«емоційні впливи можуть стимулювати чи придушувати роботу будь-якого органу»*. Психоаналітичні дослідження виявляють в багатьох людей неусвідомлювану емоційну напругу, що зберігається в продовж тривалого часу. Можна припустити, що в подібних випадках протягом тривалого часу будуть зберігатися і зміни в роботі фізіологічних систем, приводячи до порушення їхньої нормальної роботи і в остаточному підсумку провокуючи розвиток хвороби. Причому, оскільки при різних психічних станах спостерігаються різні фізіологічні зрушення, то і результатом різних несвідомих емоційних станів будуть різні патологічні процеси: підвищений кров'яний тиск – наслідком придушеного гніву, дисфункції шлунково-кишкового тракту – наслідком фрустрації залежних схильностей і т.д.

Щодо теорії специфічного конфлікту Ф. Александера, то в ній можна виділити 3 аспекти:

1. Специфічний конфлікт призводить до певного захворювань тільки тоді, коли до нього є інші генетичні, біохімічні і фізіологічні фактори.
2. Життєві ситуації, стосовно яких особа є сенсibiliзованою в через свої ключові конфлікти, реактивують і підсилюють ці конфлікти.
3. Сильні емоції супроводжують цей активований конфлікт і на основі автономних гормональних і нервово-м'язових механізмів діють таким чином, що в організмі виникають зміни в тілесній структурі і функціях.

Крім того, є відмінності в автономних реакціях індивідів на різні форми навантажень. Індивідуальні особливості інтенсивності і проявів автономних реакцій можуть пояснити різні прояви психосоматичних захворювань.

1.2.1.5. Теорія ресоматизації (М. Шур)

Макс Шур (1955) виходить з теорій психології Я, висунутих Хартманом і його співробітниками (Hartmann, 1939, 1948, 1956; Hartmann, Kris, Loewenstein, 1946; Rapaport, 1951) на основі досліджень А. Фройд (1936). У цій концепції опис Я дається переважно в аспекті функцій захисту від інстинктивних імпульсів, що виходять з Воно, і функції адаптації до навколишнього середовища.

М. Шур (1955) висуває концепцію Я як адаптаційного органу, що працює з нейтралізованою інстинктивною енергією. Він вказує на те, що процес нейтралізації інстинктивної енергії пов'язаний із прогресуючою *десоматизацією* поведінки. Так, наприклад, тривожні реакції в ранньому дитинстві виражаються недиференційованими і некоординованими соматичними процесами і рухами. В міру дозрівання (біологічно мова йде, наприклад, про дозрівання ЦНС, психічно – про формування психічного апарату), первинно-процесуальна поведінка на ранніх ступенях розвитку замінюється вторинно-процесуальною. Остання характеризується зростаючою «десоматизацією» реакцій. Замість дифузних вегетативних і рухових реакцій скидання напруги на перший план усе більш виступає мислення, замість прямої соматичної дії – десоматизована пошукова поведінка [5, с. 52].

Шур приходить до наступної гіпотези: десоматизована поведінка є результатом панування вторинних процесів, що виявились можливими завдяки нейтралізації інстинктивної енергії.

Психосоматичний симптом виникає, за Шуром, коли при сильному навантаженні психодинамічної рівноваги відбувається раптовий прорив несвідомого матеріалу у формі преєдипальних чи едипальних інстинктивних бажань, і механізми захисту Я не спрацьовують. Наслідком є регрес до рівня афектів, до ранніх стадій інстинктивного життя і захисних механізмів, що виявляються винятково на соматичному рівні [5, с. 53].

Загальний момент усіх форм психосоматичних розладів Шур бачить у «нарцисичній регресії», що виявляється в органічній симптоматиці. Нарцистична регресія веде до переміщення лібідо з об'єкту на Я.

1.2.1.6. Теорія морбогенних стосунків матері і дитини (Г.Аммон)

В анамнезі психосоматичних пацієнтів Г.Аммон часто натрапляв на факт, що мати, котра не змогла знайти і розвинути власну ідентичність у своїй родині, має нереалістично завищений образ ідеальної матері й ідеальної дитини. Безпомічне і тілесно недосконале немовля сприймається матір'ю як тяжка нарцистична образа, особливо якщо його стать не відповідає бажаній. Мати сприймає дитину первинно дефектною, а її соматичні потреби – як чергову образу. Захищаючись від цього, мати нав'язує дитині свої власні несвідомі вимоги досконалості, найчастіше у формі жорсткого контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. На протест дитини проти цього насильства мати реагує нерозумінням і ворожістю. 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. При цьому мати має суперечливу несвідому установку, яку можна сформулювати в такий спосіб: «Я не люблю своєї дитини, тому що вона виявилась недосконалою. Це викликає в мені почуття провини і неповноцінності. Усе змінюється, коли вона занедужує. Тоді мені легко турботою про неї довести самій собі, що я все-таки гарна мати» [5, с. 67].

Очікування матері до дитини амбівалентні. З одного боку, вона повинна вирости сильною, зрілою і самостійною. З іншого боку, усякі прояви самостійності дитини лякають матір, оскільки, як правило, не відповідають її нереалістично завищеному ідеалу. Усвідомити суперечливість цих взаємовиключних установок мати не може, тому з комунікації з дитиною вона виключає усе, що так чи інакше може привести до визнання очевидності її неспроможності як вихователя. У хворобі цей конфлікт дезактуалізується, але видужання знову позбавляє дитину турботи, оскільки мати повертається до своєї звичної поведінки. Повернути материнську турботу можна, лише знову виявившись хворим [5, с. 70].

1.2.1.7. Теорія алекситимії (Немайя, Сифнеос)

Термін «алекситимія» (від грецьк. «а»-нездатність, «lexis» -слова, «thymos» — душа, настрої, почуття) ввели Немайя (ім'я англізоване від німецького Ноймайер) і Сифнеоса (Nemiah and Sifneos, 1970). Подібне значення має

феномен «pensee operateure» (від франц.— «механічне мислення») французьких авторів Marty і де M'uzan (1963). Вихідним пунктом зазначених вище авторів було спостереження, що багато психосоматично хворих в ситуації обстеження (наприклад, психоаналітичного) поведуться інакше, ніж здорові люди і хворі з невротами [11, с. 62].

Їхні висловлення часто банальні, пустослівні, вони не здатні розвивати свої думки, не можуть зрозуміти метафоричне значення висловів. Виявляється не тільки мовна бідність, але і нездатність до фантазування. Характерно, що під час контакту, особливо в критичній ситуації, хворі замінюють очікувані від них мовні обороти жестами, тобто в них спрацьовує тілесна іннервація. Психосоматичний суб'єкт при цьому відділений від свого несвідомого і тісно прив'язаний до навколишнього світу. Психосоматична регресія розцінюється як регресія «Я» на примітивний захисний рівень з агресивними й аутодеструктивними тенденціями у вигляді соматизації [11, с. 62].

Достовірні дані численних спостережень дозволили зробити спробу охарактеризувати психосоматичну структуру особистості. Сьогодні вона здебільшого визначається поняттям «алекситимія», що характеризується чотирма типовими ознаками з різним ступенем їхньої виразності в кожному окремому випадку [11, с. 63]:

1. Своєрідна обмеженість здатності фантазувати. Пацієнт затруднюється або виявляється просто не здатним використовувати символи, результатом чого є своєрідний тип мислення, який можна визначити як «механічний», «утилітарний», «конкретний».
2. Типова нездатність виражати пережиті почуття. Пацієнт не в змозі пов'язувати вербальні чи жестові символи з почуттями. Почуття переживаються, якщо вони взагалі є, як щось неструктуроване, у всякому разі непередаване словами. Вони часто описуються через навколишніх (моя дружина сказала... лікар сказав...) або замість почуттів описується соматична реакція.
3. Психосоматичні пацієнти дуже пристосовані до товариських стосунків, що навіть визначається як «гіпернормальність». Їхній зв'язок з конкретним партнером характеризуються своєрідною «порожнечою стосунків». Оскільки вони не можуть розпізнати психологічні тонкощі, то залишаються на рівні конкретного «предметного» використання об'єктів.
4. Через затримку на симбіотичному рівні і пов'язану з цим недостатність

диференціації суб'єкт-об'єкт, впливає нездатність до щирих відносин з об'єктом і до процесу перенесення. Відбувається тотальна ідентифікація з об'єктом; хворий існує, наче, за допомогою і завдяки наявності іншої людини (його «ключової фігури»). Звідси стає зрозумілим, чому втрата (вигадана чи реальна) цієї «ключової фігури» («втрата об'єкту») так часто виявляється як провокуюча ситуація на початку (чи при погіршенні) хвороби.

Для пояснення цих даних Бройтігам і Крістіан наводять п'ять етіологічних гіпотез [11, с. 64]:

I. Гіпотеза дефіциту. У її основу покладена думка J. Ruesch про те, начебто в цих хворих має місце «первинне застрягання» на більш ранній стадії розвитку, а не фіксація з регресією, як це відбувається при неврозах.

II. Гіпотеза регресії внаслідок травми – психосоматичне симптомоутворення аналогічне трактуванню невротичних симптомів як наслідку фіксації на травмуючому факторі, з регресією, на більш ранню стадію розвитку. Ця модель не може, однак, пояснити, чому виникає соматичний, а не психічний симптом.

III. Гіпотеза успадкування. Бройтігам і Крістіан вважає, що вона поки що не може обговорюватися, оскільки для її обґрунтування занадто мало достовірних даних.

IV. Гіпотеза нейроанатомічно – нейрофізіологічного порушення («функціональна комісуротомія»).

V. Гіпотеза соціально-психологічного формування реакції. У світлі цієї гіпотези алекситимія інтерпретується як феномен типового пристосування до західного індустріального суспільства, у якому потрібна конкретно-реалістична, емоційно нейтральна пристосувальна поведінка.

Хоча «алекситимія» як прояв людського способу дій – явище безперечне і спостерігається постійно в багатьох пацієнтів, гіпотеза про те, що це типова психосоматична структура, наштовхується на контраргументи і дотепер викликає дебати. Найважливіше заперечення викликає її неспецифічність:

незважаючи на те що алекситимію знаходять у багатьох (хоча і не в усіх) психосоматично хворих, вона виявляється в не меншого числа хворих з невробами і здорових людей. Тому, сьогодні краще говорити про те, що алекситимічна поведінка являє собою неспецифічний фактор ризику, що може бути пов'язаний з іншими (специфічними і неспецифічними) факторами [11, с. 64].

1.2.2. Нейрогуморальні та психофізіологічні теорії

1.2.2.1. Нейрогуморальна теорія (Х.Сельє, Г. Енджел)

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» Selye Н. (1953) Для психосоматики значення мають деякі компоненти цього синдрому [25, с. 20].

Загальний адаптаційний синдром є комплексом фізіологічних процесів, що відбуваються в організмі при його реагуванні на вплив. Основними учасниками реакції адаптації вважають вегетативну нервову систему, ендокринний апарат і гуморальні фактори. У відповідь на стресову ситуацію гіпофіз виробляє АКТГ, наднирники відповідають виділенням кортизону, адреналіну і норадреналіну, у сироватці крові збільшується рівень холестерину, тригліцеридів. Гіпофіз також впливає на щитовидну й інші ендокринні залози. Стан імунітету погіршується. У світлі нейрогуморальних теорій психосоматичні хвороби розуміють як відповідь на шкідливі фізичні і психічні впливи Це зрівнює вплив психічного і фізичного.

Стрес розглядають не як індивідуально-вибірковий вплив, а як психосоціальний вплив у широкому змісті. Механізм стресової реакції формується системою: передня частка гіпофізу – кора наднирників. У ній бере участь також лімбічна система, що знаходиться в реципрокних зв'язках з гіпоталамусом, системою активації ретикулярної формації. У гіпоталамусі виробляються рилізінг-гормони, що приводять до виділення органотропних секретів, що стимулюють чи гальмують продукцію гормонів на периферії [20, с. 21].

Грунтуючись на цих фізіологічних механізмах, дослідники пояснюють виникнення так званих хвороб адаптації (ессенціальної гіпертонії, пептичної виразки й інших). Загострення туберкульозу, виникнення вірусної інфекції

(herpes simplex), імунопатії (colitis ulcerosa) пов'язують з зумовленими стресом змінами імунітету [25, с. 21].

Від теорії соціальних стресів і структурно-специфічних моделей психосоматичних розладів відрізняється концепція G. L. Engel (1962). На його думку, стресову ситуацію створює втрата чи загроза втрати об'єкта прихильності, у результаті чого можуть виникнути як психічні, так і психосоматичні розлади.

W. Brautigam, P. Christian (1986) заперечують проти перенесення теорії H.Selye із тварин, що послужили моделлю для її створення, на людину. Занадто своєрідні умови в лабораторії, щоб можна було пояснити патогенез хворіб у людини. Як правило, такий перенос без врахування особливостей особистості можливий лише з великою кількістю застережень і тільки у випадках екстремальних ситуацій і/чи труднощів. Фактично ж «потрібно бути дуже добре знайомим з людиною, щоб довідатися, що для неї може бути стресом, а що – ні». Це стосується і фізичного, але в ще більшій мірі – психічного стресу [25, с. 22].

1.2.2.2. Кортико-вісцеральна теорія (К.М.Биков, І. Т. Курцин)

Джерела цієї теорії можна знайти в працях И. М. Сеченова про рефлекторні основи психічної діяльності, про єдність соматичних і психічних проявів. І.Павлов (1903) розкривав мотивацію підкріплення, намагаючись проникнути в суть психічних проявів, зрозуміти фізіологічні основи поведінки з його соматичними і вегетативними проявами. Завершивши дослідження механізму харчового рефлексу, він поширив принципи рефлекторної діяльності на вісцеральну систему [25, с. 24].

К. М. Биков і І. Т. Курцин (1960), базуючи на отриманих лабораторних і клінічних матеріалах, створили гіпотезу про кортико-вісцеральне походження психосоматичних захворювань. Їх виникнення пов'язане з первинним порушенням коркових механізмів управління вісцеральними органами, зумовленим перенапругою збудження і гальмування в корі мозку. Були створені експериментальні неврози серця, судин, шлунку і кишківника,

синдроми коронарної недостатності, виразки шлунка і т.д.

Можна виділити три принципові положення теорії кортико-вісцеральної взаємодії [19, с. 22]:

1. Кортикалізація усіх вегетативних функцій і процесів, що протікають в організмі, функціональне підпорядкування вегетативної нервової системи і залоз внутрішньої секреції корі великих півкуль головного мозку.
2. Зв'язок внутрішніх органів через інтерорецептори з корою мозку за принципом умовного рефлексу.
3. Роль аферентної сигналізації вісцеральних систем у формуванні вищої нервової діяльності й у корковій інтеграції всіх соматичних і вегетативних функцій.

Кортико-вісцеральна теорія недостатньо враховувала роль особистісних факторів у розвитку психосоматичних розладів. Вимоги ж поширити поняття вищої нервової діяльності на особистісне функціонування, систему значимих відносин особистості і їхніх порушень, природно, не могли бути реалізовані ні в теоретичному, ні в методичному планах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акинщикова Г.И. Соматическая и психофизиологическая организация человека, – Л.: 1977. – 235 с.
2. Актуальные вопросы психиатрической эндокринологии. Под ред. Белкина А.И. – М.: Медицина, 1978.
3. Александер Ф. Фундаментальные принципы психосоматического подхода http://psychol.ras.ru/ippp_pfr/j3p/pap.php?id=20000108
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004.
5. Амон Г. Психосоматическая терапия. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000. – 238 с.
6. Антропов Ю.Ф. Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.:

Издательство института Психотерапии, 2000.

7. Ахмедов Т. И., Шовковая Н. В., Федоренко Н. А., Ревуцкий З. Я. Психосоматический подход в медицине // Врачебная практика. Харьковский государственный медицинский университет. – 2000. – №4. – с. 91-96.
8. Белкин А.И. Нервно-психические нарушения при заболевании щитовидной железы. – М.: Медицина, 1973.
9. Блейлер М. Эндокринный психосиндром // Труды Кыргыз. мед. ун-та, Т.34 Вопросы клиники и лечения психозов, вып. 2, 1964, – с. 233-239.
10. Блейхер В.М. Фельдман И.Б. Особенности личностной акцентуации как фактора предрасположения к некоторым психосоматическим заболеваниям // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. том 88, вип. 3, 1988, –С. 101-104.
11. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
12. Бурлачук Л.Ф. Исследование личности в клинической психологии – К., 1979. – 198 с.
13. Быстров В.Н. Психосоматическая организация в общей врачебной практике // Клиническая медицина. – 2001. – №8. – с. 60-64.
14. Ващенко Ю.А. Причина психосоматических расстройств // Практична психологія і соціальна робота. – 1998. – №2. – с. 21-24.
15. Воробьев М.З. Психосоматика в культуре личности и социума (теоретическое обоснование роли и места) <http://www.nature.ru/db/msg.html?mid=1155667&uri=text>
16. Гантен Д., Николаев Н.А., Судаков К.В. Эмоциональный стресс и болезни // Наука и человечество. М., 1986. – с. 23-35.

17. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология. (Наднормологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов.) – СПб.: «СОТИС», 1999. – 320 с.
18. Гольцман Е. Болезнь, помогающая выжить // Наука и жизнь. – 2000. – №7. – С.86-91. <http://www.orc.ru/~golzman/psy.htm>
19. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
20. Данилов Л.Ю. Клинические типы функциональных психосоматических расстройств в детско-подростковом возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, том 90, №8, 1990.
21. Эндокринологія За ред. Проф. П.М. Боднара – К.: Здоров'я, 2002/
22. Жариков И.М. Перожок И.Л. Проблема связей психической и соматической патологии // Клиническая медицина. 1986, Т. 64, №7, С. 19-23.
23. Жузжанов О.Т. Определение фактора риска психосоматических заболеваний подростков // Здоровоохранение Казахстана. – 1985. – №4. – С.68-69.
24. Зданович А.А., П.Н. Москвитин П.Н. Сочетание методов символдрамы и фитотерапии в лечении психосоматических заболеваний <http://www.symboldrama.ru/lyb/Magazin/3/22.htm>
25. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб: Специальная литература, 1996. – 454 с.
26. Исламбеков Р.К. Дифференциальная диагностика тиреотоксикозов и неврозов. – Ташкент: Медицина, 1968.
27. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1980. – 182с.
28. Карвасарский Б.Д. Простомолов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, 1988.
29. Кискер К.П., Фрайберг Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л.

- Гушанского. – М.: Алетейа, 1999. – 504 с.
30. Коркина М.В. Марилов В.В. О так называемой функциональной стадии некоторых психосоматических заболеваний // Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: 1983.– С.96-101.
31. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003.– 288с.
32. Куттер П. Современный психоанализ, Б.С.К., С-Пб, 1997.
33. Любан-Плоцца Б., Запорожан В.Н., Аряев Н.Л. Терапевтический союз врача и пациента. – К.: АДЕФ Україна, 2001.
34. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. С.-Пб.: Санкт-Петербургский Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1996. – 255 с.
35. Новикова А.И. и др. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №5. – С.7-10.
36. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1996 – 464 с.
37. Полищук И.А. Сиваченко Т.П. Функциональное состояние щитовидной железы при некоторых психических заболеваниях // Врачебное дело. – 1970.– №6. – с. 46-49.
38. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 1999. – 640 с.
39. Сердюк А.И. Особенности самооценки влияния болезни на социальный статус больных хроническими соматическими заболеваниями // Журнал психиатрии и мед. психологии. – 1998.– №1 (4).– с. 68-70.
40. Сердюк А.И. Психотерапия больных с соматическими заболеваниями // Международный медицинский журнал. – 1999. – Т-5, №3.– с. 38-40.

41. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию: Т.2.: Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 381 с.
42. Символдрама. Сборник научных трудов / Под. ред. Я.Л. Обухова и В.А. Поликарпова. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001.
43. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т.2.
44. Тарнавский Ю.Б. Под маской телесного недуга. – М.: Знание, 1990. – 64 с. – (Новое в жизни, науке, технике. Сер. «Медицина»; №3).
45. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т.1-2. – М.: Издательская группа «Прогресс» – «Литера», Издательство Агентства «Яхтсмен», 1996
46. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.
47. Фельдман И.Б. Специфичность преморбидных типов личностной акцентуации при некоторых психосоматических заболеваниях и неврастении // Медицинский журнал Узбекистана. – 1986. – №4. – 29-32.
48. Царьов Н.І., Носов Г.Є. Соціальна значущість захворювання як “тонке прикладання” психотерапії соматично хворих // Укр. терапевт, 2000. – Т.2, №1. – с. 17–19.
49. Шишкин, с. Л. Предисловие к русскому изданию книги: Ф. Александер. Психосоматическая медицина. – М.: Геррус, 2000, с.10–20. http://brain.bio.msu.ru/papers/intr_a.htm
50. Классификация болезней в психиатрии и наркологии. Пособие для врачей. Под. ред. М.М. Милевского М. : Триада-Х, 2003.
51. Beyer J, Burke M, Meglind, et al: Organic anxiety disorder iatrogenic hyperthyroidism. Psychosomatics 1993; 34(2):181-184.
52. Cornelis G. Kooiman, MD, Jan H. Bolk, PhD, Ronald Brand, PhD, Rutger W. Trijsburg, PhD and Harry G. M. Rooijmans, PhD. Is Alexithymia a Risk Factor for Unexplained Physical Symptoms in General Medical Outpatients?

<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/62/3/299>

53. Hall R.: Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. *Psychosom* 1983; 24(1):7-22.
54. Hall R. Anxiety and Endocrine Disease www.drrichardhall.com/anxiety.htm
55. Hayes Philip The Psychobiology of Stress and Healing. A Framework for Modern Psychobiology *Stress News* 2002 Vol. 14 No.2 www.isma.org.uk/stressnw/psychobiol1.htm
56. Lesser IM, Rubin RT, Lydiard RB, et al: Past and current thyroid function in subjects with panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1987; 48(12):473-476.
57. MacCrimmon DJ, Wallace JE, Goldberg W, et al: Emotional disturbance and cognitive deficits in hyperthyroidism. *Psychosom Med* 1979; 43:331-340.
58. Matsubayashi S, Tamai H, Matsumoto Y, et al: Graves' disease after the onset of panic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*.1996; 65(5):277-280.
59. Nemiah John C., MD A Psychodynamic View of Psychosomatic Medicine <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/62/3/299>
60. Prange Arthur J. , MD Thyroid Axis Sustaining Hypothesis of Posttraumatic Stress Disorder *Psychosomatic Medicine* 61:139-140 (1999) <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/search?qbe=psychmed;61/2/139&journalcode=psychmed&minscore=5000>
61. Psychosomatic Medicine: «The Puzzling Leap» www.nlm.nih.gov/hmd/emotions/psychosomatic.html
62. Sunnen Gérard V., M.D Hypnosis in Psychosomatic Medicine www.triroc.com/sunnen/topics/psychosomatic.htm
63. Wang S, Mason J. Elevations of serum T₃ levels and their association with

symptoms in World War II veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: replication of findings in Vietnam combat veterans. *Psychosom Med* 1999; 61: 131–138.

<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/ijlink?linkType=ABST&journalCode=psychmed&resid=61/2/131>

64. Weiner Herbert MD, Dr Med Praise Be to Psychosomatic Medicine
Psychosomatic Medicine 61:259-262 (1999)