

КЛАСИФІКАЦІЯ КОНЦЕПЦІЙ ТА ОСНОВНІ ОЗНАКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Шелег Л. С. КЛАСИФІКАЦІЯ КОНЦЕПЦІЙ ТА ОСНОВНІ ОЗНАКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ В статті виокремлено три самостійні напрями наукових досліджень психосоматичного статусу особистості: західноєвропейська (переважно, німецька), російська (радянська) та американська. Кожен із них ґрунтувався на певних теоретичних засадах, що дозволяє запропонувати наступну типологію відповідних концепцій: 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. До першої групи належать концепції конверсії Ф. Дойча, «осмисленої діяльності «Id» Г. Гроддека та ін. Друга група представлена, насамперед, теорією умовних рефлексів І. П. Павлова, а також концепціями «неповноцінності органу та її психічної компенсації» А. Адлера, стресу Г. Сельє та ін. До третьої групи віднесені концепції «специфічності інтрапсихічного конфлікту» Ф. Александера, «профілю особистості» Ф. Данбар, алекситимії П. Сіфні втрати «ключової фігури» Г. Енгела та ін. На думку автора, психосоматичні розлади – це результат негативного впливу специфічних особливостей емоційного реагування особистості на стресогенну ситуацію, гострої чи хронічної психологічної травми на функціонування органів чи їх систем. Основними їх ознаками є: хронічний перебіг; вплив гострого чи хронічного стресу на їх виникнення та розвиток; наявність певних емоційно-вольових та індивідуально-психологічних властивостей особи, які визначають емоційну ригідність, труднощі в організації міжособистісної взаємодії, недостатність вмінь та навичок ефективного подолання стресу тощо.

Ключові слова: психосоматичний статус особистості, типологія, класифікація, психосоматичні концепції, психосоматичні розлади, алекситимія.

Шелег Л. С. КЛАССИФИКАЦИЯ КОНЦЕПЦИЙ И ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. В статье выделено три самостоятельных направления научных исследований психосоматического статуса личности: западноевропейская (преимущественно, немецкая), русская (советская) и американская. Каждый из них базировался на определенных теоретических основах, что позволяет предложить следующую типологию соответствующих концепций: 1) психоаналитические – посвящены взаимодействию противоречивых аспектов личности (инстинкта, разума и сознания); 2) психофизиологические – базируются на постулате единства мозга, психики и телесных проявлений; 3) психодинамические – ориентированы на установление личностной специфики происхождения и динамики психосоматических расстройств. К первой группе принадлежат концепции конверсии Ф. Дойча, «осмысленной деятельности «Id» Г. Гроддека и др. Другая группа представлена, прежде всего, теорией условных рефлексов И. П. Павлова, а также концепциями «неполноценности органа и ее психической компенсации» А. Адлера, стресса Г. Селье и др. К третьей группе отнесены концепции «специфичности интрапсихического конфликта» Ф. Александера, «профиля личности» Ф. Данбар, алекситимии П. Сифни, потери «ключевой фигуры» Г. Энгела и др. По мнению автора, психосоматические расстройства – результат негативного влияния специфических особенностей эмоционального реагирования личности на стрессогенную ситуацию, острой или хронической психологической травмы на функционирование органов или их систем. Основны-

ми их признаками являются: хроническое течение; наличие определенных эмоционально-волевых и индивидуально-психологических свойств личности, определяющих эмоциональную ригидность, трудности в организации межличностного взаимодействия, недостаточность умений и навыков эффективного преодоления стресса.

Ключевые слова: психосоматический статус личности, типология, классификация, психосоматические концепции, психосоматические расстройства, алекситимия.

Вступ. Помітною віхою у розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості стало започаткування з 1939 р. наукового журналу «Психосоматична медицина» («Psychosomatic Medicine», США) та заснування у 1942 р. «Американської психосоматичної спільноти», в діяльності яких активну участь брали У. Кеннон, Г. Сельє та ін. На той час домінуючим стало положення, що природа психосоматичних розладів може бути зрозуміла тільки з установлення безперечного впливу емоційного фактору на фізичне існування. Зокрема, психосоматичні захворювання розглядалися за формулою: особливості етіології та перебігу захворювання; особливості реагування на емоційні стреси відносно типу особистості; особливості сприйняття емоційних впливів відносно статевої приналежності; вплив психосоматичних захворювань на інші захворювання; вплив сімейних особливостей; фазність перебігу захворювань.

Мета: надати класифікацію та визначити основні ознаки психосоматичних розладів.

Основний зміст. Можна стверджувати, що впродовж I половини ХХ ст. виокремилися три відносно самостійні школи (напрями) наукових досліджень проблеми психосоматичного статусу особистості та його впливу на якість життєдіяльності, в тому числі – професійної діяльності, людини: західноєвропейська (переважно, німецька), російська (радянська) та американська¹. Кожен із них ґрунтувався на певних теоретичних та методологічних засадах, що дозволяє запропонувати наступну типологію відповідних концепцій:

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.

До першої групи належать, зокрема, описані вище концепції конверсії Ф. Дойча (F. Deutsch), «осмисленої діяльності «Id» Г. Гроддека (G. Groddeck), «органних неврозів» Г. Хейера (G. Heyer) та Е. Вітковера (E. Wittkower), «десоматизації – ресоматизації» М. Шура (M. Schur), «двохфазового витіснення» А. Мітчерліх (A. Mitscherlich) та ін.

Друга група представлена, насамперед, теорією умовних рефлексів І. П. Павлова, а також концепціями «специфічності особистості відповідно до

¹ Поза межами запропонованої нами типології залишилися психосоматичні теорії та концепції, розроблені науковцями Близького Сходу та Південної Америки. Це пояснюється фрагментарністю їх висвітлення в доступних нам наукових першоджерелах, відповідно – неможливістю належного узагальнення.

способу функціональної відповіді» Г. Вольфа (H. Wolff), «неповноцінності органу та її психічної компенсації» А. Адлера (A. Adler), «вегетативного супроводу емоцій» В. Кеннона (W. Cannon), стресу Г. Сельє (H. Selye) та ін.

До третьої групи ми відносимо концепції «специфічності інтрапсихічного конфлікту» Ф. Александера (F. Alexander), «профілю особистості» Ф. Данбар (F. Dunbar), «акцентуованої особистості» К. Леонгарда (K. Leongard), алекситимії П. Сіфні (P. Sifneos), «готовності до хвороби» В. Єксуелла (V. Uexkuell), «життєвих подій» Т. Холмса та Р. Рое (T. Holmes, R. Rahe), втрати «ключової фігури» Г. Енгела (G. Engel), «втрати значимих для індивіда об'єктів» Г. Фрейбергера (H. Freyberher) та ін.

Таке розмаїття підходів до вивчення психосоматичного статусу особистості засвідчує як надзвичайну актуальність означеної проблеми в сучасному світі, так і неоднозначність теоретичних позицій, інструментарію та інтерпретації одержаних результатів. Відповідно, наше подальше дослідження вимагає визначення методологічних підходів, що дозволили б адекватно оцінити психосоматичний статус працівника ОВС в сучасній Україні та запропонувати відповідні рекомендації щодо його встановлення та, за необхідності, психологічної профілактики та психокорекції.

Зважаючи на значну кількість сучасних наукових напрямів психосоматики, зупинимось на основних із них.

1. На основі теорії «умовних рефлексів» І. П. Павлова представники його школи К. М. Биков та І. Т. Курцин (1960 р.) висунули гіпотезу *кортико-вісцерального походження психосоматичних захворювань*, згідно з якою пусковими механізмами психосоматичних розладів можуть бути порушення екстеро- і інтероцептивної сигналізації, що призводять до конфліктної ситуації між збудженням і гальмуванням у корі і підкірці. Було зроблено висновок, що в більшості випадків на психосоматичні розлади страждають особи зі слабкими і сильним неврівноваженим типами нервової системи, а вибірковість локалізації хворобливого процесу визначається зниженою опірністю відповідного органу.

2. *Концепція втрати «ключової фігури»* Г. Енгела (1962 р.) та *концепція «втрати значимих для індивіда об'єкта»* Г. Фрейбергера (1976 р.) ґрунтуються на клінічних спостереженнях, що психосоматичні захворювання досить часто розвиваються невдовзі після втрати найбільш значимої людини чи, навіть, значущого об'єкта неживої природи. Така людина чи об'єкт були життєво необхідними для успішної адаптації, а їх втрата провокує надсильні почуття безпорадності, безнадійності, туги, зрештою – соматизовану депресію, що збільшують уразливість організму.

3. *Концепція готовності до хвороби* В. Єксуелла (1963 р.) виникла в результаті поєднання концепцій В. Кеннона та Г. Сельє. Згідно з нею, готовність до хвороби є відображенням особливого психофізіологічного стану готовності: під впливом стресових впливів відбувається перехід психоемоційної готовності в готовність тілесну; якщо мета тілесної готовності не досягається, перенапруження стає хронічним, а відповідний орган – пошкоджується (наприклад, при тривалій підвищеній секретії шлункового соку

можливе виникнення виразки шлунку; при постійному спазмі артеріол – розвиток гіпертонії).

4. *Теорія життєвих подій* Т. Холмса та Р. Рое (1967 р.) також є наступницею теорії стресу Г. Сельє і ґрунтується на визначенні рівня стресу й відповідної ймовірності розвитку психосоматичного розладу. Стресою або такою, що травмує, життєвою ситуацією автори називали ситуацію, яка ставить перед людиною нерозв'язані проблеми. Рівень стресу розраховується по сумі балів подій, які траплялися в пацієнтів протягом попереднього календарного року².

5. В цьому ж 1967 р. німецький психоаналітик і соціальний психолог А. Мітчерліх запропонував *модель двох ступенів лінії психологічної оборони*, що призводить до психосоматичних розладів: 1) спочатку зріла особистість намагається впоратися з конфліктом на психосоціальному рівні (соціальна взаємодія через обговорення відповідних проблем та конфліктів) або застосовує класичні механізми психологічного захисту (витіснення, регресія, реактивні утворення, ізоляція, ігнорування, заперечення, зречення, проекція, інтроекція, аутоагресія, сублимація тощо); 2) на другому етапі з'являються невротичні (патологічні) захисні механізми (депресії, нав'язливі думки та дії, страхи, фобії і т. ін.), які призводять до невротичного розвитку особистості (невроз характеру) чи соматизації (виразка шлунку, виразковий коліт і т. ін.).

6. На основі теорії емоцій В. Кеннона, згідно з якою стенічні негативні емоції є реакцією «боротьби чи втечі» (fight-or-flight), у 1970 р. М. Франкенхойзер запропонована *концепція «вегетативного супроводу емоцій»*. Негативні емоції, як прояв біологічної доцільності, готують організм до максимально-інтенсивної м'язової активності, що є необхідним для виживання організму. Цей механізм людина успадкувала в процесі еволюції, але для сучасників він став проблемою: в більшості ситуацій сучасності ні фізична агресія, ні втеча не допомагають у вирішенні проблем. Отже, зустрівшись із проблемою, сучасна людина внутрішньо напружується, ніби готується до дії (підвищується артеріальний тиск, збільшується частота ударів пульсу, напружуються м'язи та ін.), проте жодної дії не відбувається. При цьому фізіологічні зрушення, які вегетативно забезпечують невідраговані емоції, залишаються та з часом можуть стати хронічними, тобто призвести до формування психосоматичних розладів.

7. У 1973 р. П. Сіфні увів термін «*алекситимія*» (*a* – відсутність, *lexis* – слово, *thymos* – емоції), що дослівно означає «відсутність або недостатність слів для вираження емоцій». Концепція алекситимії ґрунтується на положенні, що схильні до психосоматичних розладів люди є «інфантильними особистостями». Алекситимія визначається такими когнітивно-афективними особливостями: 1) складністю визначення (ідентифікації) та опису власних почуттів; 2) складністю визначення відмінностей між почуттями та тілесними відчуттями; 3) зниженням здатності до символізації та, внаслідок цього, бідністю фантазії

² При проведенні дослідження в пацієнтів загального соматичного профілю було встановлено, що 93% хвороб різної етіології (алергія, інфекційні, опорно-рухового апарату й ін.) уперше виникли або рецидивували в період підйому за шкалою стресів і подій понад 150 балів.

та інших проявів уяви; 4) фокусуванням в більшій мірі на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях. Мислення таких людей носить конкретно-побутовий характер, їм властива бідність розуміння складних взаємозв'язків.

Впродовж останнього десятиріччя набули розвитку нові напрями: трансперсональна психологія С. Грофа та онтопсихологія А. Менегетті; тілесна психотерапія (І. Г. Малкіна-Пих, М. Є. Сандомирський).

Узагальнюючи наукові надбання в означеній площині, в 1986 р. німецькі вчені Г. Шмітт та І. Йочмус запропонували *систематизацію груп психосоматичних захворювань* [1]:

- психосоматичні функціональні порушення, психогенні порушення у грудних дітей та дітей раннього віку (енурез, енкопрез, запор та ін.), конверсійні неврози;

- психосоматичні захворювання (бронхіальна астма, нейродерміти, виразковий коліт, виразка шлунку, нервова анорексія, булімія, ожиріння та ін.), що можуть піддаватися корекції через корекцію відносин із оточенням;

- хронічні хвороби з болісними переживаннями (діабет, ниркова недостатність, злоякісні новоутворення тощо), що потребують медикаментозного впливу на уражені органи та системи в сукупності з психотерапевтичними заходами.

У тому ж 1986 р. Т. Старк та Р. Блум запропонували *свою класифікацію психосоматичних розладів* [1], згідно з якою вони поділяються на:

- конверсійні (дисоціативні) розлади: сукупність рухових, сенсорних і вегетативних істеричних симптомів (потьмарення свідомості, амнезія та ін.). Такі розлади характеризуються наявністю клінічних ознак, відсутністю будь-якого фізичного або неврологічного порушення, з яким могли б бути пов'язані виявлені симптоми та наявністю психогенної обумовленості у формі чіткого зв'язку за часом зі стресовими подіями або порушеними взаєминами;

- больовий синдром: больові відчуття, що тривають понад нормального періоду загоснення (не менше 3-6 міс.). За відсутності хвороби та пошкоджень (причину болю не вдалося встановити) пацієнтові ставиться діагноз – синдром хронічного болю. Він характеризується низькою ефективністю медикаментозного лікування та можливістю впливу лише психологічними чинниками, які беруть участь в механізмах розвитку даного синдрому. Ознаками синдрому також є: біль відзначається тривалий час (місяці, роки), але не є прогресуючим; біль розцінюється пацієнтом як дуже сильний; зменшення або повна відсутність болю під час сну й посилення його вранці та вдень; наявність психосоціальних чинників у виникненні основних симптомів;

- соматизацію: форма психологічного захисту хворої особи, яка трансформує власне психічне напруження у фізичний дискомфорт (нездужання або захворювання, інші хворобливі зміни стану тіла). Такий захист проявляється в підвищеній увазі до свого самопочуття й здоров'я, що визначає стосунки з оточуючими (настрій, працездатність, товариськість тощо);

- іпохондрію: психогенні ознаки цього стану особи виявляються в постійному неспокої з приводу можливості захворіти однією або декількома

хворобами, скаргах або заклопотаності своїм фізичним здоров'ям, припущеннях, що окрім основного захворювання існує якесь приховане;

- симуляцію: штучно продукований розлад здоров'я, удавання, зображення події або стану здоров'я шляхом відтворення окремих симптомів. Симуляцією також є патологічні самовідчуття, які особа неусвідомлено провокує сама й які найчастіше є проявом психічного захворювання.

Порівнюючи надані класифікації, зазначимо, що остання переобтяжена суто медичними та психіатричними складовими – з одного боку, та не містить такої важливої підстави, як функціональний (психогенний) чи органічний (соматогенний) характер психосоматичних переживань – з іншого. Останнє особливо важливо з огляду на наявність як психосоматичних, так і соматопсихічних симптомів, а також специфіки їх виникнення і подальшої трансформації в структурі особистості. При цьому безумовно, що особистісна передумовленість в будь-якому випадку слугує підґрунтям виникнення психосоматичних розладів.

Більш досконалою є, на наш погляд, класифікація Б. Любан-Плоцци, В. Пельдингера та Ф. Крегера, а саме: 1) психогенні розлади без органічних проявів (конверсійні розлади за З. Фрейдом, соматичні ілюзії, іпохондричні прояви); 2) психосоматичні функціональні синдроми або соматизовані невротози (кардіоневроз, мігрень, прихована депресія тощо); 3) психосоматози або органічні захворювання; 4) психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційного реагування та поведінки (схильність до травм та інших видів саморуйнівної поведінки, як-то: алкоголізм, наркоманія, тютюнопаління, захоплення екстремальними аутодеструктивними видами спорту чи хобі загалом) [2].

Зазначимо, що синонімічним щодо третьої групи є поняття «психосоматичні захворювання». Їх основою стає соматична реакція на конфліктне переживання, яка призводить до патологічних змін в органах та системах, що первинно наділені властивістю *locus minoris* – місця найменшого опору, яке найчастіше визначається спадковою схильністю³.

В 1994 р. англо-американські психологи Дж. А. Уінтер, Л. Крейслер, Д. Кеннард та Дж. Робертс запропонували вважати психосоматичними розладами такі, що наділені наступними ознаками [1]:

- мають функціональний, а не патологічно структурний характер, хоча й можуть згодом стати причиною негативних фізичних змін в організмі;
- викликаються неадекватним стимулом, який слугує певним «спусковим гачком»;
- становлять собою неадекватну реакцію організму на стимул;
- зародилися під час події в минулому, що спричинила вкрай болісні почуття;

³ До психосоматичних захворювань відносять: ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, бронхіальну астму, неспецифічний виразковий коліт, ревматоїдний поліартрит, нейродерміт, тиреотоксикоз, цукровий діабет, злоякісні новоутворення і деякі інші (Карвасарський Б.Д., 1982; Ісаєв Д.Н., 1996).

- ґрунтуються на механізмі фіксованих реакцій (реакція організму на стимул завжди незмінна);

- характеризується порушенням у свідомості: особа живе власним минулим (переживаннями колишніх подій).

У 1995 р. російський психоневролог В. І. Гарбузов виділив *«психосоматичний профіль особистості»* – характеристики, які притаманні особам, схильним до психосоматичних розладів (психосоматичних захворювань) [3]: відчуття придушення почуття власної гідності; егоцентричність (егоїзм); звуження інтересів (однобокість устремлінь та сприйняття); тенденція до фанатизму; надмірна напруженість домагань; невідповідність домагань можливостям; агресивність; напружена демонстрованість якостей, якими особа не володіє; істероїдність, надмірна експресивність та жорстокість.

Все вищезазначене засвідчує, що зв'язок психічного і соматичного початків (душі і тіла) є взаємним: психічний стан впливає на фізичне самопочуття та викликає в ньому певні зміни, фізичний стан, у свою чергу, супроводжується психічними переживаннями, що здатні спричинити психосоматичні розлади.

Відповідно, можна виділяти *психосоматичні і соматопсихічні процеси*, хоча таке розмежування, безперечно, є лише умовним, оскільки такі явища завжди взаємопов'язані. Окрім того, сам характер реагування завжди індивідуально забарвлений: стресогенна для однієї людини ситуація сприймається як досить нейтральна іншою, а саме почуття стресогенності може викликати зміни у діяльності вегетативної нервової системи, серцево-судинної чи шлунково-кишкової систем, призводити до напруження м'язів певних частин тіла, тощо. Причому така індивідуальна реактивність може бути різною в різні періоди життя та в різних ситуаціях.

Безумовно, що гостра стресова реакція чи тривалий вплив несприятливих чинників професійної діяльності здатні спричинити зниження уваги, швидкості реагування на зміни оперативної обстановки, переживання хронічної втоми. Результатами цього стають в психологічному сенсі – зниження якості життя, прояви адиктивної та делінквентної поведінки професійна деформація, розвиток психосоматичних розладів, у медичному – передчасна інвалідізація внаслідок психосоматичних захворювань.

На завершення спробуємо надати робоче визначення та власне бачення сутності психосоматичних розладів. Така необхідність зумовлюється тим, що наявне розмаїття науково-теоретичних і практичних підходів до діагностики та корекції не дозволяє однозначно визначитися з методологічними засадами подальшого емпіричного дослідження.

Так, Ю. Ф. Антропов [4] визначає психосоматичні розлади як розлади функцій органів і систем, що зумовлюються афективними розладами та виникають у функціонально-перевантажених, конституційно-неповноцінних чи пошкоджених вісцеральних системах. На думку А. Б. Смулевича [5], психосоматичні розлади – це хворобливі стани, які зумовлюються психічними і соматичними факторами та проявляються за допомогою соматизації психічних розладів; у формі психічних розладів, які відображають реакцію на сома-

тичне захворювання чи розвиток соматичної патології під впливом психогенних факторів.

В першому визначенні, на наш погляд, надто перебільшується значення *афективних* станів – психосоматичні розлади можуть стати наслідком не лише гострих, але й хронічних стресогенних впливів. У другому – психосоматичні розлади фактично ототожнюються з психічними; між тим – психосоматичний статус особистості в таких випадках далеко не завжди сягає рівня психічної патології. Швидше, йдеться про специфічні переживання особистості, які впливають на її соматичний стан.

Висновки. На нашу думку, психосоматичні розлади – це результат негативного впливу специфічних особливостей емоційного реагування особистості на стресогенну ситуацію, гострої чи хронічної психологічної травми на функціонування органів чи їх систем. Основними їх ознаками є: хронічний перебіг; вплив гострого чи хронічного стресу на їх виникнення та розвиток; наявність певних емоційно-вольових та індивідуально-психологічних властивостей особи, які визначають емоційну ригідність, труднощі в організації міжособистісної взаємодії, недостатність вмінь та навичок ефективного подолання стресу тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Дідковська Л. І.* Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : [навч. посіб. для вищ. навч. закл.] / Дідковська Л. І. – Л. : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. – 264 с.
2. *Любан-Плоцца Б.* Психосоматический больной на приеме у врача / Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. – СПб.: НИПИ им. В. М. Бехтерева, 1994. – 245 с.
3. *Наказна І. М.* Психосоматика : [навч. посіб.]. / Наказна І. М. – Ніжин : вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2010. – 132 с.
4. *Антропов Ю. Ф.* Психосоматичні розлади [лекція] ; [Електронний ресурс] / Ю. Ф. Антропов. – Київ. : Інститут психотерапії і клінічної психології, 2001. – Режим доступу : <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1125>
5. *Смулевич А. Б.* Психогенные заболевания / А. Б. Смулевич, В. Г. Ротштейн [Электронный ресурс]. – Онлайн библиотека. – Режим доступа : <http://www.koob.ru>

REFERENCES TRANSLITERATED

1. *Didkovs'ka L. I.* Psihosomatika: osnovi psihodiagnostiki ta psihoterapii : [navch. posib. dlja vishh. navch. zakl.] / Didkovs'ka L. I. – L. : Vid. centr LNU im. I. Franka, 2010. – 264 s.
2. *Ljuban-Plocca B.* Psihosomaticheskij bol'noj na prieme u vracha / Ljuban-Plocca B., Pel'dinger V., Kreger F. – SPb.: NIPI im. V. M. Behtereva, 1994. – 245 s.
3. *Nakazna I. M.* Psihosomatika : [navch. posib.]. / Nakazna I. M. – Nizhin : vid-vo NDU im. M. Gogolja, 2010. – 132 s.
4. *Antropov Ju. F.* Psihosomatichni rozladi [lekcija] ; [Elektronnij resurs] / Ju. F. Antropov. – K. : Institut psihoterapii i klinichnoji psihologii, 2001. – Rezhim dostupu : <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1125>
5. *Smulevich A. B.* Psihogennye zabojevanija / A. B. Smulevich, V. G. Rotshtejn [Jelektronnyj resurs]. – Onlajn biblioteka. – Rezhim dostupa : <http://www.koob.ru>

Sheleg L. S. THE CLASSIFICATION OF CONCEPTS AND THE BASIC SIGNS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS. During the first half of the twentieth century we have identified three relatively distinct of research the areas of psychosomatic status of the individual: Western European (mainly, German), Russian (Soviet Union) and the USA. Each of them was based on some theoretical and methodological basis. This allows us to offer the following typology of the relevant concepts: 1) psychoanalytic – were devoted to the interaction of conflict aspects of personality (instinct, intellect and consciousness); 2) psychophysiological – were based on the postulate of the unity of the brain, mental and physical manifestations; 3) psychodynamic – were focused on establishing personal specifics origin and course of psychosomatic disorders. The first group includes the concept of conversion (Doetsch F.), «the meaningful activities «Id» (Groddek G.), «the organ neuroses» (G. Heyer and E. Vitkover) and others. The second group is represented by the theory of conditioned reflexes of I. Pavlov, «organ inferiority and its psychical compensation» (A. Adler), «a vegetative emotional support» (W. Cannon), a stress (H. Selye) etc. To the third group we include the concept of «specificity intrapsychological conflict» (F. Alexander), «the personality profile» (F. Dunbar), «the accented personality» (K. Leongard), the alexithymia (P. Sifneos) and others. The classification of B. Luban-Plottsa provides: 1) the psychogenic disorders without organic manifestations; 2) the functional psychosomatic syndromes (cardioneurosis, migraine, depression hidden, etc.); 3) psyhosomatozis; 4) psychosomatic disorders, which associated with features of emotional response. Psychosomatic disorders – the result of the negative impact of the specific characteristics of individual emotional response to the stressful situation or chronic trauma on the functioning of organs or systems.

Keywords: psychosomatic status of a person, typology, classification, psychosomatic concepts, psychosomatic disorders, alexithymia.

Отримано 16.01.2015

УДК 371.132

Шопіна Марина Олександрівна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ТВОРЧОГО ПОТЕНЦІАЛУ ВИХОВАТЕЛІВ ДНЗ В УМОВАХ ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ

Шопіна М. О. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ТВОРЧОГО ПОТЕНЦІАЛУ ВИХОВАТЕЛІВ ДНЗ В УМОВАХ ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ. Основну увагу в статті зосереджено на понятті розвитку творчого потенціалу вихователів дошкільних закладів, що розглядається як сукупність соціокультурних і творчих характеристик особистості педагога дошкільної освіти, що виражає готовність удосконалювати педагогічну діяльність. Аналізуються підходи до специфіки прояву психологічних властивостей та можливостей реалізації творчого потенціалу. Розглянуто особливості розвитку та реалізації творчого потенціалу вихователів ДНЗ на курсах післядипломної педагогічної освіти. Простежено різноманітні прояви творчого потенціалу особистості вихователя, визначено методи підвищення творчого потенціалу педагога дошкільної освіти. У статті розглядаються чинники, що сприяють розвитку творчого потенціалу вихователя, висвітлено творчий потенціал педагога дошкільної освіти, як динамічну особистісну структуру, що виражається інтеграцією ціннісного, когнітивного та діяльнісного компонентів.

Ключові слова: вихователь, творчий потенціал, професійний потенціал, творчі завдання, підвищення кваліфікації.