

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (Часть 1)

Л. П. Великанова, Ю. С. Шевченко

*Астраханская государственная медицинская академия, г. Астрахань,
Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва*

В общемедицинской практике все больше больных, страдающих нераспознанными психическими расстройствами (89). Прежде всего, это касается пограничных состояний и, в частности, «невротических» и «соматизированных» расстройств, близость которых подчеркивается их представленностью в МКБ-10 в общей диагностической рубрике. Приводимые эпидемиологические данные существенно превышают количество диагностированных случаев.

Широкий диапазон показателей распространенности отражает несовершенство классификации этих форм патологии, отсутствие четкого понятийного аппарата, противоречивость дефиниций, отсутствие единой концепции неврозо- и психосоматогенеза, четких критериев отграничения невротических и психосоматических расстройств от психологических феноменов (6, 85, 87). Пациенты с соматизированными и соматоформными расстройствами, маскирующими психическую патологию, длительное время наблюдаются врачами-интернистами, поглощают их рабочее время, порой подвергаются дорогостоящему обследованию. Психовегетативные симптомы и синдромы становятся наиболее частым источником диагностических ошибок и бесполезного или даже вредного лечения, что порождает разочарование пациентов и фрустрацию врачей. В то же время часто это лица, находящиеся на донозологическом этапе собственно психосоматической болезни, с обратимыми функциональными нарушениями, весьма перспективными в плане психофармакологического и психотерапевтического лечения или даже психологической коррекции (9, 12, 50, 87, 107, 144, 147).

Структура детской заболеваемости также изменилась в пользу болезней адаптации или психосоматических нарушений (52). Выборочные исследования детей и подростков соматического стационара показали, что в 53,2% случаев соматические нарушения обусловлены психическими (депрессивными) расстройствами (7).

Патоморфоз психических болезней, выражающийся в соматизации психопатологических прояв-

лений (7, 27, 32, 50–52, 131), а также все большая «невротизация» соматических заболеваний (141) вовлекает в обслуживание данного контингента широкий круг специалистов, не готовых к решению возникающих при этом проблем. Актуальным становится формирование моделей взаимодействия психиатров и других медицинских специалистов (89).

Определение понятия психосоматических расстройств

Психосоматика – направление медицинской психологии и практической медицины, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний. Оно имеет такую же историю, как и врачевание вообще. Еще Гиппократ (190), исходя из умозрительных представлений о жидкостях тела, утверждал, что гораздо важнее знать, какой человек болен, чем знать, какой болезнью болен человек. Врач Древней Индии Бхаскаре Бхатте считал, что тоска, гнев, печаль, испуг – «первые ступени на лестнице любой болезни» (цит. по 133). На знании тесных взаимоотношений тела и мозга основывается индийское учение йога. Психосоматическое направление воплощает основополагающий холистический принцип медицины о единстве души и тела (58, 93, 110, 115, 116, 153).

Как научное направление, психосоматическая медицина сформировалась в начале прошлого века. Ее базисом послужил психоанализ, а в дальнейшем она развивалась с позиций нервизма последователями И.П.Павлова.

Термин «психосоматика» принадлежит немецкому психиатру Иоганну Хейнроту (189), который как проявление психического заболевания, так и патологию внутренних органов объяснял последствиями внутреннего психологического конфликта, психогениями (160). Понятие «психосоматическая медицина» (163) стало употребляться позже как альтернатива узко локалистическому подходу в медицинской практике. Как подчеркивает В.Бройтигам и соавт. (153), «психосоматическая медицина при своем зарождении выступила против органапа-

тологических и органоцентрических установок, подчеркнув значение всего организма и, прежде всего, душевных процессов в развитии патологии человека». По мере поиска жестких и однозначных связей между «душой» и телом, было выдвинуто множество гипотез и накоплено большое количество научных данных в различных областях клинической и экспериментальной медицины, психологии, психофизиологии, позволивших прийти к мнению о многофакторной причинности психосоматических заболеваний и сформировать концептуальный подход к человеческому организму со всеми его болезнями – психосоматический (53–55, 169). Со временем был выработан более строгий взгляд на диагностику психосоматического расстройства, подчеркивающей связь между индивидуальным развитием и биологическими факторами в ходе естественной истории человека (153). Сложилось представление о психосоматическом расстройстве как о заболевании, при котором выявляется четкая связь: предрасположенность – личность – ситуация. В то же время сформировалось понимание нелинейности, опосредованности влияния социально-психологических факторов на соматический статус человека.

В современной медицине термин «психосоматический» используется двояко. В широком смысле – как научно-практический интегративный подход, учитывающий комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний (52–55, 132). Множество этиологических факторов, взаимодействуя между собой, образуют варианты их констелляций с меняющейся приоритетностью и соподчиненностью. Все перечисленное отражает многоуровневость целостной структуры организации человека и свидетельствует о сложности патогенеза психосоматических расстройств, который до конца не ясен (68).

В узком смысле термин «психосоматический» используется для обозначения группы заболеваний, отличающихся значительным психопатологическим полиморфизмом, что подчеркивается их положением в современной классификации болезней МКБ-10 (84). Психосоматические расстройства традиционно рассматриваются в пределах двух основных подходов – «психоцентрического» и «соматоцентрического» (79). Заболевания первой группы возникают как результат влияния острого и хронического психического стресса и именуется как «болезни адаптации» (53). Заболевания второй группы – соматогенные и нозогенные. В современном руководстве по психиатрии (106) психосоматические расстройства определяются как группа состояний, возникающих на основе взаимодействия психического и соматического факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание или развивающейся соматической патологией под влиянием психогенных факторов. Такое определение можно считать общепризнанным как в отечественной, так и в зарубежной ме-

дицине (32, 52, 53, 57, 60, 65, 79, 86, 93, 110, 113, 115, 131, 153, 229). В эту же группу включаются и соматогенные психозы – реакции экзогенного типа (114, 116, 118). Встречается определение психосоматических расстройств как «псевдоорганических», психогенных висцеро-вегетативных нарушений, «псевдосоматических» (131). Поскольку «психосоматический подход стереоскопический» – при формировании и развитии любого заболевания нельзя исключить влияние психологических и физиологических факторов – он может быть применим ко всем болезням (93, 169, 238).

Таким образом, понятие психосоматических расстройств довольно ёмкое, включающее психогенно обусловленные соматические расстройства, соматически проявляющиеся (маскированные) эндогенные нарушения и соматогенные (соматопсихические) психические расстройства.

Наиболее дискуссионной является проблема именно психогенных соматических нарушений или классических психосоматозов, которые и определили рамки настоящего обзора.

По определению 6-го семинара ВОЗ (цит. по 37), основной вариант психосоматических расстройств – это психофизиологическое сопровождение эмоций, являющееся их обязательной составной частью.

Особенностью этой «ядерной» группы психосоматических расстройств является то, что их происхождение обусловлено нарушениями психической сферы, а проявления преобладают в соматической и, в связи с этим, выступают на первый план. То есть, происхождение большинства функциональных соматических нарушений так или иначе связано с аффективной патологией (12, 107). На этом основании психосоматические расстройства можно определить как эмоциональные нарушения с психологическими (аффективными) и соматическими (вегетососудистыми) проявлениями, которые возникают в функционально перегруженных или поврежденных висцеральных системах (7, 12). Психосоматическими принято считать расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов (65), с четкой ориентированностью патологических проявлений на определенную висцеральную систему (14). Дальнейшее изложение посвящено именно последнему контексту психосоматических расстройств.

Классификация психосоматических расстройств

Общепринятая классификация психосоматических расстройств отсутствует, хотя предпринимаются усилия по их интеграции в единую патогенетически обоснованную систему. На протяжении всего развития учения о психосоматических расстройствах эти психопатологические состояния не выделялись в силу их эмоциогенного происхождения и, соответственно, нозологической неспецифичности (12).

Традиционно упоминаются 3 группы психосоматических заболеваний: психосоматические функциональные расстройства – пограничные, невротические; органические психосоматические расстройства – классические психосоматозы; психосоматические расстройства в более широком смысле – склонность к травматизму, связанная с индивидуально-личностными особенностями (37, 87, 119, 123, 140, 151, 209, 233, 254). П.И.Сидоров и А.В.Парняков (110) дополняют эту эклектическую триаду психосоматическими реакциями и конверсионными симптомами.

Более подробно данная систематизация выглядит следующим образом.

1) Функциональные расстройства – общие и системные неврозы (или неврозы органов). При общих неврозах ведущее место в клинической картине занимают психические нарушения; при системных неврозах преобладают вегетативные и соматические расстройства. Следует отметить нечеткость разграничения системных неврозов (психогенный энурез, энкопрез, психогенные тики, заикание) и неврозов органов (кардионевроз, импотенция и др.)

2) Органические – безусловные психосоматозы – собственно психосоматические заболевания, первоначально представленные как *holy seven* или «чи-кагская семерка», а затем все более широким кругом расстройств (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, язвенный неспецифический колит, ревматоидный артрит, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, стенокардия, бронхиальная астма, остеохондроз, экзема, псориаз, опоясывающий лишай). Определение «органические» относится, безусловно, лишь к поздним стадиям психогенного заболевания с ведущим психосоматическим синдромом.

В эту же группу включаются условно психосоматические заболевания, возникающие в тех случаях, когда психологические и поведенческие факторы меняют неспецифические реакции организма. В ранних работах З.Фрейд (181) отмечал, что сильные аффекты могут оказывать влияние на сопротивляемость или увеличение восприимчивости к инфекционным заболеваниям, на возбуждение заболеваний прочих органов и даже на возможность сокращения жизни. В настоящее время имеется много доказательств связи между эмоциями, функцией иммунной системы и различными заболеваниями, в том числе инфекционными и опухолевым ростом (3, 97, 149, 167, 172, 205, 257). Как подчеркивает В.Бройтигам и соавт. «психосоматика ... проявляет отчетливое стремление к расширению своей компетенции с включением групп болезней, которые традиционно относились к внутренним, инфекционным, неврологическим и собственно психическим заболеваниям...» (153).

3) Психосоматические расстройства, проявляющиеся саморазрушающим (самодеструктивным) поведением: алкоголизм, наркомания, склонность к травматизму, подверженность несчастным случаям

(37, 87, 110, 123, 140, 151, 209, 233, 254). По сути – это соматические осложнения психических заболеваний и поведенческих девиаций.

Классификация Ю.М.Губачева и Е.М.Стабровского (37), учитывая многопричинность психосоматической патологии, основывается на ведущей роли наиболее «весомых» патогенных факторов и включает ситуационный, личностный, психопатологический, церебральный и соматический варианты психосоматических заболеваний.

В классификации В.Я.Гиндикина (32) используется нозологический подход. Применительно к исследованию взаимозависимости психических и соматических заболеваний, по его мнению, могут быть выделены 3 варианта их соотношений. Первый – относительно независимое возникновение соматических и психических расстройств. По существу речь идет о комбинации (коморбидности) соматического и психического заболевания, которая не исключает их взаимного влияния. Второй вариант – с преобладанием этиологической и патогенетической роли психического фактора. Включает собственно психосоматические заболевания и соматизированные психические расстройства (ранние возрастные функциональные психические расстройства, соматоформные расстройства невротического уровня и психосоматические – маскированные расстройства). Третий вариант – с преобладанием этиологической и патогенетической роли соматического фактора.

Такой подход, рассматривающий психосоматические расстройства в тех или иных нозологических координатах, более всего отвечает задачам медицинской практики с точки зрения выбора терапии и прогноза ее эффективности (88).

Эта классификация представляется в какой-то своей части наиболее понятной и удобной для восприятия. Но ощущение терминологической расплывчатости остается. Казалось бы, соматоформный – достаточно четкий термин для обозначения расстройств психогенно-невротического уровня, соматизированный – для эндогенной патологии. Но они объединены под общим термином – соматизированные, уже наполненным конкретным содержанием. В МКБ-10 «соматизированное расстройство» рассматривается как подгруппа «соматоформных расстройств», хотя оно имеет отличия и должно бы выделяться как самостоятельная диагностическая категория. Включение последнего в одну группу с невротическими и стрессовыми нарушениями оправдано в отношении уровня расстройств, но не в отношении патогенеза (психогенеза) (32, 127).

В МКБ-10, основанной на синдромальном принципе, психосоматические расстройства разбросаны по разным рубрикам, что не только не проясняет место этой широко распространенной патологии, но еще более уменьшает шансы ее адекватного диагностирования и терапии (12).

А.Б.Смулевич (114, 116) также отмечает, что клинические проявления, определяемые понятием

«психосоматические расстройства», отличаются значительным полиморфизмом. Однако, несмотря на многообразие, состояния этого круга объединяет общий признак: «перекрывание» расстройств психической и соматической сферы. Используя в качестве критерия разные уровни коморбидности соматической и психической патологии, он выделяет две группы психосоматических расстройств (116).

Первая группа – психосоматические состояния. Перекрывание на уровне соматизированных, соответствующих соматическим симптомам, расстройств.

Включает: 1 – соматическую патологию, амплифицированную (усиленную) конверсионными, тревожно-фобическими и другими психическими расстройствами; 2 – соматическую патологию, дублированную атрибутивными (ситуационно возникающими) соматоформными расстройствами; 3 – психическую патологию, редуцированную до уровня соматоформных расстройств (органные невроты).

Как считает ряд авторов (цит. по 116), в соответствии со структурой психосоматических соотношений, перечисленные варианты составляют континуум психосоматических и соматопсихических патологических состояний.

Психосоматические соотношения, отнесенные к первому и второму вариантам, автор определяет как психосоматические заболевания в традиционном, «узком» понимании этого термина или реакции по типу симптоматической лабильности (115).

Третий вариант описывается в рамках психических нарушений с преобладанием вегетативных проявлений со времени выделения Кулленом невротозов в 1776 году (152). В 1958 году W.Thiele (253) был описан психовегетативный синдром, клиническим содержанием которого являются разнообразные вегетативные расстройства. В литературе он встречается также под названием: «вегетативный невротоз» (154), «вегетативная дистония» (184), «астеновегетативный синдром» (261). Психопатологически соматоформные расстройства (F45 по МКБ-10) проявляются чаще всего в виде симптомокомплексов, обозначаемых как конверсионное (в традиционном представлении), соматизированное, хроническое болевое соматоформное расстройство (114, 116).

Вторая группа – психореактивные состояния. Она включает психогенные реакции – нозогении и соматогенные реакции – соматогении.

Систематика психосоматических расстройств для врачей общей практики (14) включает психосоматические реакции как начальные проявления психосоматических расстройств; функциональные психосоматические синдромы (органные невроты); собственно психосоматические заболевания или психосоматозы с морфологическими изменениями в органах. По сути, авторами представлена динамика неблагоприятно текущего психосоматического синдрома (реакции – устойчивые патологические

состояния – психосоматические заболевания с органическими изменениями), которая в случае психогенной природы расстройств может не совпадать с динамикой психогении – общей для всей группы болезней психогенной этиологии (17).

Классификация Ю.Ф.Антропова, Ю.С. Шевченко (12), разработанная для педиатрической практики, базируется на локализационном и патогенетическом принципах и содержит 6 уровней. Психосоматические нарушения выделяются по локализации, по качественным и количественным особенностям, по распространенности, по степени клинической выраженности депрессивных проявлений, по генезу депрессивных нарушений и по их качественным особенностям.

Описываются доблезненные нарушения – физиологические вегетососудистые реакции: эпизодические, редкие, невыраженные функциональные нарушения на фоне незначительного, кратковременного эмоционального проявления. Ограничиваются сердечно-сосудистой, респираторной и кожной системами. Они являются адаптационными и не должны расцениваться как психосоматические расстройства (12).

Психосоматические реакции в значительной мере напоминают непатологическое реагирование. В то же время они относительно фиксированы, устойчивы, дезадаптируют индивида как за счет аффективных, так и соматических нарушений. Могут проявляться в различных органах и системах без признаков их органического поражения.

При большой частоте, выраженности и обязательно относительной продолжительности существования аффективных и соматических расстройств, при определенной тенденции к синдрообразованию, формируется локализованное психосоматическое состояние. Оно представляет второй этап динамики невротической депрессии, на протяжении которого у большинства больных отмечается формирование выраженной и стойкой органической патологии органа или системы – психосоматического заболевания.

Анализируя современные классификации психосоматических расстройств, нельзя не согласиться с выводом В.Я.Гиндикина о том, что «...к настоящему времени соответствующий понятийный аппарат утратил четкость» (32), а отсутствие единой классификации психосоматических расстройств отражает недостаточную ясность механизмов их патогенеза, соотношений отдельных клинических форм и динамики.

Эпидемиология психосоматических расстройств

Отмеченные выше нерешенные вопросы проблемы психосоматических заболеваний предопределяют серьезные трудности в изучении их эпидемиологии. О распространенности психосоматических расстройств можно судить с относительной точностью, так как эти больные нередко выпадают из

поля зрения врачей, обращаясь к экстрасенсам, целителям. В населении их частота колеблется по различным данным от 0,5% до 50% , а в общей медицинской практике – от 10% до 66,8% (116, 118, 153, 203, 259). Широкий диапазон показателей распространенности отражает уже упоминавшееся несовершенство классификации этих форм патологии, отсутствие четкого понятийного аппарата, противоречивость дефиниций. Соматические расстройства в структуре маскированных депрессий обуславливают длительный поиск соматических заболеваний и прогрессирование психической патологии.

Практическое решение проблемы психосоматических заболеваний целиком связано с их выявлением на первичном этапе – функциональных, обратимых расстройств (38). Врачи общей практики в силу недостаточной осведомленности находят психосоматические нарушения у своих больных только в 4% случаев (48). Распространенность обращений, связанных с депрессиями, в общей медицинской сети достигает 10%, а распознаются они интернистами только у 10–30% от этого числа (258). 87% врачей территориальных поликлиник затрудняются в распознавании и терапии депрессивных расстройств, тогда как именно к ним, а не к психиатрам, опасаясь стигматизации, в первую очередь обращается большинство депрессивных пациентов (35, 74). Депрессия, таким образом, выходит за рамки психопатологической проблемы (69, 117), да и в целом в общей медицинской практике все больше больных, страдающих нераспознанными психическими расстройствами (89).

По данным В.Я.Гиндикина (32) все пограничные психические расстройства встречаются с частотой 192,6 на 1 000 населения и составляют от 5 до 20% (2), что существенно превышает показатели по данным обращаемости в лечебные учреждения.

Число больных с функциональными (психосоматическими) нарушениями среди детского контингента больных составляет по данным разных авторов от 16 до 68% (20, 53, 54). Выборочные исследования контингента детей и подростков соматического стационара (7) показали, что в 53,2% случаев соматические нарушения были обусловлены психическими (депрессивными) расстройствами.

Концепции патогенеза психосоматических расстройств

Аналізу данного аспекта посвящено достаточное количество обзорных публикаций (11, 52–55, 72, 79, 87, 115, 116, 131, 153, 265), поэтому авторы позволяют себе преимущественно резюмирующее его освещение. Основные концепции патогенеза представлены в таблице.

З.Фрейд (180) принадлежит одна из первых психодинамических концепций развития психосоматических заболеваний, в основе которой – процессы вытеснения неотреагированных переживаний и их конверсия в символические телесные симптомы.

Помимо конверсионной, им описана модель формирования соматических симптомов как «эквивалента приступов невротической тревоги». G.Groddeck (187) использовал конверсионный механизм для объяснения развития других болезней, в том числе и внутренних органов. Впоследствии S.E.Jelliffe (198) указал на возможность трансформации соматоформных синдромов в органическую (собственно соматическую) патологию. Дальнейшим развитием психоаналитического подхода явилась концепция вегетативного невроза Ф.Александера (144), который помимо конверсионного механизма отмечал адекватные изменения в вегетативном функционировании при эмоциональном напряжении. Им были описаны также модели конфликтных ситуаций – «специфические эмоциональные конфликты», возникающие у определенных типов личности и характерные для определенных заболеваний. По существу, концепция вегетативного невроза обозначила динамику развития теории психосоматических заболеваний в современном понимании.

Еще Гиппократ (190) и Гален (цит. по 110) связывали определенные болезни с особенностями темперамента. Известная со времен Э.Кречмера (208) и У.Шелдона (241) корреляция психотипов и соматотипов (включающих строение тела и психомоторику) послужила основанием для выделения психосоматических типов: соматопатии (235, 236), невропатии (61, 128, 129, 207), тревожно-мнительного варианта психастенического типа психопатий (30), «психосоматического диатеза» (94), «потенциально-патогенной организации личности» (161, 162), «пограничной аномальной личности» (19). Для перечисленных конституциональных типов характерен «преувеличивающий соматический стиль» (32, 148), особая чувствительность к различным вредностям, слабость регуляции психовегетативной деятельности.

Исследования причин клинического разнообразия психосоматических заболеваний в рамках психоаналитической концепции позволили F.Dunbar (168) сформулировать теорию профилей личности, коррелирующих с различными соматическими заболеваниями. Впоследствии теория F.Dunbar дала толчок для разработки поведенческих типов (178, 199), которые стали рассматриваться как факторы риска развития психосоматических заболеваний. Правомерность их выделения находит подтверждение во многих современных исследованиях (34, 100, 121, 138). Концепция акцентуированной личности (76, 77, 214) позволила установить связи между патогенными факторами и предпочтительными заболеваниями для каждой акцентуации.

Многие исследователи пытались выделить базисные характеристики личности психосоматического больного. Указывали на инфантилизм (59, 87), алекситимию (123, 124, 222–226, 245–247), перфекционизм (87, 136), потребность в поиске (105), выученную беспомощность (243), дефицитарную агрессию (147), антиципационную недостаточность (87, 213).

Основные концепции патогенеза психосоматических расстройств

Пункты и п/п	Общая ориентация и теоретические направления	Суть концепции	Авторы и годы
А.			
Психологическое направление			
1.	Психодинамическая теория рассматривает психосоматоз	а) как конверсию энергии неотреагированных эмоций в телесные симптомы	З.Фрейд, 1894; G.Groddeck, 1917; S.E.Jelliffe, 1936
		б) как результат специфического эмоционального конфликта и вегетативного невроза	Ф.Александрер, 1949; J.Mirsky, 1958
		в) как соматическую реализацию психологических «профилей» личности	F. Dunbar, 1954; Я.Рейковский, 1979
2.	Бихевиоральная теория рассматривает психосоматоз	а) как проявление типов поведенческой активности	M.Friedman, R.Rosenman, 1959; C.D.Jenkins, 1983
3.	Личностная теория рассматривает психосоматоз	а) как «специфическое соматическое лицо» акцентуированной личности	А.Е.Личко, 1977, 1983, 1985; К.Леонгард, 1981
		б) как невротическое выражение инфантильной личности	W.Reich, 1949 (цит. по 141)
		в) как результат перфекционистских установок личности	А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, 1998; В.Д. Менделевич, 2002
Б.			
Биологическое направление			
1.	Конституциональная (соматотипическая) теория трактует телесные болезни	а) как проявление особенностей темперамента	Гиппократ, 460-377 г.г. до н.э.
		б) как проявление особенностей строения тела и характера	Э.Кречмер, 1921
		в) как декомпенсацию пограничной аномальной личности (ПАЛ)	И.В.Боев, 1999
		в) как проявление психопатии, соматопатии (соматотонии), психосоматического диатеза	У.Шелдон, 1942; К.Шнейдер, 1928; П.Б.Ганнушкин, 1933; С.А.Овсянников, Б.Д.Цыганков, 2001
2.	Психобиологическая (соматодинамическая) теория связывает телесные болезни	а) с нарушением процессов десоматизации-ресоматизации	M.Schur, 1955
		б) с процессом двухфазного вытеснения	А. Митчерлих 1954, 1968
		в) с алекситимией	P.E.Sifneos, 1973, 1977, 1996; J.C.Nemiah, 1975, 1977
		г) с проявлением дефицитарной агрессии	Г.Аммон, 1995
		д) с антиципационной недостаточностью	Р.Лазарус, 1970; В.Д.Менделевич, 2002
В.			
Нейрофизиологическое направление рассматривает телесные болезни как результат:			
		а) нарушения кортико-висцеральных отношений	К.М.Быков, 1960; И.Т. Курцин, 1973
		б) нейрогуморальных сдвигов под влиянием стресса	Г.Селье, 1972
		в) нейрогуморальных сдвигов под влиянием эмоционального стресса	Р.Лазарус, 1970
		г) формирования патологических функциональных систем	П.К.Анохин, 1978
		д) проявления потребностей информационной природы эмоций	П.В.Симонов, 1981

Инфантилизм и эмоциональная незрелость легли в основу таких концепций патогенеза психосоматических заболеваний как десоматизация – ресоматизация (218, 237, 262) и двухфазное вытеснение (220, 221), отражающих онтогенетические особенности связи соматических и психологических (эмоциональных) процессов в организме в периоде раннего детства на разных этапах развития психики (61, 134).

Мнения относительно правомерности выделения ряда личностных профилей, предрасполагающих к возникновению конкретных психосоматических заболеваний и определяемых целостными патохарактерологическими свойствами, противоречивы (59, 116). Анализ приведенных литературных данных позволяет заключить, что определенная констелляция психологических предпосылок хотя и является неспецифической, но с достаточным

постоянством и устойчивостью обнаруживается в обширном круге психосоматической патологии. В то же время обращает внимание частое смешение дефиниций, определяющих личностную и характерологическую типологию, имеющих отношение к избирательной чувствительности к определенным психотравмирующим воздействиям и к конституциональной предпочтительности того или иного соматического реагирования.

Следует отметить, что многообразие приведенных концепций объединяет то, что так или иначе, все они отражают спектр эмоционального («неотреагированные эмоции», «специфический эмоциональный конфликт», «дефицитарная агрессия» и т.п.) или эмоционально-когнитивного («перфекционизм», «антиципация», «поисковая активность») реагирования личности. Другими словами, особенности эмоциональной сферы, наиболее онтогенетически ранней, базисной формы психического отражения (98), являются концентрированным выражением особенностей личности в целом.

Безусловным является признание ведущей роли аффективной психопатологической детерминанты психосоматических расстройств (25, 37, 41–43, 46, 52, 53, 87, 144, 146, 147, 156, 164, 165, 180, 181, 185, 188, 195, 196, 212, 232).

Среди депрессивных составляющих, динамизирующих соматический процесс, наибольшее значение придается тревожному, тоскливому (1, 4, 7, 8, 11, 13, 15–18, 24, 46, 52, 56, 62–64, 66, 67, 80, 82, 83, 96, 97, 99, 102, 111, 120–123, 130, 131, 138, 142, 158, 166, 174, 200, 205, 231, 234, 240, 256.) и гневливому аффекту (21, 39, 87, 146, 147, 171, 204, 230, 244, 248, 249). В последнем случае речь может идти о недоразвитии уровня «экспансии» в структуре врожденных психотехнических механизмов саморегуляции базальной аффективности (75, 92). Депрессивные реакции и реакции с преобладанием тревоги, являясь типичными и наиболее распространенными психическими реакциями на стресс (31, 47, 87, 206, 212), в свою очередь, усугубляют различные соматические патологические состояния (105, 112).

Представление о предпочтительном вегетативно-сосудистом сопровождении и эффекторных соматических мишенях сформировалось в ходе физиологического исследования психических явлений и становления нейрофизиологического направления в медицине (95, 108). Доказательства единства психических и физиологических явлений легли в основу концепции кортико-висцеральной патологии (22, 23, 44, 45, 73, 139, 185) и позволили обосновать психогенез ряда соматических заболеваний, известных в настоящее время как «истинно» психосоматические.

Особенно наглядно связь эмоциональной сферы и телесных симптомов выступает в структуре формирования психогенных расстройств в детском возрасте (8, 26, 63, 125, 129, 145, 160, 179, 182, 227, 250, 251, 255).

Научные гипотезы и накопленные экспериментальные данные (37, 46, 70, 150, 155, 156, 181, 185, 187, 195, 196, 207, 212, 260) получили развитое и конкретизированное воплощение в биологической теории П.К.Анохина (5) о функциональных системах. Эмоции явились одним из наиболее демонстративных примеров проявления соматовегетативной интеграции, согласованного течения центральных и периферических процессов.

Известно, что в норме эмоциогенное включение вегетативных механизмов является приспособительным и не ведет к патологии (78). При наличии структурных изменений в органах, либо при условии чрезвычайной силы или длительности эмоциональных состояний, они становятся факторами патогенеза соматических заболеваний (36, 71, 90, 104, 110, 153, 191). Более глубокое и полное свое воплощение это положение нашло в нейрогуморальной теории или теории стресса (213, 242).

Естественный генез эмоционального стресса предполагает, помимо запускающей его индивидуально значимой ситуации, генетическую и индивидуальную неустойчивость и предрасположенность к стрессу (44, 81, 87, 116, 126, 153, 157, 165, 170, 263, 264). Последнее определяется конституциональными особенностями природно-психического и индивидуально-психического уровня личности (инстинкты, влечения, низшая аффективность, темперамент, характер), степень выраженности которых может оставаться в рамках нормы (акцентуация) или выходить за ее пределы (пограничная аномальная личность, психопатия, невропатия), на что уже указывалось выше (10, 12, 19, 30, 61, 94, 123, 127, 128, 129, 161, 162, 206, 208, 232, 235, 236, 241).

Индивидуальная чувствительность к психотравмирующим воздействиям соответствующего содержания может быть связана с социально-психическим уровнем личности, во многом определяемым типом воспитания. Помимо социальных самозапретов личности, подавляющих агрессию, вытесняющих конфликтные переживания (29, 33, 49, 103, 137, 193, 194, 201, 215), играют роль и такие психические особенности, как перфекционизм (87, 142), антиципационная недостаточность (87, 213), поисковая активность (105), выученная беспомощность (243), алекситимия (28, 29, 91, 103, 123, 124, 175, 176, 210, 216, 217, 219, 222, 224, 226, 239, 245, 246, 247).

Концепции алекситимии отводится роль новой парадигмы психосоматической медицины (252). Ее рассматривают как фактор риска развития не только психосоматических (88, 101, 123), но и многих других заболеваний (143, 159, 173, 177, 183, 186, 202, 228), а также аддиктивных и послестрессовых расстройств, маскированных депрессий (32).

Алекситимия может быть следствием нейропсихологических проблем, нарушающих процессы восприятия, осознания и выражения эмоций (109, 192, 222), и представлять негативно-дизонтогенетический феномен по В.В.Ковалеву (61), обуславливающий преобладание механизмов приспособления над

механизмами овладения в адаптации ребенка к окружающей среде. Такой архаический дисбаланс предрасполагает к срыву адаптации именно в форме психосоматического реагирования (фило- и онтогенетически более старого и ригидного), а не невротического (более молодого и гибкого) (61, 128, 129, 134, 135).

Вторичная алекситимия (175, 202) может являться следствием травматизации и выполнять защитную функцию в виде регресса к соматизированным и недифференцированным формам аффективности.

Таким образом, не глубинные личностные конфликты, а индивидуально-психические, дизонтогенетические особенности определяют эмоциональные реакции больного и, следовательно, дают возможность прогнозировать развитие соматического заболевания в зависимости от его конституционального профиля. Их анализ и учет при изучении психосоматических заболеваний, также как и других психогений, позволят ответить на ряд вопросов: почему конфликт, вызвавший стресс, оказался неразрешимым для данного человека; почему стресс перешел в дистресс; почему стресс стал реализовываться именно как психосоматическая патология, а не невротическая или патохарактерологическая; почему психосоматическое «русло» психогении вывело на конкретную органную систему; почему внешние и внутренние саногенные факторы (компенсаторные силы организма, жизненный опыт, семейный микроклимат, проводимая терапия и др.) не обеспечили выздоровление от изначально функциональных психогенных расстройств.

Приведенный анализ литературных данных иллюстрирует множественность составляющих патогенеза психогенных психосоматических нарушений, многоуровневость патогенетических взаимоотношений, их иерархическую неравноценность.

Ни одна из упомянутых концепций патогенеза не может претендовать на статус всеобъемлющей. Однако, каждая из них, акцентируя внимание на тех или иных аспектах патогенеза психосоматических расстройств, своим эпицентром имеет эмоциональную сферу. Доминирующее значение эмоций и осо-

бенностей эмоционального реагирования по отношению ко всем остальным звеньям патогенеза подкрепляется онтогенетически наиболее архаичным положением эмоций (представленных базальной аффективностью) среди других психологических составляющих и их неперенной включенностью во все сферы психической организации человека (75, 98, 109, 112).

Современный человек в процессе воспитания научается контролировать внешние проявления эмоций, но не их вегетативный, соматический компонент. Эмоциональные состояния подчиняются жестким причинно-следственным связям и протекают в рамках строгих нейродинамических соотношений. В итоге возникает стойкое повышение тона ряда заинтересованных внутренних органов и формируется соматическая (психосоматическая) патология. Отсюда становится ясной ее цивилизационная природа, поскольку, чем произвольнее и нетрадиционно-филогенетичнее поведение человека в онтогенезе, тем чаще оно расходится с естественным эмоционально-вегетативным контекстом реагирования.

В самом общем виде механизм психосоматических заболеваний можно представить следующим образом: психический стрессор вызывает аффективное (эмоциональное) напряжение, которое активизирует нейроэндокринную систему и вегетативную нервную систему, в результате чего регистрируются функциональные изменения, приводящие при длительном существовании стрессора к изменениям на органическом (органным) уровне.

Принимая во внимание первостепенную значимость эмоций в патогенезе психосоматических нарушений, при проведении психологических исследований следует четко разграничивать исходные доболезненные эмоциональные состояния и вторичные, обусловленные болезненными изменениями, эмоциональные сдвиги. Не умаляя значения исследований верифицированных нозологических форм психосоматических расстройств, приходится признать необходимость более пристального внимания к проспективным и мониторинговым психологическим исследованиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 1993. – 400с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 2000. – 496 с.
3. Александровский Ю.А., Палько О.Л., Новиков Д.А., Чехонин В.П. Особенности клинко-иммунологического статуса больных с пограничными расстройствами // Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 223–225.
4. Ананьев В.А. Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвенным состоянием и язвенной болезнью. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Л., 1988. – 18с.
5. Анохин П.К. Избранные труды. – М.: Наука, 1978. – 400 с.
6. Анохин П.К., Судаков К.В. Эмоции и здоровье // Будущее науки. – М., 1973. – С. 190–211.
7. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков (клиника, атогенез, систематика и дифференцированная терапия). – М., 1997. – 198 с.
8. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. – М.: Медпрактика, 2000. – 152 с.
9. Антропов Ю.Ф. Динамика невротической депрессии у детей и подростков // Журн. неврол. и психиатрии. – 2002. – № 5. – С. 15–19.
10. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В., Пономарева А.П. Психоземotionalный статус детей с нарушениями моторики кишечника // П-й междунар. конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». – Минск, 2003. – С. 260–261.
11. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и привычные патологические действия у детей и подростков. – М.: Изд-во Института Психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. – 320 с.

12. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
13. Аставацатрян В.А., Кцоян Л.А., Матнишян А.А., Бояджян Г.Г. Влияние длительного психоэмоционального напряжения на иммунологические показатели детей с бронхолегочной патологией // V конгресс педиатров России «Здоровый ребенок». – М., 1999. – С. 17.
14. Байкова И.А. Психосоматические расстройства (классификация, клиника, диагностика и лечение). Метод. рекомендации. – Минск: Белорусский ГИУВ, 1999. – 33 с.
15. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 295 с.
16. Березин Ф.Б., Кулакова Е.М., Шаталов Н.Н., Чарова Н.А. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1998. – № 4. – С. 35–38.
17. Боброва Н.А. Психосоматические расстройства у детей и подростков. Диагностика и лечение в условиях детской поликлиники (на модели гастроэнтерологической патологии). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 161 с.
18. Боброва Н.А., Довгаль М.П. Опыт лечебно-коррекционного воздействия на детей с психосоматическими расстройствами в условиях детской поликлиники // II междунар. конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». – Минск, 2003. – С. 263–264.
19. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. – Ставрополь, 1999. – 362 с.
20. Брызгунов И.П. Между здоровьем и болезнью. Функциональные заболевания в детском возрасте. – М., 1995. – 224 с.
21. Булыгина В.Г., Подмогаева Е.А. Психологические факторы предрасположенности к психосоматическим заболеваниям в подростковом возрасте // II междунар. конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». – Минск, 2003. – С. 264–265.
22. Быков К.М. Кора головного мозга и внутренние органы. – М.: Л., 1947. – 285 с.
23. Быков К.М., Курцин И.Т. Кортиковисцеральная патология. – Л., 1960. – 75 с.
24. Былкина Н.Д. Соотношение самооценки и уровня притязаний в норме и при психосоматической патологии (на материале язвенной болезни двенадцатиперстной кишки). Дисс. ... канд. психол. наук. – М.: МГУ, 1995. – 246 с.
25. Вейн А.М. Проблемы и перспективы детской вегетологии // Актуальные вопросы кардиологии и вегетологии детского возраста. – М., 1986. – С. 73–76.
26. Вейн А.М. Психосоматические отношения // Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. А.М.Вейна. – М.: Медицина, 1991. – С. 374–384.
27. Вертоградова О.П. К проблеме депрессии в общесоматической практике // Депрессия в амбулаторной и общесоматической практике. – М., 1984. – С. 12–17.
28. Ворон О.С., Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Островский И.П. Эмоциональные нарушения у больных с психосоматической патологией // Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 170.
29. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 128–145.
30. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – М., 1933. – 143 с.
31. Гиляровский В.А. Избранные труды. – М.: Медицина, 1973. – 328 с.
32. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М., Изд-во «Триада - X», 2000. – 256 с.
33. Готвальд Ф.Т., Хофланд В.С. Помогите себе сам: Медитация. – М.: СП «Интерэксперт», 1992. – 78 с.
34. Гошкаутас А.А., Кришюнайте Р.Й. Применение психологических методов для измерения поведения, увеличивающего развитие ИБС // Тер. архив. – 1981. – Т. 53. – С. 46–48.
35. Грушковская Т.Е., Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства в первичной медицинской сети // Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства. Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 41.
36. Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д. и соавт. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. – Л.: Медицина, 1976. – 224 с.
37. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
38. Дедков Е.Д., Незнанов Н.Г., Борцов А.В., Пенюгина Е.Н. Подготовка врачей различных специальностей по вопросам психопрофилактики, выявления на ранних стадиях психических расстройств и расстройств поведения // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 155–156.
39. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 7. – С. 59–64.
40. Есаулов В.И., Марилов В.В. Динамика формирования психических нарушений у больных с синдромом раздраженной толстой кишки // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 78.
41. Ефимов Ю.А. О предрасположенности к психосоматическим заболеваниям у детей // Неврозы у детей и подростков. – М., 1986. – С. 51–53.
42. Ефимов Ю.А. Возможности диагностики донозологического этапа развития психосоматических заболеваний // VIII Всесоюз. съезд невропат., психиатр. и наркологов. – М., 1988. – Т. II. – С. 193–195.
43. Ефимов Ю.А. Диагностика предболезненных явлений психосоматических расстройств у детей. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – 1994. – 18 с.
44. Захаржевский В.Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии: механизм специфичности психовегетативного эффекта. – Л.: Наука, 1990. – 176 с.
45. Захаржевский В.Б. Специфичность психовегетативного эффекта в аспекте психосоматической и кортико-висцеральной концепции // Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М., 1993. – С. 122–131.
46. Зеньковский В.В. // Гросс К. Душевная жизнь ребенка. – Киев, 1916. – С. 5–7.
47. Зурабашвили А.Д. Теоретические вопросы психопатологии депрессий // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии/ Под ред. Э.Я.Штернберга и А.Б.Смулевича. – Москва–Базель, 1970. – С. 91–96.
48. Идрисов К.А., Краснов В.Н. Выявляемость аффективной патологии среди населения Чеченской Республики в условиях локальной войны // Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 46.
49. Имедадзе Н.В. Тревожность как фактор учения в дошкольном возрасте // Психологические исследования. – Тбилиси, 1966. – С. 49–57.
50. Иовчук Н.М. Соматизированные депрессии детского возраста // V Всеросс. съезд невропатологов и психиатров. – М., 1985. – С. 52–54.
51. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Под ред. Д.Н.Исаева и Б.Е.Микиртумова. – Л.: Ленингр. педиатр. мед. ин-т, 1990. – С. 15–21.
52. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная Литература, 1996. – 454 с.
53. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 512 с.
54. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей и подростков и психосоматический подход // Конгресс по детской психиатрии. – М., 2001. – С. 222–224.
55. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. – СПб.: Специальная Литература, 2001. – 463 с.
56. Калашников Б.С. Клиника и течение пограничных психических нарушений у детей, страдающих нейродермитом. Дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1986. – 216 с.
57. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 602 с.
58. Карвасарский Б.Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
59. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
60. Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп. / Под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. – Pocket Handbook of Clinical Psychiatry / H.I.Kaplan, B.J.Sadock (Eds.). – Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. – 505 с.
61. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
62. Ковшова О.С. Артериальная гипертония подростков: психосоматический аспект. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Самара, 2002. – 30 с.
63. Козидубова В.М. Особенности психосоматических нарушений при депрессиях у детей и подростков // Науч.- практ. конф. по неврол. и психиатр. детского и подросткового возраста. – Калуга, 1988. – С. 94.

64. Козидубова В.М. Депрессии у подростков (клиника, патопсихологические особенности, вопросы патогенеза). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1992. – 50 с.
65. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия. Учебник. – 2-е изд., доп., перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 576 с.
66. Коркина М.В., Мариллов В.В. Некоторые функциональные психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 9. – С. 1339–1345.
67. Коркина М.В., Мариллов В.В. Особенности формирования и течения психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1987. – № 11. – С. 1697–1700.
68. Коркина М.В., Мариллов В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1998. – № 11. – С. 30–32.
69. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 4. – С. 5–9.
70. Краснушкин Е.К. Избранные труды. – М.: Медгиз, 1960. – 608 с.
71. Краткий психологический словарь / под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. – 2-е изд., расш., испр. и доп. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. – 512 с.
72. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
73. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. – Л.: Медгиз, 1950. – 496 с.
74. Лебедева Е.В. К вопросу о причинах низкой диагностики депрессивных расстройств у пациентов с осложненной формой ишемической болезни сердца // Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Сопровождение главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 67.
75. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М.: изд-во МГУ, 1990. – 197 с.
76. Личко А.Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1977. – № 12. – С. 1863–1865.
77. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – М.: Медицина, 1985. – 416 с.
78. Мазурин Ю.В., Пономаренко В.А., Ступаков Г.С. Гомеостатический потенциал и биологический возраст человека. – М.: Медицина, 1991. – 43 с.
79. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник. – М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. – 928 с.
80. Маначурян Ю.Г. Вторичные психосоматические расстройства у невротических больных // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 87.
81. Мариллов В.В. Клиника и лечение нервной анорексии. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1974. – 150 с.
82. Мариллов В.В., Коркина М.В. Психогенные тошноты и рвоты (особенности развития и формирования) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 5–9.
83. Мариллов В.В., Коркина М.В., Есаулов В.И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздраженной толстой кишки // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 21–27.
84. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «Оверлайд», 1994. – 300 с.
85. Менделевич В.Д. О некоторых психологических механизмах невротогенеза // Психологический журнал. – 1990. – № 6. – С. 113–117.
86. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: «МЕД пресс», 1998. – 592 с.
87. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
88. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – С. 445–446.
89. Незнанов Н.Г., Кочорова Л.Г., Ломаченков А.С. Социально-демографические характеристики и качество жизни больных с аффективными и соматоформными расстройствами в общемедицинской сети // Росс. конф.: «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Сопровождение главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 73.
90. Немов Р.С. Психологическое консультирование. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 528 с.
91. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М., 1993. – С. 84–93.
92. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 362 с.
93. Новикова И.А., Соловьев А.Г. Психологические аспекты психосоматических заболеваний. Метод. Рекомендации / Под ред. П.И.-Сидорова. – Архангельск, 2001. – 46 с.
94. Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. – М.: «Триад-Фарм», 2001. – 100 с.
95. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. – М.: Наука, 1973. – 660 с.
96. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. – Новосибирск: Наука, 1981. – 178 с.
97. Першин С.Б. Стресс, вторичные иммунодефициты и заболеваемость. – М., 1994. – 189 с.
98. Платонов К.К. Система психологии и теория отражения. – М.: Наука, 1982. – 238 с.
99. Побережков М.Н., Корчагина Т.В., Гречихина А.А., Назина О.П. Состояние иммунитета у студентов // Междунар. научно-практ. конф.: «Проблемы психического здоровья молодежи в XXI веке». – Пенза, 2003. – С. 108–110.
100. Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). – Л.: Наука, 1990. – 171 с.
101. Попов Ю.В., Вид В.Д. Клиническая психиатрия. – СПб.: изд-во «Речь», 2000. – 402 с.
102. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – Москва-Воронеж, 2000. – 304 с.
103. Провоторов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. Алекситимия // Журн. невропатол. и психиатр. – 2000. – № 6. – С. 66–70.
104. Психология. Словарь / Под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
105. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поиск активности и адаптация. – М.: Наука, 1984. – 192 с.
106. Руководство по психиатрии: в 2-х т. – Т. 2 / Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.
107. Северный А.А. О некоторых проявлениях соматопсихического синергизма // Тер. архив. – 1987. – Т. 59, № 11. – С. 50–54.
108. Сеченов И.М. (1866). Рефлексы головного мозга. Избранные произведения. – М.: Изд-во Министерства просвещения РСФСР, 1953. – С.31–117.
109. Сидорова О.А. Нейропсихология эмоций. – М.: Наука, 2001. – 147 с.
110. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2-е изд., доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.
111. Симаненков В.И., Гриневич В.Б., Потапова И.В. Функциональные и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. – СПб.: ООО «ЛСП», 1999. – 164 с.
112. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. – М.: Наука, 1981. – 215 с.
113. Смудевич А.Б. Психогенные заболевания // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. – М., 1983. – Т. 2. – С. 342–365.
114. Смудевич А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 1. – С. 5–18.
115. Смудевич А.Б. Психосоматические расстройства // Руководство по психиатрии, в 2-х т. / Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 466–489.
116. Смудевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 2. – С. 35–40.
117. Смудевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. – М.: Мед. информ. Агенство, 2001. – 256 с.
118. Смудевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и соавт. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1999. – № 4. – С. 4–16.
119. Современный словарь по психологии / Авт.-сост. В.В.Юрчук. – М.: Элайда, 2000. – 704 с.
120. Соколов Е.И., Подачин В.П., Белова Е.В. Эмоциональное напряжение и реакции сердечно-сосудистой системы. – М.: Наука, 1980. – 242 с.
121. Соколов Е.И., Белова Е.В. Эмоции и патология сердца. – М.: Наука, 1983. – 302 с.

122. Соловьева С.Л. Эмоциональные состояния больных психосоматическими заболеваниями. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Л., 1991. – 24 с.
123. Соложенкин В.В. Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах. Дисс. ... докт. мед. наук. – Фрунзе, 1989. – 423 с.
124. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1998. – № 2. – С. 18–24.
125. Сосюкало О.Д., Ермолина Л.А., Волошин В.М. и соавт. Депрессии в детском и подростковом возрасте // Научно-практическая конференция по неврологии и психиатрии детского и подросткового возраста. – Калуга, 1988. – С. 125–127.
126. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. – М.: Наука, 1981. – 296 с.
127. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С. Соматизированные психические нарушения // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2001. – № 2. – С. 57–61.
128. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1955. – Т. I. – 458 с.
129. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1959. – Т. II. – 406 с.
130. Сятковский В.А., Азарова Л.А., Сятковская Н.В. Психологические особенности личности детей, больных нейродермитом // II-ой междунар. конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». – Минск, 2003. – С. 274–275.
131. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
132. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. Учебное пособие. – Ярославль: Яросл. гос. ун-т, 1998. – 160 с.
133. Урываев Ю.В., Бабенков Г.И. Психосоматические расстройства. – М.: Знание, 1981. – 64 с.
134. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М.: Медицина, 1973. – 392 с.
135. Ушаков Г.К. Клинический метод исследования в психиатрии и норма реакции // Психосоматическое развитие и норма реакции. Труды института / Под ред. Г.К.Ушакова. – М., 1975. – С. 3–16.
136. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 1. – С. 94–101.
137. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В. и соавт. Концепция соматизации: история и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 81–97.
138. Чернова М.А. Клинико-психофизиологические характеристики больных инфарктом миокарда в процессе лечения и реабилитации. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Астрахань, 2003. – 23 с.
139. Черноуцкий М.В. О кортико-висцеральном патогенезе язвенной болезни // Журн. высш. нервн. деятельн. им. Павлова. – 1953. – Т. 3, № 1. – С. 17–35.
140. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Изд-во «Лань», 1998. – 352 с.
141. Эльштейн Н.В. Общесоматические проблемы терапевтической практики. – Таллин: «Валгус», 1983. – 248 с.
142. Юдеева Т.Ю., Гаранян Н.Г. Феноменология перфекционизма в современных клинико-психологических исследованиях // Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 184.
143. Abramson L., McClelland D.C., Brown D., Kelner S.Jr. Alexithymic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults // J. Nerv. Ment. Dis. – 1991. – Vol. 179, N 8. – P. 490–494.
144. Alexander F. (Александр Ф.) Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С.Могилевско-го. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
145. Amen E.W., Renison N. A study of relationship between play pattern and anxiety in young children // Genetic Psychology Monograph. – 1954. – Vol. L. – P. 146–154.
146. (Ammon G.) Аммон Г. Динамическая психиатрия. – СПб.: Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М.Бехтерева, 1995. – 200 с.
147. (Ammon G.) Аммон Г. Психосоматическая терапия. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000. – 238 с.
148. Barsky A., Klerman G. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles // Am. J. Psychiatry. – 1983. – Vol. 140, N 3. – P. 273–283.
149. Biondi M., Zannino L.G. Psychological stress, neuroimmunomodulation, and susceptibility to infectious diseases in animals and man: a review // Psychother. Psychosom. – 1997. – Vol. 66, N 1. – P. 3–26.
150. Bleuler E. Affektivitat, Suggestivitat, Paranoia. – Halle, Marhold, 1926. – 168 s.
151. Bleuler M. Realistische und unrealistische Zielsetzungen in der Psychiatrie // Psychiatr. Clin. Basel. – 1980. – Vol. 13, N 3–4. – S. 131–138.
152. Bowman L.A. William Cullen (1710–1790) and the primacy of nervous system. – Bloomington, IN, 1975. – 126 p.
153. (Brautigam W., Christian P., Rad M.) Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
154. Brun R. Neurosen // Hoff H. Lehrbuch der Psychiatrie. – Basel, 1956. – Bd. 2. – S. 573–677.
155. (Cannon W.B.) Кеннон В. Физиология эмоций. – М.–Л.: Прибой, 1927. – 311 с.
156. (Cannon W.B.) Кеннон В. Значение эмоциональных факторов в этиологии болезней человеческого организма // Физиол. журн. СССР. – 1937. – Т. 32, № 3–4. – С. 400–423.
157. Chertok L. Les Methodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur, 2-e ed., Expansion. – 1958. – 348 p.
158. Cotterill J.A. Psychophysiological aspects of eczema // Semin. Dermatol. – 1990. – Vol. 9, N 3. – P. 216–219.
159. Cremerius J. Die Prognose funktioneller Syndrome. Ein Beitrag zu ihrer Naturgeschichte. – Stuttgart, 1968. – 128 s.
160. Debryer R. Adolescence et maladie somatique // Adolescence. – 1980. – Vol. 3, N 2. – P. 309–319.
161. Delius L. Psychosomatic diseases in a broad sense, particularly psychoautonomic syndromes // Internist (Berl.). – 1972. – Vol. 13, N 10. – P. 414–420.
162. Delius L. General psychovegetative disorders. Diagnosis and assessment // Med. Welt. – 1977. – Vol. 28, N 5. – P. 222–225.
163. Deutsch F. Die Bedeutung psychoanalytischer Kenntnisse fur die innere Medizin // Wien. med. Wschr. – 1922. – Bd. 72. – S. 357–368.
164. Deutsch F. Der gesunde und der kranke Korper in psychoanalytischer Betrachtung // Int. Z. Psychoanal. – 1933. – Bd. 19. – S. 130–146.
165. Deutsch F. The Psychosomatic concept in psychoanalysis // Int. Univ. Press, New York. – 1953. – Vol. 8. – P. 98–124.
166. Dirks J.F., Robinson S.K., Dirks D.L. Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma // Psychother. Psychosom. – 1981. – Vol. 36. – P. 63–71.
167. Dorian B., Garfinkel P.E. Stress, immunity and illness. A review // Psychol. Med. – 1987. – Vol. 17, N 2. – P. 393–407.
168. Dunbar F. Emotions and bodily changes. – New York: Columbia Univ. press, 1954. – 1192 p.
169. Dunbar F. Psychiatry in the medical specialties. – New York: McGraw-Hill Book Co, 1959. – 535 p.
170. Engel G.L., Schmale A.H. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung // Psyche. – 1967. – Bd. 23. – S. 241–261.
171. Engel G.L. Psychological aspects of gastrointestinal disorders // American Handbook of Psychiatry / S.Arieti (Ed.). – 1975. – Vol. 4. – P. 653–692.
172. Fife A., Beasley P.J., Fertig D.L. Psychoneuroimmunology and cancer: historical perspectives and current research // Adv. Neuroimmunol. – 1996. – Vol. 6, N 2. – P. 179–190.
173. Finn P.R., Martin J., Pihl R.O. Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism // Psychother. Psychosom. – 1987. – Vol. 47, N 1. – P. 18–21.
174. Foucault M. Mental illness and psychology. – N.Y., 1976. – 90 p.
175. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia // Psychother. Psychosom. – 1977. – Vol. 28. – P. 337–342.
176. Freyberger H. Psychosomatische Aspekte bei Magenstorungen // Therapiewoche. – 1978. – Bd. 28. – S. 7034–7046.
177. Freyberger H., Kinsebeck H.W., Lempa W. et al. Psychotherapeutic interventions in alexithymic patient. With special regard to ulcerative colitis and Crohn patients // Psychother. Psychosom. – 1985. – Vol. 44, N 2. – P. 72–81.
178. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings // J. Am. Med. Assoc. – 1959. – Vol. 169, N 12. – P. 1286–1296.
179. Freud A. The infantile neurosis: genetic and dynamic considerations // Psychoanal. Stud. Child. – 1971. – Vol. 26. – P. 79–90.
180. Freud S. On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description “anxiety neurosis” (1895[1984]) // Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 3 / Translated and edited by J.Strachey. – London, Hogarth Press, 1962. – P. 85–117.
181. Freud S. Psychical (or mental) treatment (1905) // Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 7 / Translated and edited by J.Strachey. – London, Hogarth Press, 1953. – P. 281–302.

182. Frommer E.A. Treatment of childhood depression with antidepressant drugs // *Br. Med. J.* – 1967. – Vol. 1, N 5542. – P. 729–732.
183. Fukunishi I., Kaji N., Hosaka T. et al. Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy // *Psychosom.* – 1997. – Vol. 38, N 1. – P. 20–26.
184. Garcia J. Autogenes Training und Biokibernetik. Eine naturwissenschaftliche Fundierung des Psychischen. – Stuttgart: Hippokrates, 1983. – 288 s.
185. (Gellhorn E., Loofbourrow G.N.) Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства (Нейрофизиологическое исследование). – М.: Мир, 1966. – 672 с.
186. Greenberg R.P., Dattore P.J. Do alexithymic traits predict illness? // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1983. – Vol. 171, N 5. – P. 276–279.
187. Groddek G. Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden. – Leipzig: Hirzel, 1917. – 31s.
188. Halliday J.L. Concept of Psychosomatic Affection // *Lancet*, London. – 1943. – N 6275. – P. 692–696.
189. Heinroth J.Ch.A. System der psychisch- gerichtlichen Medizin, oder theoretisch-praktische Anweisung zur wissenschaftlichen Erkenntniss und gutachtlichen Darstellung der Krankhaften personlichen Zustande, welche vor Gericht in Betracht kommen. – Leipzig, 1825. – 554 s.
190. (Hippokrates) Гиппократ. Избранные книги: Пер. с греч. – М.: Биомедгиз, 1936. – 736 с.
191. Holmes T., Rahe R. Holmes - Rahe life changes scale // *J. Psychosom. Res.* – Vol. 11, 1967. – P. 213–218.
192. Hoppe K.D., Bogen J.E. Alexithymia in twelve communitomized patients // *Psychother. Psychosom.* – 1977. – Vol. 28. – P. 148–156.
193. (Horney K.) Хорни К. Невротическая личность нашего времени; Самоанализ: Пер. с англ./ Общ. ред. Г.В.Бурменской. – М.: «Прогресс»-«Универс», 1993. – 480 с.
194. (Horney K.) Хорни К. Наши внутренние конфликты. – М.: Апрель-Пресс, изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 560 с.
195. (Izard C.E.) Изард К.Е. Психология эмоций: Пер. с англ. – СПб.: Изд-во «Питер», 1999. – 464 с.
196. James W. What is emotion? // *Mind.* – 1884. – Vol. 9, N 33. – P. 188–197.
197. (Jaspers K.) Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
198. Jelliffe S.E. Bodily organs psychopathology // *Am. J. Psychiatry.* – 1936. – Vol. 92, N 3. – P. 1051–1076.
199. Jenkins C.D. Psychosocial and behavioral factors // *Prevention of coronary heart disease / H.Kaplan, J.Stambler (Eds.).* – Philadelphia, 1983. – P. 188–197.
200. Jonas B.B., Franks P., Ingram D.D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? // *Arch. Fam. Med.* – 1977. – Vol. 5. – P. 44–48.
201. Karasu T. General principles of psychotherapy // *Specialised techniques in individual psychotherapy.* – New York, 1980. – P. 33–44.
202. Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D. et al. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease // *Psychosom. Med.* – 1994. – Vol. 56, N 3. – P. 237–244.
203. Kellner R. Somatization: Theories and Research // *Nerv. Ment. Dis.* – 1990. – Vol. 3. – P. 150–160.
204. Kellner R., Slocumb J., Wiggins R. et al. Hostility, somatic symptoms and hypochondriacal fears and beliefs // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1985. – Vol. 173, N 9. – P. 554–560.
205. Kiecolt-Glaser J.K., McGuire L., Robles T.F., Glaser R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future // *Psychosom. Med.* – 2002. – Vol. 64, N 1. – P. 15–28.
206. (Краепелин Э.) Крепелин Э. Клинические лекции: Пер. с нем. / Под ред. П.Б.Ганушкина и Т.И.Юдина. – М., 1923. – 457 с.
207. Kraepelin E., Lange J. *Psychiatrie.* – Leipzig: Barth, 1927. – Bd. 1. – 954 s.; Bd. 2. – 1471 s.
208. (Kretschmer E.) Кречмер Э. Строение тела и характер. – М.: Педагогика-Пресс, 1995. – 608 с.
209. Krystal H. The opiate withdrawal syndrome as a state of stress // *Psychoanal. Q.* – 1962. – Vol. 36, Suppl. – P. 54–65.
210. Krystal H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment // *Intern. J. Psychoanal. Psychother.* – 1982. – Vol. 9. – P. 353–378.
211. Krystal H., Krystal J. *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia.* – Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1988. – P. 250–309.
212. Lange C. *Les Emotion.* – Paris: Alcan, 1895. – 190 p.
213. (Lazarus R.) Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологическое исследования // *Эмоциональный стресс.* – Л.: Медицина, 1970. – С. 178–208.
214. (Leongard K.) Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев: Вища школа, 1981. – 390 с.
215. Lipowsky Z. J. Somatisation // *Am. J. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 145, N 11. – P. 1358–1368.
216. Lumley M.A., Mader G., Gramzow J., Papineau K. Family factors related to alexithymia characteristics // *Psychosom. Med.* – 1996. – Vol. 58. – P. 211–216.
217. Mc Dougall J. The psychosoma and the psychoanalytic process // *Int. Rev. Psychoanal.* – 1974. – Vol. 1. – P. 437–459.
218. McDougall J. *Theaters of the Mind // Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage.* – New York: Basic Books, 1985. – P. 110–115.
219. Maclean P.D. The brain in conflict // *Psychother. Psychosom.* – 1977. – Vol. 28. – P. 207–221.
220. Mitscherlich A. Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung // *Psyche.* – 1954. – Vol. 11. – S. 561.
221. Mitscherlich A. The mechanism of bi-phasic defense in psychosomatic diseases // *Int. J. Psychoanal.* – 1968. – Vol. 49. – P. 236–240.
222. Nemiah J.C. Denial revisited: reflections on psychosomatic patients // *Psychother. Psychosom.* – 1975. – Vol. 26. – P. 140–148.
223. Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P. Alexithymia: a view of psychosomatic process // *Modern trends in psychosomatic medicine / O.W.Hill (Ed.).* – 1976. – P. 430–440.
224. Nemiah J.C. Alexithymia: Theoretical considerations // *Psychother. Psychosom.* – 1977. – Vol. 28. – P. 199–206.
225. Nemiah J.C. The role of preventive psychiatry in physical disability // *Aspects of preventive psychiatry.* – Basel, 1981. – P. 67–72.
226. Nemiah J.C., Sifneos P. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders // *Modern trends in psychosomatic medicine / O.W.Hill (Ed.).* – Vol. 2. – London: Butterworth, 1970. – P. 26–34.
227. Nissen G. Masked depression in children and adolescents // *Masked Depression / P.Kielholz (Ed.).* – Basel–Bern–Stut.–Vien, 1973. – P. 133–143.
228. Numata Y., Ogata Y., Oike Y. et al. A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm // *Jpn. Circ. J.* – 1998. – Vol. 62, N 6. – P. 409–413.
229. Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Р.Корсини и А.Аузрбаха. – СПб.: Питер, 2003. – 1096 с.
230. Psychosomatic disorders: Thirteenth report of the WHO Expert committee on mental health. – Geneva: World health organization, Technical report series, N 275, 1964. – 27 p.
231. Reyes-Ortiz C. Психосоциальные аспекты ишемической болезни сердца // *Arch. Intern. Med.* – 1996. – Vol. 156. – P. 745–752.
232. (Reykowski J.) Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. Пер. с польск. – М.: Прогресс, 1979. – 392 с.
233. Rosenfeld H. On drug addiction // *Int. J. Psychoanal.* – 1960. – Vol. 41. – P. 467–475.
234. Russek L.G., King S.H., Russek S.J., Russek H.I. The Harvard Mastery of Stress Study 35-year follow-up: prognostic significance of patterns of psychophysiological arousal and adaptation // *Psychosom. Med.* – 1990. – Vol. 52. – P. 271–285.
235. Schneider K. *Die Psychopathischen Personaliteiten.* – Leipzig–Wien, 1928. – 87 s.
236. Schneider K. *Die Psychopathischen Personaliteiten.* – 9 Aufl. – Wien, 1950. – 124 s.
237. Schur M. Comments on the metapsychology of somatisation // *Psychoanal. Study of the Child.* – New York: Int. Univ. Press, 1955. – Vol. 10. – P. 110–164.
238. Selhub E.M. Stress and distress in clinical practice: a mind-body approach // *Nutr. Clin. Care.* – 2002. – Vol. 5, N 4. – P. 182–190.
239. Sivik T. Alexithymia and hypersensitivity to touch and palpation // *Integr. Physiol. Behav. Sci.* – 1993. – Vol. 28, N 2. – P. 130–136.
240. Shapiro P.A. Psychiatric aspects of cardiovascular disease // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 1996. – Vol. 19, N 3. – P. 613–629.
241. Sheldon W.H. *The varieties of temperament.* – New York, London, 1942. – 520 p.
242. (Selye H.) Селье Г. На уровне целого организма. – М.: Наука. – 1972. – 122 с.
243. Seligman M.E.P. *Erlernte Hilflosigkeit.* – Munchen: Urban, 1979. – 220 s.
244. Siegler I.C. Hostility and risk: Demographic and lifestyle variables // *Anger, hostility and the heart / A.W.Sieglman, T.W.Smith (Eds.).* – Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1994. – P. 199–214.
245. Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // *Psychother. Psychosom.* – 1973. – Vol. 22. – P. 255–262.
246. Sifneos P. et al. The phenomenon of alexithymia observations in neurotic and psychosomatic patients // *Psychother. Psychosom.* – 1977. – Vol. 28, N 1–4. – P. 45–57.
247. Sifneos P.E. Alexithymia: Past and present // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153, N 7. – P. 137–142.

248. Smith T.W. Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis // *Health Psychol.* – 1992. – Vol. 11. – P. 139–150.
249. Smith T.W. Hostility // *Behavioral medicine for women: A comprehensive handbook* / E.A. Blechman, K. Brownell (Eds.). – New York: Guilford Press, 1998. – P. 134–138.
250. Spiel W. Die endogenen Psychosen des Kindes – und Jugendalters. – New York, 1961. – 154 s.
251. (Stutte H.) Штутте Г. Психиатрия детского и юношеского возраста // *Клиническая психиатрия* / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Пер. с нем. – М.: Медицина, 1967. – С. 678–799.
252. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D. The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine // *Psychosomatics.* – 1991. – Vol. 32, N 2. – P. 153–164.
253. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom // *Munch. Med. Wschr.* – 1958. – Bd. 100. – S. 1918–1923.
254. (Tolle R.) Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Пер. с нем. – М.: Выш. Шк., 1999. – 496 с.
255. Toolan J.M. Suicide and suicidal attempts in children and adolescents // *Am. J. Psychiatry.* – 1961. – Vol. 118, N 8. – P. 719–724.
256. Traenckner I., Holscher K., Abeck D. et al. Die Behandlung des atopischen Ekzems in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Dermatologie und Psychosomatik. Eine Einzelfalldarstellung // *Hautarzt.* – 1996. – Bd. 47, N 8. – S. 628–633.
257. Ursin H. Stress, distress and immunity // *Ann. NY Acad.* – 1994. – Vol. 741. – P. 204–211.
258. Ustun T.B., Sartorius N. (Eds.). *Mental illness in general health care: An international study.* – Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1995. – P. 219–231.
259. Van Hemmet A.M., Hengeveld M.W., Bolk J.H. et al. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic // *Psychol. Med.* – 1993. – Vol. 23. – P. 167–173.
260. Weizsacker V. *Studien zur Pathogenese.* – Leipzig: Thieme, 1935. – 89 s.
261. Wieck H.M. Headache and masked depression in the doctor's consulting room // *Med. Welt. (Stuttg.)*. – 1975. – Bd. 26. – P. 525–530.
262. Winnicott D.W. Mind and its relation to the psyche-soma // *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis.* – 1958. – P. 245–247.
263. Wolff H.G. *Life stress and bodily disease.* – Baltimore: Williams, Wilkins, 1946. – 199 p.
264. Wolff H.G. *Stress and disease.* – Springfield: Thomas, 1968. – 272 p.
265. Wolman T., Thompson T.L. Психоаналитический подход к психосоматической границе // *Журн. практ. психологии и психоанализа.* – 2003. – № 3. – С. 1–18.