

УДК 616.892–02:616.1/4–072.8

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

П. И. Сидоров, И. А. Новикова

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Психосоматическими называют заболевания, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов (4). Большинство авторов к психосоматическим относят: ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертонию, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит, тиреотоксикоз, сахарный диабет и некоторые другие (9, 17).

В своем развитии психосоматическая медицина прошла ряд этапов, на каждом из которых доминировала та или иная теоретическая концепция.

На настоящий момент в психосоматической медицине известно более 300 различных концепций. Среди них можно выделить психоаналитические концепции, опирающиеся на теорию S.Freud (21) (конверсионная модель приписывает телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов); характерологически-ориентированные, ставящие своей задачей объяснение природы возникновения психосоматических заболеваний через характерологические, личностные особенности (24); психофизиологические – основанные на систематических психофизиологических проверках, объясняющие специфичность болезней (26); личностно-ориентированные, связанные с развитием личности человека и, в первую очередь, с защитными механизмами, зрелостью, регрессией личности, взаимодействием личности с внутренними факторами (27); гомеостатические – исходящие из развивающегося в последние годы гомеостатического подхода в психологии, объединяющего теоретические построения self-психологии, теории психологии развития, психологии объектных отношений, физиологии, среди которых можно выделить теории патологии раннего развития (3, 23) и теории объектных отношений, согласно которым функционирование человеческой психики можно понять с точки зрения межличностных связей – как их развития, так и возможных нарушений (26); нейрогуморальные теории, исходящие из того, что психосоматическая патология является проявлением общего неспецифического адапта-

ционного синдрома и объясняющие болезни нарушениями внутренней среды организма (25); физиологические – среди которых кортико-висцеральная теория К.М.Быкова и И.Т.Курцина (4). Кроме данных теорий можно ещё выделить комплексные, подчеркивающие сложность патогенеза психосоматических заболеваний и учитывающие как психологические, так и соматические факторы. Среди них можно отметить клиническую гипотезу механизмов формирования психосоматических расстройств А.Б.Смулевича и соавт. (18), работу Д.Н.Исаева (9) и онтогенетическую концепцию структурного атTRACTора болезни В.А.Ананьева (8).

Таким образом, развитие психосоматической медицины происходило от создания однолинейной модели к системным, учитывающим взаимодействие множества физиологических и психосоциальных факторов. В настоящее время имеется больше приверженцев системных моделей возникновения психосоматических заболеваний. Можно также отметить, что ни одна из разработанных ранее теорий не позволяет достоверно объяснить все звенья в этиологии и патогенезе заболеваний. В связи с этим, имеется необходимость разработки новых концепций.

Целью нашего исследования явилась разработка синергетической концепции формирования психосоматических заболеваний.

Новым методологическим инструментом изучения психосоматических заболеваний является синергетика – междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации. Синергетика (от греч. synergetikos – совместный, согласованный, действующий) – научное направление, изучающее связи между элементами структуры (подсистемами), которые образуются в открытых системах (биологических, физико-химических и других) благодаря интенсивному (потоковому) обмену веществом и энергией с окружающей средой в неравновесных условиях. В таких системах наблюдается согласованное поведение подсистем, в результате чего возрастает степень ее упорядоченности, то есть уменьшается энтропия (самоорганизация). Основными принципами синергетики являются: нелинейность, неустой-

чивость, незамкнутость, динамическая иерархичность, наблюдаемость. Методология синергетики основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур.

Диссипативные структуры – дискретные самоорганизующиеся системы, рассеивающие энергию, отличающиеся спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, траектория и автоколебательная амплитуда которого носит многовариантный характер, предопределяясь сложением разнонаправленных сил и факторов в точках бифуркации. При равенстве разнонаправленных влияний выбор системой траектории развития может предопределиться сверхслабыми воздействиями, в том числе и от спонтанных флуктуаций в самой диссипативной системе, то есть от случайностей вблизи точек бифуркации (20, 22).

Организм человека является совокупностью динамики сменяющих друг друга диссипативных систем, определяющих состояние его здоровья.

Синергетический подход можно представить тремя основными плоскостями (векторами) биopsихо-социальной модели: сомато-, психо- и социогенеза. Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма; психогенез – развитие психических функций; социогенез – развитие социальных ролей и отношений. Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подход к комплексным и сложным причинно-следственным отношениям (15).

Синергетическую модель формирования психосоматических заболеваний можно представить следующим образом (рисунок). Модель для удобства восприятия приведена в плоскостной проекции, но она является многомерной и нелинейной, неустойчивой и незамкнутой. Траектории развития заболевания задаются и корректируются в точках бифуркации, приобретая спиралеобразность и многовариантность. На смену линейной нозоцентрической

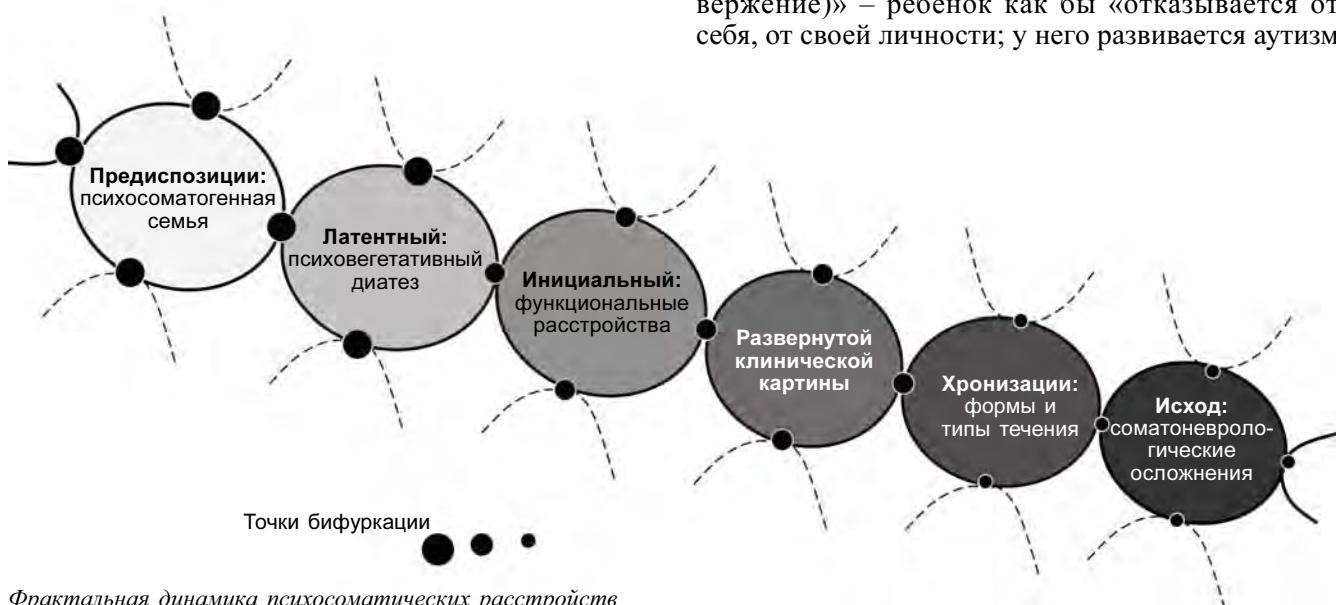
динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность.

Динамика психосоматических заболеваний включает следующие фракталы: предрасположенность – психосоматогенной семьи, латентный – психовегетативного диатеза, инициальный – функционального расстройства, развернутой клинической картины – психосоматического заболевания, хронизации – формы и типа течения психосоматического заболевания, исхода – соматоневрологических осложнений. Фрактал – это проекция на широкое естественнонаучное поле квантовых представлений. Фрактал – интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. В клинической медицине это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма.

Фрактал психосоматогенной семьи является начальным при формировании психосоматических заболеваний, так как основная часть социализации с момента рождения у человека происходит в семье и нарушения семейных взаимоотношений, распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии.

В пользу концепции психосоматогенной семьи высказывались Э.Г.Эйдемиллер и В.В.Юстицкас (23). Они в качестве источника психической травматизации личности, приводящего к психосоматическим заболеваниям, видят нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи, где растет и развивается ребенок.

Разработанная Н.Стирлин (1978) классификация механизмов развития психосоматогенных семей включает: 1) «Связывание» – семья с жесткими стереотипами коммуникации; дети в такой семье становятся инфантильными, отстают в эмоциональном развитии. Формула общения в такой семье: «Делай, как я тебе сказал»; 2) «Отказ (отвержение)» – ребенок как бы «отказывается от себя, от своей личности; у него развивается аутизм»



и тенденция к автономности»; 3) «Делегирование» – у родителей потеряно реалистическое восприятие достижений своих детей; они воспринимают своих детей как продолжение себя, возлагают на них надежды на осуществление своих несбывшихся планов (23).

Как правило, выделяют пять характеристик психосоматогенных семей: 1) сверхвключенность родителей в жизненные проблемы ребенка, которая мешает развитию самостоятельности, следовательно, защитные механизмы более слабые и способствуют развитию внутреннего конфликта; 2) сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого; 3) низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах, при которой взаимоотношения в семье ригидные; 4) тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов; риск возникновения внутренних конфликтов; 5) ребенок и его заболевание часто играют роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте.

Для психосоматогенной семьи характерно непощрение свободного выражения чувств и свободного отреагирования отрицательных эмоций, вследствие чего ребенок присваивает стереотипы подавления отрицательных эмоций, что приводит к их соматизации. Подавление отрицательных эмоций может быть связано с тем, что в семье не принято открыто реагировать на боль – стереотип терпения, отношения к болезни, как к состоянию, в котором человек сам виноват.

В опыте психосоматогенной семьи могут быть некоторые патогенные особенности: неспособность, неготовность, необученность родителей (прежде всего, матери) к раннему распознаванию телесных состояний ребенка и означиванию их (ненаблюдающая и невнимательная мать или просто не имеющая времени); неспособность семьи, как целостного организма к верbalному или иному конструктивному разрешению конфликта и включение ребенка в семейный конфликт. Телесный симптом ребенка часто и рождается в ситуации семейного конфликта, как неудачный способ его разрешения.

Соматизация аффекта, эмоций выступает как стиль семейной адаптации к трудностям, проблемам, как стереотип, как фактор избегания неудач или ухода от ответственности. Использование симптома для извлечения выгоды начинает активно включаться в жизнь ребенка как реакция на любые трудности.

Психосоматогенным семьям свойственна бедность психологического языка и склонность отрицать наличие психологических проблем. Родители могут не поощрять или запрещать выражение ряда психологически обусловленных эмоций, считая это неприемлемым. Так, ребенок приучается к тому, что внимание, любовь и поддержку родителя можно получить лишь используя «поведение больного». Роль больного оказывается привлекательной в том числе благодаря освобождению от обычных обя-

занностей без возложения вины за это. Болезнь ребенка может приносить вторичную выгоду и родителям: видоизменять взаимоотношения между ними, уводя в сторону от конфликта, который они не желают признавать и, тем самым, стабилизируя ситуацию в семье.

Ведущая роль на ранних этапах развития принадлежит матери, которая формирует у ребенка язык тела. M.Mahler (1965) впервые описала психосоматическую мать, как авторитарную, сверхвключенную, доминирующую, открыто тревожную и латентно враждебную, требовательную и навязчивую. Отец, как правило, в такой семье слабая личность, не умеющий противостоять доминирующей и авторитарной матери, находится в отдалении от материнско-детской диады. Любые попытки сепарироваться, то есть отделиться от матери, со стороны ребенка материю отвергаются (4, 5). К качествам матерей, которые особенно значимы для формирования психосоматической патологии, можно отнести: высокую личностную тревожность матери; внутреннюю конфликтность матери, то есть дисгармонический склад личности (невротическая мать); тенденцию к подавлению, сдерживанию негативных чувств, преобладание чувства вины в психике матери, противоречивое эмоциональное отношение к близким в семье; сильное эмоциональное реагирование на проблемные ситуации с дезорганизацией деятельности (стрессонеустойчивость), а также неспособность к конструктивному разрешению конфликтов, что приводит к хронизации, а, следовательно, и соматизации аффекта у матери; дезорганизацию собственной активности при болезни ребенка за счет высокой тревожности, страхов, неспособности принять радикальное решение; собственный телесный опыт матери негативно окрашен, наблюдаются феномены отвержения собственного тела или его частей, связанные с ранним опытом прародительской семьи; нарушенные взаимодействия матери с ребенком на раннем этапе его развития.

Возможны два типа отношения матери к ребенку: 1) скрытое, неосознаваемое отвержение – при этом ребенок использует язык тела для привлечения внимания матери (мать как бы стимулирует у ребенка более массивное использование этого языка); 2) симбиоз – мать как бы консервирует телесный контакт, тормозя становление более поздних форм взаимодействия.

Таким образом, психосоматогенный тип семьи является первым фракталом в формировании психосоматических заболеваний.

Следующим является фрактал психовегетативного диатеза. Психовегетативный диатез – это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться сначала в функциональные психосоматические раздражения, а затем и в психосоматическое заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных факторов (генетически обус-

ловленных аномалий и т.п.). Он представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения в общей группе недифференцированных психических диатезов (6).

«Психический диатез» – это совокупность признаков, характеризующая предрасположение к психической патологии. Диатезом (греч. diathesis) называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие врожденных особенностей обмена, физиологических реакций и т.п. Диатез – это особое состояние организма, когда обмен веществ и сопряженные с ним функции организма длительно находятся в неустойчивом равновесии вследствие унаследованных, врожденных или приобретенных свойств, которые предрасполагают к неадекватным ответам на обычные воздействия, к развитию патологических реакций на внешние вредности и определяют более тяжелое течение имеющихся заболеваний (7). В патогенезе болезни экзогенные факторы внешней среды утрачивают свое значение, трансформируясь во внутренние, действуя по стереотипу общебиологических закономерностей.

С.Ю.Циркин (19) рассматривает психический диатез как общую конституциональную предрасположенность к психическим заболеваниям, в которой имеются маркеры (признаки) этого предрасположения (клинические и биологические), в большинстве случаев еще малоизученные. К числу клинических признаков относится широкий спектр функциональных психических нарушений – личностные аномалии, повышенная уязвимость в отношении возникновения реактивных состояний и наличие эндогенной фазности их динамики, без формирования дефекта. Для психического диатеза в целом нехарактерны, по его мнению, специфичные признаки предрасположения к определенному психическому заболеванию.

К психовегетативному диатезу можно отнести психосоматический дизонтогенез. Выделяют три варианта психосоматического дизонтогенеза.

1-й вариант – отставание или задержка в социализации телесных функций (в психосоматическом развитии ребенка). Более поздние сроки формирования навыков телесной опрятности, использование телесного языка в качестве основного средства коммуникации в течение длительного времени (до школьного возраста); задержка использования языка тела происходит в случае скрытого отвержения ребенка или длительного симбиоза, или в случае изоляции ребенка от ближайшего взрослого – интернат, стационар. В норме в ходе онтогенеза обнаруживается истинный факт развития представления о теле: дифференциация представлений о теле, его органах и функциях; представление о теле, как целостности, «мое тело», тело, как инструмент.

2-й вариант – регресс в психосоматическом развитии как реакция ребенка на особые условия развития. Это могут быть: внезапная потеря матери (психотравма), помещение ребенка из семьи в ин-

тернат или стационар. Когда ребенок теряет навыки опрятности, регуляции телесных функций, самостоятельного засыпания, это означает переход на более ранние этапы развития. В дальнейшем это может быть скомпенсировано. В этом случае – случае регресса – ребенок опять начинает с помощью телесных функций привлекать внимание взрослого – ему нужно это эмоциональное принятие, а средств в организации телесного комфорта очень мало – ребенок научается манипулировать взрослым с помощью языка тела. Этот телесный способ воздействия может закрепиться (трудности засыпания, головные боли и т.д.).

3-й вариант – искажение психосоматического развития. Это касается телесного «Я» в целом. Формируется образ тела, и этот образ «Я» может формироваться искаженным с негативным самоотношением к определенным телесным проявлениям – невротическая или психосоматическая диссоциация. Как один из вариантов – диссоциация между самооценкой и самоотношением (2, 10, 13).

У человека, имеющего психовегетативный диатез, при дальнейшей психической травматизации развиваются функциональные психосоматические расстройства – это нарушения, которые носят функциональный характер и проявляются органными неврозами или другими соматоформными расстройствами (таблица). Органные неврозы сопровождаются единичными соматическими жалобами. К ним относят кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром раздраженного желудка, раздраженной толстой кишки, раздраженного мочевого пузыря и др. Локализация расстройства, как правило, в рамках одного органа/системы. Время от воздействия стрессора до появления симптомов болезни от нескольких дней до нескольких недель (16). Соматоформные расстройства – это функциональные нарушения, сопровождающиеся гастроинтестинальными, кардио-респираторными, болевыми, конверсионными и псевдоневрологическими симптомами (12). Характерны повторяющиеся, множественные и клинически значимые жалобы. Наблюдается наличие жалоб, как минимум в четырех точках или функциях. От воздействия стрессора до появления симптомов болезни проходит от нескольких дней до 2–3 месяцев. Данное состояние является инициальным для развития психосоматического заболевания.

Общим для этой группы нарушений является появление на фоне психосоциального стресса соматических жалоб в отсутствие морфологического изменения соответствующих тканей (во многих случаях обнаруживаются неспецифические и функциональные нарушения).

К соматоформным состояниям могут быть отнесены следующие нарушения: соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, хроничес-

Дифференциально-диагностические критерии различных форм психосоматических расстройств

Критерии	Формы			
	Психосоматическая реакция	Функциональные психосоматические расстройства (органные неврозы)	Соматоформные расстройства	Психосоматические заболевания
Основные проявления	Учащение пульса; повышение артериального давления; изменение частоты, глубины дыхания; внезапная мышечная слабость, кратковременное нарушение стула и др.	Кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и др.	Гастроинтестинальные, кардио-респираторные, болевые, конверсионные и псевдоневрологические симптомы	Артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сахарный диабет, ревматоидный артрит
Жалобы на соматическое состояние	На единичные симптомы	Одна или несколько со стороны одной системы	Повторяющиеся, множественные, клинически значимые жалобы	Симптомы четко соответствуют нозологической форме заболевания
Локализация расстройства	В пределах одной функции органа	В рамках одного органа/системы	Наличие жалоб, как минимум, в четырёх точках или функциях	Зависит от нозологической формы болезни
Характер нарушений функций	Нет	Функциональный, обратимый	Функциональный, обратимый	Органический, необратимый
Время от воздействия стрессора до появления симптомов болезни	Несколько минут, дней	От нескольких дней до нескольких недель	От нескольких дней до 2-3 месяцев	Несколько месяцев, лет
Длительность расстройства	Несколько минут, дней	Превышает 6 мес.	Превышает 6 мес.	Хроническое течение (всю жизнь)

кое соматоформное болевое расстройство, другие соматоформные расстройства, соматоформное расстройство неуточнённое. Патогенетические механизмы формирования соматоформных состояний связаны с конверсией, трансформацией актуального невротического конфликта в функциональные соматические симптомы при отсутствии органической основы для них (12).

Если стрессовый фактор по-прежнему актуален, то это может привести к развитию клинической картины впервые возникшего психосоматического заболевания. Это группа заболеваний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов (1, 11).

При формировании психосоматического заболевания выбор нозологической формы зависит от наследственной предрасположенности, соматического состояния человека на момент воздействия стрессового фактора (острое респираторное заболевание, гастрит, дуоденит, нейроциркуляторная дистония и т.д.), а также других специфичных и предрасполагающих факторов, среди которых нами выделены: при артериальной гипертонии – дислипидемия, гиподинамия, возраст старше 50 лет, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе; ишеми-

ческой болезни сердца – дислипидемия, возраст, пограничный тип А; язвенной болезни – нарушение питания, инфицирование *Helicobacter pylori*, прием алкоголя; бронхиальной астме – атопические и инфекционные аллергены, метеорологические факторы; сахарном диабете 1 типа – вирусные инфекции; сахарном диабете 2 типа – ожирение, дислипидемия, сердечно-сосудистые заболевания. Каждый из данных факторов в отдельности может способствовать развитию заболевания (14).

Следующим фракталом являются различные формы и типы течения психосоматических заболеваний, отражающие многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и форма психосоматического заболевания зависит от воздействия психосоциальных и соматических факторов. Течение заболевания может быть стабильным с редкими обострениями или лабильным, приводящим к быстрому развитию осложнений.

Далее следует фрактал – соматоневрологические осложнения психосоматических заболеваний. К ним относят психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологические осложнения являются исходом длительного с лабильным течением заболевания.

В синергетической концепции учитываются все три условия, необходимые для «запуска» заболевания (1): психологическая конфигурация; “X” фактор

– уязвимые органы, наличие которых зависит от наследственной предрасположенности; пусковой механизм – ситуация ускоритель.

Синергетическим подходом можно объяснить этиопатогенез психосоматических заболеваний вне зависимости от нозологической формы, а также возникновение заболеваний, как у взрослых, так и у детей.

Таким образом, синергетическая концепция учитывает все внешние и внутренние факторы в возникновении психосоматических заболеваний. Психотерапев-

тический подход, базирующийся на ней, предоставляя возможность благоприятного влияния на течение психосоматических заболеваний, так как направлен на этиопатогенетические механизмы их возникновения, открывая новые возможности и перспективы в помощи больным с психосоматической патологией. Биопсиа-хосоциальная синергетическая модель формирования психосоматических заболеваний требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики и коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Пер. с англ. С.Могилевского. – М.: ЭК-СМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999. – 304 с.
3. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. – М.: Медпрактика-М, 2005. – 444 с.
4. Брайтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
5. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 2. – С. 149–160.
6. Гиндкин В. Лексикон малой психиатрии. – М.: КРОН-Пресс, 1997. – 372 с.
7. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). – М.: Медицина, 1962. – 237 с.
8. Интегративные исследования в клинической психологии: наука и практика. Юбилейный сборник научных и методических работ сотрудников кафедры клинической психологии РПГУ им. А.И.Герцена / Под ред. В.А.Ананьева, С.А.Кулакова. – СПб.: Издательство НП “Стратегия будущего”, 2006. – 350 с.
9. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Спец. Лит-ра, 1996. – 454 с.
10. Козловская Г.В., Баженова О.В. Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1995. – Т. 95, № 5. – С. 48–52.
11. Коркина М.В., Марилов В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1998. – Т. 98, № 11. – С. 30–32.
12. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 303 с.
13. Патология психического развития / Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Научный центр психического здоровья РАМН, 1998. – 234 с.
14. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / Под ред. П.И.Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.
15. Сидоров П.И. Синергетическая концепция зависимого поведения // Наркология. – 2006. – № 10. – С. 30–35.
16. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Рапопорт С.И. и соавт. Органные неврозы как психосоматическая проблема // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 12. – С. 4–12.
17. Смулевич 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. – Т. 99, № 4. – С. 4–16.
18. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 1. – С. 5–18.
19. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: Питер, 1999. – 752 с.
20. Трубецков Д.И. Введение в синергетику. Хаос и структуры. – М.: Едиторная УРСС, 2004. – 240 с.
21. Фрейд З. Психология бессознательного. – М.: Просвещение, 1990. – 448 с.
22. Чернявский Д.С. Синергетика и информация. Динамическая теория информации. – М.: Наука, 2001. – 245 с.
23. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Под ред. Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицас. – СПб.: “Питер”, 1999. – 656 с.
24. Dunbar F. Emotions and Bodily Changer. – N.Y.: Columbia Univ. Press, 1954.
25. Kaplan H. History of psychophysiological medicine // Comprehensive textbook of psychiatry. – London: Williams and Wilkins, 1975. – P. 1624–1631.
26. Luban-Plozza W., Podinger W., Luban-Plozza W. Psychosomatic disorders in general practice: Theory and experience. – Basle, 1985. – 295 p.
27. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization // Psychoanalysis study of the child. – N.Y.: Int. Univ. Press, 1955. – Vol. 10. – P. 110–164.