

DOI: <https://doi.org/10.17816/KMJ633527>

УДК 616.892: 347.157: 616-053.8

# Механизмы конверсионных, соматоформных и психосоматических расстройств во взрослом и детско-подростковом возрасте

Л.К. Шайдукова

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

## АННОТАЦИЯ

Конверсионные, соматоформные и психосоматические расстройства остаются объектом изучения на протяжении многих лет. Если грубые конверсионные расстройства были распространены среди пациентов в XIX веке, то соматоформные и психосоматические — больше в XX веке. Не утратили они своей важности и в настоящее время. Устойчивую актуальность проблематике придаёт совмещение теоретических аспектов с клиническими, поэтому данные расстройства приводят к необходимости междисциплинарного взаимодействия, проведения психологического и психиатрического консультирования. В статье кратко рассмотрены фрагменты истории изучения конверсионных и соматоформных расстройств, современные концепции соматоформных и психосоматических расстройств и их особенности в детско-подростковом возрасте в сравнении с механизмами невротических расстройств, а также патодинамика соматоформных расстройств. Приведены концепции возникновения соматоформных и психосоматических расстройств — макросоциальных и микро-социальных, индивидуальных и семейных, психоаналитических и психодинамических, позволяющих оценить широту диапазона поднятой проблематики. С позиций системного подхода проведена параллель с невротическими расстройствами, подчёркнуто сходство механизмов их формирования, указано на общность моделей семейных взаимоотношений через «невротический» и «соматический» симптомы. Выявление особенностей механизмов соматоформных расстройств в детско-подростковом возрасте также вносит определённую новизну и объясняет увеличение группы «часто болеющих детей». Сочетание теоретических (психологических) и клинических (психиатрических) аспектов — важный фактор унификации поднятой темы, которая изначально носит междисциплинарный характер. Практическая ценность заключается в аналитическом и дидактическом изложении материала, который может быть использован различными специалистами.

**Ключевые слова:** конверсионные, соматоформные, психосоматические расстройства; механизмы; взрослый возраст; детско-подростковый возраст.

## Как цитировать:

Шайдукова Л.К. Механизмы конверсионных, соматоформных и психосоматических расстройств во взрослом и детско-подростковом возрасте // Казанский медицинский журнал. 2024. doi: <https://doi.org/10.17816/KMJ633527>

DOI: <https://doi.org/10.17816/KMJ633527>

# Mechanisms of conversion, somatoform and psychosomatic disorders in adulthood and childhood-adolescence

Lejla K. Shaydukova

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

## ABSTRACT

Conversion, somatoform and psychosomatic disorders have been the subject of study for many years. If severe conversion disorders were common among patients in the 19th century, somatoform and psychosomatic disorders were more common in the 20th century. They have not lost their importance at present time. The combination of theoretical and clinical aspects gives the problematic a stable relevance, therefore these disorders lead to the need for interdisciplinary interaction, psychological and psychiatric counseling. The article briefly reviews fragments of the history of studying conversion and somatoform disorders, modern concepts of somatoform and psychosomatic disorders and their features in childhood and adolescence in comparison with the mechanisms of neurotic disorders, as well as the pathodynamics of somatoform disorders. The concepts of the emergence of somatoform and psychosomatic disorders are presented — macrosocial and microsocial, individual and family, psychoanalytic and psychodynamic, allowing to assess the breadth of the range of the raised problems. From the standpoint of the systemic approach, a parallel with neurotic disorders is drawn, the similarity of the mechanisms of their formation is emphasized, and the community of models of family relationships through “neurotic” and “somatic” symptoms is indicated. Identification of the features of somatoform disorders’ mechanisms in childhood and adolescence also brings a certain novelty and explains the increase in the group of “frequently ill children”. The combination of theoretical (psychological) and clinical (psychiatric) aspects is an important factor in the unification of the raised topic, which is initially interdisciplinary. The practical value lies in the analytical and didactic presentation of the material, which can be used by various specialists.

**Keywords:** conversion, somatoform, psychosomatic disorders; mechanisms; adulthood; childhood and adolescence.

## To cite this article:

Shaydukova L.K. Mechanisms of conversion, somatoform and psychosomatic disorders in adulthood and childhood-adolescence. *Kazan Medical Journal*. 2024. doi: <https://doi.org/10.17816/KMJ633527>

Received: 18.06.2024

Accepted: 21.07.2024

Published: xx.xx.2024

## ВВЕДЕНИЕ

Конверсионные, соматоформные и психосоматические расстройства остаются объектом изучения на протяжении многих лет. Если грубые конверсионные расстройства были распространены среди пациентов в XIX веке, то соматоформные и психосоматические — больше в XX веке. Не утратили они своей актуальности и в настоящее время, о чём свидетельствует всё возрастающее количество научных исследований [1, 2]. Однако нередко эти понятия сливаются в едином невротическом регистре, не отделяясь друг от друга, не дифференцируясь в отдельные нозологические единицы.

Механизмы возникновения данных расстройств сложны, так как они ситуационно обусловлены, личностно детерминированы, накладываются на «вегетативную органику», исходят из непрозрачной сферы подсознания человека, формируются из глубин этнокультуральных, религиозных и родительско-семейных отношений.

Соматоформные расстройства могут быть самостоятельными, представленными в разделе «психиатрия» международных классификаций болезней, но нередко они усложняются переходом в психосоматические с подтверждёнными сомато-органическими нарушениями, а потому в данном разделе не отражены. Компромиссным является «соматический дистресс-синдром», принятый в Международной классификации болезней 11-го пересмотра [3]. Поликонцептуальность конверсионных, соматоформных и особенно психосоматических расстройств отражается в обилии концепций, гипотез и теорий (здесь они выступают как синонимы, так как являются предположительными, требующими дальнейшего изучения и доказательства).

Ещё более непростая картина данной патологии в детско-подростковом возрасте. Педиатры бьют тревогу в связи с увеличением так называемой группы «ЧБД» — «часто болеющих детей», отмечая, что в большинстве случаев не удаётся выявить органических, инфекционных и других этиологических факторов. Необъяснимые с медицинской точки зрения расстройства у детей оценивают как соматоформные расстройства, на возникновение которых большое влияние оказывают семейные отношения [4]. Соматоформные расстройства у детей и подростков — это отдельный раздел научных исследований [5, 6].

Боли, которые проявляются у пациентов в любом возрасте, не имеющие чёткой причины, неврологической и даже психовегетативной составляющей наиболее показательны в плане низкой доказательности подобных расстройств. Некоторыми авторами они отнесены к категории либо «психогенных болей», либо «идиопатических болей», между которыми проведена дифференциация [7]. И если психогенные боли интерпретируют как истеро-конверсионные, то идиопатические боли относят к соматоформным проявлениям. В отношении болевых расстройств идут споры: причислять ли их к соматоневрологической патологии

или оставить в рубрике классификации психических расстройств [8].

Устойчивую актуальность проблематике придаёт совмещение теоретических аспектов с клиническими, поэтому данные расстройства приводят к необходимости междисциплинарного взаимодействия, проведения психологического и психиатрического консультирования. Следует отметить, что нередко специалисты действуют раздельно, в соответствии с профессиональной ориентацией. Вместе с тем то, что для психологов бывает «азбукой психологии», дидактической обыденностью, для практикующих психиатров может представлять теоретический интерес, и наоборот, клиническая составляющая обогатит гипотетически-концептуальное содержание работы самих психологов.

Многопрофильность тематики выражается в том, что большинство пациентов с подобными нарушениями лечат терапевты (кардиологи, гастроэнтерологи, ревматологи), врачи-интернисты (неврологи, гинекологи, урологи), а в детском возрасте — педиатры. Эти категории специалистов представляются целевыми в плане осведомлённости о механизмах наблюдаемой патологии. Наконец, обязательную группу составляют практикующие психотерапевты. Встаёт вопрос о проведении индивидуальной психотерапевтической работы, в которую входят телесные практики [9], танцевальная, театральная терапия [10], традиционные виды арт-терапии [11].

Как известно, осознание — первый шаг к излечению, поэтому объектом психотерапии служат семьи как «носители симптома», и тогда речь идёт о длительной семейной психоаналитической, психодинамической интервенции. Однако её проведение ограничено рядом условий: узкой специализацией, необходимостью квалификации и опыта, малочисленностью психологов данного направления, невозможностью проведения в условиях диспансеров. Рациональная когнитивно-дидактическая психотерапия с представлением материалов о механизмах наблюдаемой патологии, их особенностях во взрослом и детско-подростковом возрасте служит одной из наиболее оптимальных и доступных форм «психотерапии осознания» [12].

## ФРАГМЕНТЫ ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ КОНВЕРСИОННЫХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ещё в 1895 г. Зигмунд Фрейд дал определение конверсионных расстройств, понятное для современной психиатрии. В своей работе «Исследования истерии» он писал: «Эмоция, которая не могла быть выражена, оказывалась превращённой в физический симптом, представлявший собой компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом возможных последствий» [13].

Из этого выделяются следующие обязательные критерии: невозможность или неспособность выразить эмоцию

прямым путём, её блокировка из-за страха последствий, трансформация аффекта в физический эквивалент, неосознанность данного процесса. Конверсия, как перевод психического конфликта в соматический, проявляется на макроуровне. Видимая и демонстративная, продиктованная громким требованием человека о помощи либо тихим намёком на внимание, нередко таящая в себе ярость и эгоизм, мщение и наказание, неистребимое желание и неспособность на осознанном уровне от него отказаться — вот неполная характеристика конверсии.

Психика выполняет подсознательный императив в силу своей инфантильной внушаемости и, по описанию автора, демонстрирует нарушения двигательной сферы в виде псевдопарезов и псевдопараличей, указывающих на неосознанный отказ совершать нежелательные моторные акты. (Случай «Анны О.» стал классикой психоанализа, воплотив в себе ведущие психологические явления символизации, сопротивления, переноса и яркую конверсию в пограничную психопатологию.) Позволяя пациенткам вновь пережить и описать невротическую травму, Зигмунд Фрейд и Йозеф Брейер способствовали выведению её из глубин подсознания [13].

Несколько иная концепция возникновения соматоформных расстройств представлена Зигмундом Фрейдом в работах «Защитные психоневрозы» (1894) и «Об основании для выделения в неврастении определённого симптомокомплекса в качестве самостоятельного “невроза тревоги”» (1895) [14, 15]. Симптомы расстройств сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой деятельности, проявляющиеся в виде внезапной потливости, головокружения, одышки, дрожи, метеоризма, диареи, позывов на мочеиспускание, могут быть эквивалентом приступа тревоги. Роль «вегетативной органики» очевидна, так же как и значение эмоциональной сферы, запускающей каскад подобных проявлений тревоги, паники и страха. Это была другая конверсия — перехода аффекта в вегетатику, носившего функциональный характер, однако при длительной истории подобных нарушений возникало более устойчивое расстройство, обозначенное «психосоматическим».

Вместе с тем между понятиями «конверсионные расстройства» и «соматоформные расстройства» никогда не стояло знака равенства. E.D. Wittkower (1935) в своей монографии «Воздействие эмоций на соматические функции» разделил их согласно различным механизмам возникновения, исключив истерическую конверсию из категории психосоматических нарушений, но включив туда соматоформные расстройства — «органные неврозы» [16]. Однако «некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений соматоформных расстройств с позиции клинической психиатрии» всё ещё остаются [17].

Следует отметить, что термин «психосоматика» был определён столетием ранее фрейдовских концепций и принадлежал немецкому психиатру J.C.A. Heinroth [18].

Вероятно, автор исходил из затянувшегося спора древнегреческих философов о приоритете «тела», согласно школе анатомов Книдоса, и «духа», согласно школы психиков Гиппократов. Впрочем, спор «психиков» и «соматиков» идёт до сих пор [19]. Однако именно Зигмунд Фрейд с его мировой презентацией своих научных воззрений смог дать толчок многочисленным концепциям, теориям и гипотезам возникновения этих нарушений.

## СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ СОМАТОФОРМНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Макросоциальные концепции соматоформных расстройств отдадут приоритет этнокультуральным и религиозным факторам [20]. Замечено, что в китайском языке довольно скуден набор слов, способных описать переживания; эмоционально-насыщенных терминов, которые могли бы выразить тоску, апатию, оттенки настроения. Соответственно, жалобы на аффективное неблагополучие вследствие невозможности передать их словами сменяются соматическим и вегетативным эквивалентом — депрессивные расстройства трансформируются в соматоформные. Вероятно, это обстоятельство объясняет многовековое развитие специфической восточной фармакотерапии (биоактивные добавки), телесной терапии в виде акупунктуры (иглоукалывание), мануальной терапии (массаж) взамен западной психотерапии — лечения словом.

Ортодоксальное воспитание с запретом проявления чувств, рестриктивные каноны религиозного фундаментализма любого вида, культивирующие эмоциональную закрытость, также способствуют психосоматизации в качестве выхода эмоций через тело из-за отсутствия вербализации аффекта. Макросоциальные механизмы соматоформных расстройств универсальны независимо от возраста — взрослого или детско-подросткового, создавая архетипический пласт культурально-религиозного реагирования на конфликтные ситуации [21].

Микросоциальные концепции соматоформных расстройств касаются внутрисемейных факторов — моделей воспитания, особенно в раннем возрасте. Чрезмерное внимание к проблемам здоровья ребёнка, гиперопека и создание «образа больного», несомненно, имеют глубоко психологический, а порой и психоаналитический смысл. В нём отражаются неосознанное стремление к мягкому доминированию, опасения отделения от родительского объекта, страх родителей проявления самостоятельности детей, попытки решения за их счёт интерперсональных супружеских проблем, незавершённых конфликтов с собственными родителями. В этих случаях родители удерживают ребёнка в «психологической люльке» либо чрезмерной тревогой, либо немой призывом к подчинению.

«Families who somatize» — так обозначена психосоматогенная семья [22]. Чрезмерная семейная интегрированность и гиперпротекция, отсутствие гибкости во взаимоотношениях и социальная ригидность, игнорирование личных потребностей и культивирование зависимости, преувеличенная забота как инструмент отвлечения внимания от семейных противоречий и страх конфликтов, использование «психосоматического симптома» как регулятора отношений, закрытые контуры — всё это определяет психологический портрет подобных семей [23]. В них возможны различные типы отношений — связывание, отвержение, делегирование, которые также бывают дисфункциональными и «ждут» своего семейного психолога и психотерапевта для выявления истоков возникновения вторичной патологии [24].

В научной литературе большую роль придают матери, симбиотически связанной со своим ребёнком и обозначенной «психосоматической». Она характеризуется доминированием, авторитарностью, чрезмерной вовлечённостью, тревожностью и/или враждебностью, навязчивостью и/или требовательностью. Возникает схожее понятие «невротической матери» с высоким уровнем личностной тревоги, которая вынужденно подавляется, но «оправданно» проецируется на ребёнка [25].

Доминирующая мать, согласно «Концепции борьбы за своё тело» Р. Kutter, может мешать ребёнку «овладеть своим телом», оказывая ему слишком большое внимание. Отношение к чужому телу как к своей собственности — одна из форм контроля и доминирования, однако полное игнорирование и оставление его без внимания также может блокировать нормальное сбалансированное взаимоотношение ребёнка со своим телом. Автор известных работ по психоанализу уделяет ведущую роль психологии бессознательного в подобных процессах [26].

«Концепция сепарации и индивидуации» М. Mahler указывает на стремление матери к нескончаемому «симбиотическому единству» с ребёнком, отвержение ею неизбежной сепарации, что противоречит закономерной динамике процессов развития. Чрезмерное психологическое слияние с фигурой ребёнка приводит к дальнейшей слабости Эго-структур и может лежать в основе его психосоматизации [27].

Вопрос родительского доминирования ещё раз подчёркивается в «Концепции нарушения симбиоза» Г. Аппон [28]. Идеализация образов матери и ребёнка, соответственно завышение требований, установление жёсткого контроля над опекаемым объектом, навязывание ему своих потребностей, восприятие его как беспомощного и нуждающегося в перманентной помощи — всё это характеристика воспитателя. Было выявлено, что подобный тип матерей реагирует лишь на телесные потребности ребёнка в случае его болезни, что мотивирует к демонстрации соматического недуга для получения хотя бы такого рода коммуникаций.

Известная «Концепция десоматизации — ресоматизации» М. Schur наиболее актуальна в любом возрас-

те, но у детей путь назад, к ресоматизации, значительно короче [29]. В этом периоде по мере роста и взросления психические и соматические процессы начинают разъединяться, до этого составляя единое целое на постнатальном возрастном отрезке. Происходит дифференциация, обозначенная как десоматизация. Однако при возникновении соматоформных расстройств (и будучи их возможной причиной) происходит ресоматизация — возврат к прежней психовегетативной, соматической и поведенческой модели.

Другой популярной концепцией соматоформных расстройств служит алекситимическая. По определению, впервые введённому Р. Sifneos, «алекситимия — это неспособность выражать чувство словами». Главными в алекситимии были невозможность человека найти слова для описания чувств, предпочтение словам действий, утилитарность мышления, бедность фантазиями, суженность аффекта [30].

Алекситимия как базовый механизм соматизации распространяется на все возрастные группы, но именно в детстве её наличие становится важным условием развития соматоформной патологии вследствие возрастного физиологического недоразвития мыслительных, вербальных функций. Согласно этапности формирования психической сферы, представленной отечественными психиатрами [31, 32], словесная формулировка своих чувств в детско-подростковом возрасте возникает не сразу. Выделены следующие этапы развития психики: этап соматовегетативных проявлений (до 1 года), этап моторного функционирования (от 1 до 3 лет), этап аффективных и перцептивных проявлений (от 3 до 7 лет), этап поведенческих проявлений (от 7 до 12 лет), когнитивный этап (с 12 до 15 лет).

Соответственно до полного развития высшей сферы психической деятельности, дифференциации аффективной и когнитивной сфер, выходным каналом которых становится вербальный, довольно сложно ожидать осознанного словесного оформления своих жалоб на эмоциональные нарушения. При определённых условиях происходит накопление вербально неотработанных аффектов с их переходом в психосоматику.

Большое значение имеет ряд дополнительных факторов, способствующих алекситимии в детстве. Органическая патология в форме гипоксических родовых нарушений в вертебро-базиллярном бассейне, вовлечённость церебральных систем надсегментарного уровня, ретикулярно-лимбической формации, перинатальные травмы, многочисленные детские инфекции могут поддерживать дефицитность мозга и способствовать алекситимии как составляющей соматоформных расстройств.

Кроме базового дефекта развития мозга у детей, который впоследствии по мере взросления может быть компенсирован, определённое воздействие оказывают внешние факторы, в частности научение, культивирование молчания в семье, жёсткое воспитание. Социализация в школе традиционно сопровождается требованиями

следовать нормам поведения либо встречаемым в учебных заведениях буллингом со стороны одноклассников и учителей. Алекситимия в этих случаях развивается как приспособительная функция, порождающая соматоформное расстройство, которое избавляет ребёнка от сиюминутных эмоциональных страданий, но становится причиной перехода в долговременное соматизированное нарушение.

Возникает закономерный вопрос, если в детско-подростковом возрасте существуют сугубо физиологические ограничения вербализации негативного аффекта, почему не у всех возникают алекситимия и соматоформные расстройства? Ответ можно найти в «Концепции оперативного мышления», в которой высказано предположение, что от соматических расстройств организм защищают психические процессы символизации переживаний, перехода реальных событий в область «грёз» [33]. Вероятно, именно перевод реальности в плоскость фантазий, столь часто происходящий в детско-подростковом возрасте, ослабляет силу травмирующего воздействия социума, и наоборот, отсутствие данного кордона способствует соматизации.

Известная теория стресса Н. Selye указывает на его возможное участие в возникновении соматоформных расстройств [34]. Стресс был разделён на три категории — внутриличностный, межличностный, социальный. В последнем выделены финансовый, экологический, общественный, рабочий, семейный варианты, в полном объёме представленные у взрослого. В этом триггерном перечне стрессов в детском возрасте отсутствуют социальные. Исключение составляют семейные конфликты, развод родителей, их потеря. Спорным фактом остаётся наличие у ребёнка классического внутриличностного стресса в силу возрастной неразвитости личностных структур. Вместе с тем в подростковом возрасте в результате психологически детерминированных процессов становления Эго-структур особенно актуальными становятся межличностные, а потом и внутриличностные стрессовые факторы, которые могут запустить механизмы формирования соматоформных расстройств.

Психологическим травмам уделяют значительное место в объяснении соматизации у человека в любом возрасте, однако в детском это особенно значимо в силу их новизны. Ведущими «травмами детства» бывают разлука и дефицит любви, нанесение тяжёлого однократного либо постоянного оскорбления. Возникает явление, которое в психоанализе обозначают «потерей внутреннего объекта», что относится к одной из популярных концепций G. Engel и A. Schmale [35]. У детей отсутствие родительской любви — наиболее весомая причина переживаний, так как они тесно связаны с родительской фигурой на данном возрастном этапе, находясь на стадии симбиотического единства. Разлука с первичным любовным объектом может быть как реальной (помещение в дом ребёнка, интернат, детский дом), так

и виртуальной — при незаинтересованности в ребёнке или отрицании его родителями. Психические расстройства возникают даже у покинутых родителями грудных детей, полностью отвечая определению «комплекса брошенности». Однако в этом возрасте довольно сложно отличить анаклитическую депрессию с соматическим фасадом от соматоформных расстройств у новорождённых.

Одним из частых психотравмирующих факторов бывает неправильное воспитание с принижением достижений ребёнка, неверием в его способности, мягким семейным буллингом. Негативные оценочные родительские суждения при неудачах — ёмкие и фиксирующиеся в сознании детей и подростков — нередко формируют состояние беспомощности, которое способствует возникновению соматоформных нарушений. «Концепция выученной беспомощности» — одна из немногих, которая имеет экспериментальное подтверждение [36]. И, хотя результаты экспериментов на животных неоднократно пересматривали и подвергали сомнению, логика «приобретённой беспомощности» у человека звучит весьма убедительно.

Связь между спецификой заболевания и личностными особенностями человека прослежена F.H. Dunbar — были выделены четыре «личностных профиля», которые несколько различаются у взрослых и детей. Так, во взрослом возрасте преобладают коронарный и гипертонический личностные профили, в детском — аллергический, для обоих возрастов — склонный к самоповреждениям [37].

Другая «Концепция реакции борьбы и бегства» W.B. Cannon ставит во главу угла неотреагированные эмоции ярости и страха. Невозможность ответить филогенетически древними реакциями агрессии либо бегства на стресс приводит к активации вегетативной нервной системы без последующей разрядки, что порождает соматизацию [38].

Во взрослом возрасте более актуальны вопросы социализации и подчинения морально-нравственным законам общества, проблемы эмоционального сдерживания для оптимальной адаптации. Уже сформированы высшие корковые функции контроля эмоций и поведения, которые ещё только проходят процесс созревания у детей, но постоянная вынужденность контроля без адекватного реагирования ложится тяжёлым бременем на вегетатику. Соответственно этот механизм формирования соматоформных расстройств более присущ взрослым. Однако по мере взросления ребёнка и перехода в подростковый период, накопления негативных эмоций, в результате болезненной социализации в учебном заведении, в условиях депримирующего воспитания в семье создаются условия соматизации застойного аффекта.

«Концепция специфических конфликтов» F. Alexander [39], придающая основное значение их содержанию, актуальна как для взрослых, так и для детей, но с некоторой поправкой. Согласно ей, определённой соматоформной и психосоматической патологии соответствует определённая эмоция: желудочно-кишечным расстройствам в виде

рвоты — эмоция отвращения, неприятия (словесная формула «тошнит от чего-то/кого-то»), расстройствам со стороны сердца — недостаток признания и любви (словесная формула «принимать близко к сердцу»). В детском возрасте содержательный аспект внешних конфликтов более простой, чем во взрослом (например, отсутствует понятие «неудовлетворённых карьерных амбиций»), соответственно желудочно-кишечная вегетатика активируется чаще и нагляднее, чем сердечно-сосудистая.

Автор также считал, что вид психосоматического расстройства находится в прямой зависимости от типа внутриличностного конфликта: оральная фиксация порождает голод и язвенную болезнь, анальная фиксация ведёт к колиту, неудовлетворённая потребность в ласке и прикосновениях проявляется в кожных заболеваниях, внутреннее напряжение и аутоагрессия находят выход в гипертонической болезни.

Отдельно следует упомянуть соматоформное болевое расстройство, которое одинаково часто встречается у пациентов любого возраста. Как уже было упомянуто выше, боль бывает универсальным симптомом в соматологии, неврологии, психиатрии, различаясь лишь по генезу — органическому и психогенному. Соответственно и концепции механизмов болевого расстройства характеризуются либо своей «органичностью», либо «психологизмом» [40].

Первая «органическая» концепция объясняет наличие боли механизмом условно-рефлекторного подкрепления, когда ожидание боли уменьшает болевой порог, усиливая глубину ощущений. Вторая концепция указывает на возможное закрепление рефлекса при длительно существующей боли, первоначально имеющей органическое происхождение в виде соматического или неврологического заболевания, с последующим формированием патологического стереотипа. Третья концепция фиксирует внимание на имманентно присущих человеку физиологических показателях — низкому порогу переносимости боли, когда любой физиогенный стресс воспринимается как боль [41]. Личностные особенности способствуют возникновению соматоформного расстройства согласно приведённым механизмам [42].

Психологические (психодинамические) концепции отдают приоритет «механизму вторичной выгоды» и скрытому содержанию симптома как способу достижения неосознаваемой цели. Боль как средство привлечения внимания, удержания любви, избегания нежелаемого, культивирования у окружающих чувства вины, управления близкими, придания смысла существованию, объяснения неудач — вот неполный перечень подсознательных истоков этого проявления. У детей школьного возраста демонстрация боли, часто напоминающая симуляцию, может возникнуть как страх перед предстоящими экзаменами, решением вопросов социализации, сменой жизненных стереотипов, что активирует вегетативные функции и способствует соматизированному реагированию.

## ОСОБЕННОСТИ ПАТОДИНАМИКИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В известной «Концепции двухшелонной линии обороны» А.Н. Mitscherlich [43] представлены патодинамика соматоформных расстройств, условия перехода с первой стадии психического преодоления конфликта на вторую стадию телесной защиты и соматизации. О. Кернберг добавил третью стадию перехода на психотический уровень, что справедливо лишь для части психозов, которым предшествовали «диатезы» и «соматозы». У данной концепции нет возрастных рамок, она универсальна для любого контингента пациентов. Впоследствии она была детально доработана.

Первый этап «соматизации аффективного переживания» протекает практически бессимптомно, скрыто [44]. Перевод с аффективного на соматические рельсы даже у взрослого контингента характеризуется низким уровнем осознания — депрессия сопровождается полиморфными алгиями, гиперфагией, гиперсомнией, метеопатией. В этих случаях довольно сложно определить приоритет: депрессия ли имеет соматический фасад (ранее был популярен вердикт «маскированной депрессии», который никогда не отражался в классификациях психических болезней), или соматоформные расстройства коморбидны депрессии, либо возникает трансформация аффективного радикала в соматический и происходит «соматизация депрессии».

Кроме недостаточного осознания депрессии нередко возникает её отрицание — феномен «депрессивной анозогнозии». Данный феномен, описанный у другого контингента пациентов [45], присутствует у людей, страдающих неглубокими депрессивными расстройствами различного генеза. Отрицание аффективной патологии имеет схожие механизмы, интегрируется с депрессией как универсальным неспецифическим симптомом. Были выявлены следующие составляющие феномена «депрессивной анозогнозии»: суперфициальная, когнитивная, перцептивная, сапплантинговая, нонкомплайентная, стигматизационная. Очевидно, что отрицание депрессии становится филиальным образованием недостаточного осознания, его психологической блокировки.

У детей и подростков осознание депрессии ещё более затруднено в силу её атипичности, завуалированности, рудиментарности, синдромологической незавершённости и транзиторности [46]. К перечисленному присоединяется невозможность ребёнка пожаловаться на депрессию из-за непонимания термина. Наличие абстрактного символизма данного понятия при незавершённом когнитивном процессе в детско-юношеском возрасте с его наглядно-действенным и конкретно-образным мышлением не позволяет вербализировать свои жалобы на снижение настроения и способствует переходу аффективной патологии в соматическое русло.

На втором этапе возникает функциональная психосоматика без истинного нарушения органов и систем, определяемая ранее как «невроз сердца» — «кардионевроз», синдром да Косты с характерными псевдостенокардитическими болями [47]; «невроз желудка» — «гастроневроз» с метеоризмом, тошнотой, рвотой, диареей, синдромом раздражённого кишечника; «невроз дыхательной системы» с икотой, поперхиванием, психогенным кашлем, учащённым дыханием.

У детей функциональная психосоматика выражается в системных детских неврозах — в форме неорганического энуреза, энкопреза, ларингоспазма, синдрома гипервентиляции (иногда сопровождающегося функциональными респираторными судорогами), аэрофагии, регургитации, пилороспазма. В детском возрасте соматоформные расстройства проявляются больше в мочевой, дыхательной и пищеварительной системах, относясь к искажённым паттернам встревоженной вегетатики.

Во взрослом возрасте к мочевой системе (невротическая полиурия и полидипсия) присоединяется половая система с психогенной фригидностью, диспареунией и вагинизмом — у женщин, расстройством эрекции и преждевременной эякуляцией — у мужчин. Примечательно, что необъяснимое, без выявленных причин «идиопатическое» женское бесплодие рассматривают в настоящее время как вариант психосоматики. Вовлекается также сердечно-сосудистая система в виде вегетативно-сосудистой дистонии, функционального нарушения сердечного ритма. Соматоформное болевое расстройство у взрослого контингента пациентов возникает в виде психогенных невралгий, псевдокорешкового синдрома, миалгий, цефалгий, кардиалгий, в то время как у детей чаще развиваются гастралгии.

Наконец на третьем этапе развиваются органические психосоматозы, имеющие хронический рецидивирующий характер и трудно поддающиеся лечению. Со стороны желудочно-кишечного тракта это гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит/болезнь Крона; сердечной системы — стенокардия, артериальная гипертензия, нарушение ритма сердца; сосудистой системы — васкулиты; кожной системы — псориаз, экзема, нейродермит; лёгочной системы — бронхиальная астма; костно-суставной системы — ревматоидный артрит; эндокринной системы — тиреотоксикоз и сахарный диабет 2-го типа. Список «психосоматозов» имеет тенденцию к расширению [48].

Переход на третий этап может быть постепенным или психогенно-литическим, быстрым; встречаться и у взрослых, и у детей, которые находятся под наблюдением как «астматики», «аллергики» либо пациенты с заболеваниями «неясного генеза». Как правило, больные предъявляют жалобы на нарушения какой-либо одной сферы, но существует множественное психосоматическое расстройство, включающее различные системы организма. В перечень входит до 59 симптомов, в том числе

алгических, тревожных и депрессивных, при отсутствии физической причины (болезнь Брике). Данное расстройство относится к хронической полисимптоматической истерии и объединяет конверсионные и психосоматические механизмы [49].

Похожая многоэтапная патодинамика была описана Н.Д. Лакосиной в отношении невротических расстройств: кратковременная аффективная ситуационная реакция, более пролонгированная невротическая реакция, собственно невроз с соматизацией аффективных расстройств, невротическое развитие личности [50]. Отличие заключается в том, что в алгоритме неврозообразования итоговыми становятся патохарактерологические изменения в форме нажитой, краевой психопатии, а в структуре соматоформного расстройства ведущее место занимают сомато-вегетативные нарушения с возможным переходом в психосоматические.

Следует отметить, что постневротическая краевая психопатия, несмотря на несомненную патологичность, парадоксально усиливает Эго-структуру, создаёт жёсткий каркас личностного сопротивления в форме стенического реагирования. И если в начале конфликта человек предъясняет себя как интропунитивно-деструктивный объект и коммуницирует с окружающим через невротически-соматический симптом, то через несколько лет в результате патологического копинга формируется экстрапунитивно-деструктивная личность. Данный процесс более характерен для взрослого контингента, уже имеющего сформированную личность, которая подвергается изменениям.

Существуют «функциональные соматические симптомы», характерные для детско-подросткового возраста и исчезающие по мере созревания организма [51]. При персистенции они могут перейти в соматоформные нарушения. Застывание на сомато-вегетативном этапе (с нередким переходом в психосоматический) свидетельствует о филогенетически более раннем уровне ответа на стресс. Возникновение подобных расстройств у взрослого контингента пациентов, вероятно, указывает на актуализацию механизмов ресоматизации, однако причины подобного регресса неясны и в научной литературе изложены в форме теорий, гипотез и концепций.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тема конверсионных, соматоформных и психосоматических расстройств не потеряла своей актуальности, о чём свидетельствует рост распространённости патологии в популяции, а также большое количество научных работ. Аналитический обзор концепций механизмов возникновения этих расстройств и выявление особенностей в детско-подростковом возрасте вносят новизну в настоящее исследование. Сравнение с механизмами формирования невротических нарушений даёт возможность экстраполятивной трактовки с позиций системного подхода, а представление



различных «семейных» концепций доказывает, что данные механизмы имеют как индивидуальное, так и групповое происхождение.

Сочетание теоретических и клинических аспектов — важный фактор унификации поднятой темы, которая изначально носит междисциплинарный характер. Практическая ценность заключается в аналитическом и дидактическом изложении материала, что может быть использовано различными специалистами — психологами, психиатрами, детскими психиатрами, психотерапевтами, педиатрами, терапевтами и врачами-интернистами.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Плотников Д.В., Северьянова Л.А. Акцентуация интегральных параметров индивидуальности человека как фактор риска психосоматических расстройств. М.: Триумф, 2021. 392 с.
2. Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.О. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 4. С. 73–80. EDN: UIPAZV
3. Gureje O., Reed J.M. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects // *World Psychiatry*. 2016. № 3. P. 291–292. doi: 10.1002/wps.20353
4. Edwards T.M., Wiersma M., Cisneros A., Huth A. Children and adolescents with medically unexplained symptoms: A systematic review of the literature // *Am J Fam Ther*. 2019. Vol. 47, N. 3. P. 183–197. doi: 10.1080/01926187.2019.1624226
5. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 454 с.
6. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 560 с.
7. Смулевич А.Б., Тиганов А.С., Дубницкая Э.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М.: ИПТК «Логос», 1992. 175 с.
8. Александровский Ю.А. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. В кн.: Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 525–554.
9. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия. Практическое руководство. М.: Класс, 2007. 592 с.
10. МакДугалл Дж. Театры тела: психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств. М.: КогитоЦентр, 2007. 215 с.
11. Методы современной психотерапии. Учебное пособие. Сост. Л.М. Крель, Е.А. Пуртова. М.: Класс, 2001. 480 с.
12. Цыганков Б.Д., Куличенко А.Д. Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении соматоформных расстройств: обзор зарубежных метаанализов и клинических исследований // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2015. № 1. С. 81–88. EDN: TRPPNF
13. Полное собрание сочинений Зигмунда Фрейда в 26 томах. 2-е изд. Т. 1. Фрейд З., Брейер Й. Исследования истерии. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа (ВЕИП), 2020. 464 с.
14. Freud S. Les psychonévroses de défense Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense. En: *Névrose, psychose et perversion*. Trad. J. Laplanche. Paris: PUF, 1973. P. 1–14.
15. Freud S. Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un complexe symptomatique sous le nom de "névrosed'angoisse". En: *Névrose, psychose et perversion*. Trad. J. Laplanche. Paris: PUF, 1973. P. 15–38.
16. Wittkower E.D. Studies on the Influence of emotions on the func-

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**Источник финансирования.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

## ADDITIONAL INFORMATION

**Funding source.** The study had no sponsorship.

**Competing interests.** The author declares that there is no conflict of interest in the presented article.

tions of the organs // *J Ment Sci*. 1935. Vol. 81, N. 334. P. 533–682. doi: 10.1192/bjp.81.334.533

17. Литвинцев С.В. Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений соматоформных расстройств с позиции клинической психиатрии // *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2018. № 3. С. 80–89. EDN: YNJINF

18. Steinberg H. Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud; the birth of the word "psychosomatic" in medical literature by Johann Christian August Heinroth // *Advanc Neurol Psychiatry*. 2007. Vol. 75, N. 7. P. 413–417. doi: 10.1055/s-2006-955010

19. Хохлов Л.К. Спор «Психиков» и «Соматиков». Эволюция представлений о психосоматических и соматопсихических соотношениях // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019. Т. 29, № 2. С. 79–85. EDN: NFSBKZ

20. Wittkower E.D., Warnes H. Transcultural psychosomatics // *Psychother Psychosom*. 1974. Vol. 23, N. 1–6. P. 1–12. doi: 10.1159/000286612

21. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // *Московский психотерапевтический журнал*. 2000. № 2. С. 5–48. EDN: RIDOLB

22. Livingston R., Witt A., Smith G.R. Families who somatize // *J Dev Behav Pediatr*. 1995. Vol. 16, N. 1. P. 42–46. doi: 10.1097/00004703-199502000-00007

23. Минухин С. Множество моих голосов. В кн.: Эволюция психотерапии. Т. 1. «Семейный портрет в интерьере»: семейная терапия. М.: Класс, 1998. 304 с.

24. Helm Stierlin: delegation und familie. Beiträge zum Heidelberger familien dynamischen konzept. Suhrkamp, 1982. 257 p.

25. Bowlby J. Separation anxiety // *Int J Psychoanal*. 1960. Vol. 41. P. 89–113. PMID: 13803480

26. Куттер П., Мюллер Т. Психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов. Когито-Центр, 2011. 384 с.

27. Mahler S., Pine M.F., Bergman A. The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation. London: Routledge, 2018. 320 p. doi: 10.4324/9780429482915

28. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000. 237 с.

29. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization // *Psychoanal Study Child*. 1955. Vol. 10, N. 1. P. 119–164. doi: 10.1080/00797308.1955.11822553

30. Sifneos P.E. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. In: *Topics of Psychosomatic Research. Proceedings of the 9th European Conference on Psychosomatic Research*. Vienna, 1972. p. 255–262. doi: 10.1159/000286529

31. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. 321 с.
32. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 560 с.
33. Nemiah J.C., Sifneos P.E. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill O.W. Modern trends in psychosomatic medicine. London: Butterworth, 1970. p. 26–34.
34. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982. 124 с.
35. Engel G.L., Schmale A. Psychoanalytic theory of somatic disorder conversion, specificity, and the disease onset situation // *J Amer Psych Ass.* 1967. Vol. 15. N. 2. P. 344–365. doi: 10.1177/000306516701500206
36. Abrahamson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation // *J Abnorm Psych.* 1978. Vol. 87. P. 49–74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
37. Dunbar H.F. Mind and body: Psychosomatic medicine. New York: Random House, 1947. 263 p.
38. Cannon W.B. The wisdom of the body. New York: W.W. Norton & Co, 1932. p. 177–201.
39. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
40. Devor M. Pain mechanism and pain syndromes. In: Campbell J.N. Pain 1996 — An updated review. Refresher course syllabus. Seattle: IASP Press, 1996. P. 103–112.
41. Rief W., Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms // *Clin Psychol Rev.* 2007. Vol. 27. P. 821–841. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.005
42. Kirmayer L.J., Robbins J.M., Paris J. Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress // *J Abnormal Psychol.* 1994. Vol. 103. P. 125–136. doi: 10.1037/0021-843X.103.1.125
43. Psychoanalyse und Protest: Alexander Mitscherlich und die "Achtundsechziger". Tobias Freimller, Hrsg. Gtingen: Wallstein, 2008. 211 p.
44. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства М.: Информационные технологии, 2001. 96 с.
45. Шайдукова Л.К., Мельчихин С.И., Шагиахметов Ф.Ш. Феномен «депрессивной анозогнозии» у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // *Неврологический вестник.* 2003. Т. XXV, № 1–2. С. 35–38. doi: 10.17816/nb89663
46. Шайдукова Л.К. Актуальные вопросы депрессивных расстройств во взрослом и детско-подростковом возрасте: классификация, клиника, лечение // *Социальная клиническая психиатрия.* 2022. Т. 32, № 4. С. 88–94. EDN: LQAJVC
47. Da Costa J.M., Medes J. On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences // *Am J Med Sci.* 1871. Vol. 61. P. 18–52. doi: 10.1097/00000441-187101000-00001
48. Есина Е.Ю., Цыган В.Н., Лютюв В.В., Гизатуллин Т.Р. Психосоматозы. СПб.: СпецЛит, 2021. 253 с. EDN: WTLFPZ
49. Guse S.B. Genetics of Briquet's syndrome and somatization disorder // *Ann Clin Psychiatry.* 1993. Vol. 5. P. 225–230. doi: 10.3109/10401239309148821
50. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. М.: Медицина, 1994. 190 с.
51. Kangas M., Kallesoe K.H., Rask C.U. Functional somatic syndromes (FSS) in children and adolescents: conceptual, measurement and treatment issues // *Zeitschrift für Psychologie.* 2020. Vol. 228, N. 2. P. 81–92. doi: 10.1027/2151-2604/a000401

## REFERENCES

1. Plotnikov DV, Severyanova LA. *Aksentuatsiya integral'nykh parametrov individual'nosti cheloveka kak faktor riska psikhosomaticheskikh rasstroistv.* (Accentuation of integral parameters of human individuality as a risk factor for psychosomatic disorders.) Moscow: Triumph; 2021. 392 p. (In Russ.)
2. Pribytkov AA, Yerichev AN, Kotsyubinsky AP, Yurkova IO. Therapy of somatoform disorders: pharmacological and psychotherapeutic approaches. *Social and clinical psychiatry.* 2014;24(4):73–80. (In Russ.) EDN: UIPAZV
3. Gureje O, Reed JM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry.* 2016;(3):291–292. doi: 10.1002/wps.20353
4. Edwards TM, Wiersma M, Cisneros A, Huth A. Children and adolescents with medically unexplained symptoms: A systematic review of the literature. *Am J Fam Ther.* 2019;47(3):183–197. doi: 10.1080/01926187.2019.1624226
5. Isaev DN. *Psikhosomaticheskaya meditsina detskogo vozrasta.* (Psychosomatic medicine of childhood.) St. Petersburg: Spetsialnaya literatura; 1996. 454 p. (In Russ.)
6. Antropov YuF, Shevchenko YuC. *Lechenie detei s psikhosomaticheskimi rasstroistvami.* (Treatment of children with psychosomatic disorders.) St. Petersburg: Rech; 2002. 560 p. (In Russ.)
7. Smulevich AB, Tiganov AS, Dubnitskaya EB. *Ipokhondriya i somatoformnye rasstroistva.* (Hypochondria and somatoform disorders.) M.: IPTK "Logos"; 1992. 175 p. (In Russ.)
8. Alexandrovsky YuA. Neurotic, stress-related and somatoform disorders. In: *Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo.* (Psychiatry: national Guide.) Moscow: GEOTAR-Media; 2009. p. 525–554. (In Russ.)
9. Sandomirsky ME. *Psikhosomatika i telesnaya psikhoterapiya. Prakticheskoe rukovodstvo.* (Psychosomatics and body psychotherapy: a practical guide.) Moscow: Klass; 2007. 592 p. (In Russ.)
10. McDougall J. *Teatry tela: psikhoanaliticheskii podkhod k lecheniyu psikhosomaticheskikh rasstroistv.* (Theaters of the body: a psychoanalytic approach to the treatment of psychosomatic disorders.) Moscow: Kogitotsentr; 2007. 215 p. (In Russ.)
11. *Metody sovremennoi psikhoterapii.* Uchebnoe posobie. (Methods of modern psychotherapy. Textbook.) Comp. by LM Krol, EA Purtova. Moscow: Klass; 2001. 480 p. (In Russ.)
12. Tzigankov BD, Kulichenko AD. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for treating somatic disorders: a review of foreign metaanalyses and clinical studies. *Kremlovskaya medicina. Klinichesky vestnik.* 2015;(1):81–88. (In Russ.) EDN: TRPPNF
13. *Polnoe sobranie sochinenii Zigmunda Freida v 26 tomakh.* 2-e izd. T. 1. Freid Z., Breier I. Issledovaniya isterii. (The complete works of Sigmund Freud in 26 volumes. 2<sup>nd</sup> ed. Vol. 1. Freud S, Breuer J. Studies of hysteria.) St. Petersburg: Eastern European Institute of Psychoanalysis (VEIP); 2020. 464 p. (In Russ.)
14. Freud S. Les psychonévroses de défense. Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense. En: *Névrose, psychose et perversion.* Laplanche J, traducteur. Paris: PUF; 1973. P. 1–14.
15. Freud S. Qu'ilestjustifié de séparer de la neurasthénie un complexe symptomatique sous le nom de "névrosed'angoisse". En: *Névrose, psychose et perversion.* Laplanche J, traducteur. Paris: PUF; 1973. P. 15–38.
16. Wittkower ED. Studies on the Influence of emotions on the functions of the organs. *J Ment Sci.* 1935;81(334):533–682. doi: 10.1192/bjp.81.334.533
17. Litvitsev SV. Some problematic and discussion issues of psychosomatic relationships and somatoform disorders from the standpoint of

clinical psychiatry. *VM Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2018;(3):80–89. (In Russ.) EDN: YNJJNF

18. Steinberg H. Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud; the birth of the word “psychosomatic” in medical literature by Johann Christian August Heinroth. *Advanc Neurol Psychiatry*. 2007;75(7):413–417. doi: 10.1055/s-2006-955010
19. Khokhlov LK. Dispute of “psichiks and somatiks”. The evolution of ideas about psychosomatic and somatopsychic relatons. *Social and clinical psychiatry*. 2019;29(2):79–85. (In Russ.) EDN: NFSBKZ
20. Wittkower ED, Warnes H. Transcultural psychosomatics. *Psychother Psychosom*. 1974;23(1–6):1–12. doi: 10.1159/000286612
21. Kholmogorova AB, Garanyan NG. Somatization: the history of the concept, cultural and family aspects, explanatory and psychotherapeutic models. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal*. 2000;(2):5–48. (In Russ.) EDN: RIDOLB
22. Livingston R, Witt A, Smith GR. Families who somatize. *J Dev Behav Pediatr*. 1995;16(1):42–46. doi: 10.1097/00004703-199502000-00007
23. Minukhin S. My many voices. In: *Ehvolutsiya psikhoterapii*. T. 1. «Semeinyi portret v inter'ere»: semeinaya terapiya. (Evolution of psychotherapy. Vol. 1, “Family portrait in the interior”: family therapy.) Moscow: Klass; 1998. 304 p. (In Russ.)
24. Helm Stierlin: *delegation und familie. Beiträge zum Heidelberger familien dynamischen konzept*. Suhrkamp, 1982. 257 p.
25. Bowlby J. Separation anxiety. *Int J Psychoanal*. 1960;41:89–113. PMID: 13803480
26. Kutter P, Muller T. *Psikhoanaliz. Vvedenie v psikhologiyu bessoznatel'nykh protsessov*. (Psychoanalysis. An introduction to the psychology of unconscious processes.) Kogito Center; 2011. 384 p. (In Russ.)
27. Mahler S, Pine MF, Bergman A. *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. London: Routledg, 2018. 320 p. doi: 10.4324/9780429482915
28. Ammon G. *Psikhosomaticheskaya terapiya*. (Psychosomatic therapy.) St. Petersburg: Rech; 2000. 237 p. (In Russ.)
29. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanal Study Child*. 1955;10(1):119–164. doi: 10.1080/00797308.1955.11822553
30. Sifneos PE. The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. In: *Topics of Psychosomatic Research. Proceedings of the 9th European Conference on Psychosomatic Research*. Vienna; 1972. p. 255–262. doi: 10.1159/000286529
31. Ushakov GK. *Detskaya psikiatriya*. (Child psychiatry.) Moscow: Meditsina; 1973. 321 p. (In Russ.)
32. Kovalev VV. *Psikiatriya detskogo vozrasta. Ruk-vo dlya vrachei*. (Child psychiatry. Handbook for Physicians.) Moscow: Meditsina; 1995. 560 p. (In Russ.)
33. Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill OW. *Modern trends in psychosomatic medicine*. London: Butterworth; 1970. p. 26–34.
34. Selye G. *Stress bez distressa*. (Stress without distress.) Moscow: Progress; 1982. 124 p. (In Russ.)

## ОБ АВТОРЕ

**Шайдукова Лейла Казбековна**, д-р мед. наук, проф., каф. психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия;  
ORCID: 0000-0003-2258-1232;  
eLibrary SPIN: 7514-5446;  
e-mail: shaidukova@list.ru

35. Engel GL, Schmale A. Psychoanalytic theory of somatic disorder conversion, specificity, and the disease onset situation. *J Amer Psych Ass*. 1967;15(2):344–365. doi: 10.1177/000306516701500206
36. Abrahamson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J Abnorm Psych*. 1978;87:49–74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
37. Dunbar HF. *Mind and body: Psychosomatic medicine*. New York: Random House; 1947. 263 p.
38. Cannon WB. *The wisdom of the body*. New York: WW Norton & Co; 1932. p. 177–201.
39. Aleksander F. *Psikhosomaticheskaya meditsina. Printsipy i prakticheskoe primeneniye*. (Psychosomatic medicine. Principles and practical application.) Moscow: EKSMO-Press; 2002. 352 p. (In Russ.)
40. Devor M. Pain mechanism and pain syndromes. In: Campbell JN, editor. Pain 1996 — An updated review. Refresher course syllabus. Seattle: IASP Press; 1996. P. 103–112.
41. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms—models and mechanisms. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:821–841. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.005
42. Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol*. 1994;103:125–136. doi: 10.1037/0021-843X.103.1.125
43. *Psychoanalyse und Protest: Alexander Mitscherlich und die “Achtundsechziger”*. Tobias Freimller, Hrsg. Göttingen: Wallstein; 2008. 211 p.
44. Berezantsev AYU. *Psikhosomatika i somatoformnyye rasstroistva*. (Psychosomatics and somatoform disorders.) Moscow: Informatsionnye tekhnologii; 2001. 96 p. (In Russ.)
45. Shaydukova LK, Melchikhin SI, Shagiakhmetov FS. «Depressive anosognosia» phenomenon in lonely women with alcohol addiction. *Neurological Bulletin*. 2003;XXV(1–2):35–38. (In Russ.) doi: 10.17816/nb89663
46. Shaydukova LK. Topical issues of depressive disorders in adults, children and adolescents: classification, clinic, treatment. *Social and clinical psychiatry*. 2022;32(4):88–94. (In Russ.) EDN: LQAJVC
47. Da Costa JM, Medes J. On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am J Med Sci*. 1871;61:18–52. doi: 10.1097/00000441-187101000-00001
48. Esina EY, Tsygan VN, Lyutov VV, Gizatullin TR. *Psikhosomatozy*. (Psychosomatoses.) St. Petersburg: SpetsLit; 2021. 253 p. (In Russ.) EDN: WTFLPZ
49. Guse SB. Genetics of Briquet's syndrome and somatization disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 1993;5:225–230. doi: 10.3109/10401239309148821
50. Lakosina ND, Trunova MM. *Nevrozy, nevroticheskie razvitiya lichnosti: Klinika i lechenie*. (Neurosis, neurotic personality development: Clinic and treatment.) Moscow: Meditsina; 1994. 190 p. (In Russ.)
51. Kangas M, Kallesoe KH, Rask CU. Functional somatic syndromes (FSS) in children and adolescents: conceptual, measurement and treatment issues. *Zeitschrift für Psychologie*. 2020;228(2):81–92. doi: 10.1027/2151-2604/a000401

## AUTHOR INFO

**Lejla K. Shaydukova**, MD, Dr. Sci. (Med.), Prof., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology, Kazan State Medical University, Kazan, Russia;  
ORCID: 0000-0003-2258-1232;  
eLibrary SPIN: 7514-5446;  
e-mail: shaidukova@list.ru