

УДК 159.964.28

Теории психического аппарата и роль психоанализа при депрессивных психических расстройствах

Фусу Лариса Ивановна

врач-психиатр, кандидат медицинских наук,
психоаналитически ориентированный психотерапевт,
кандидат study групп IPA, ректор,
Институт психологии и психоанализа,
101000, Россия, Москва, Чистопрудный бульв., 21;
e-mail: florayy@mail.ru

Аннотация

В статье рассматриваются принципы диагностики депрессивных расстройств в психиатрии и медицинской психологии. Анализируются депрессивные состояния с точки зрения психоанализа, а также классической психиатрии. Представлено разнообразие клинических проявлений депрессивных расстройств с позиции классического психоанализа. Проанализированы данные о «психологических» и «соматических» масках депрессий.

Ключевые слова

Депрессивное расстройство, психопатологический диатез, потеря объекта, меланхолия, алгия, психогенный фактор.

Введение

Всё большее внимание привлекает к себе состояние психического здоровья всего населения, формаль-

но считающегося здоровым¹. Гуманизация медицины, внедрение в ши-

1 Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? // World Psych. – 2006. – № 5 (3). – Pp. 146-150.

рокую клиническую практику идей и методов медицинской психологии и психотерапии, реализация общемедицинской концепции реабилитации ориентирует врачей разного профиля на личностный подход к пациенту.

Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях представляют собой серьёзную медико-социальную проблему: существенно влияют на адаптационные возможности и качество жизни соматических больных. Согласно данным эпидемиологического исследования, проведённого сотрудниками отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств РАМН, доля инвалидов I и II группы по сердечно-сосудистым заболеваниям при коморбидной депрессии статистически значимо превышает соответствующий показатель для этого контингента в целом².

С другой стороны, по мнению D. Oudshoorn, понятие «психосоматозов» (в классическом смысле таких как астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) устарело – далеко не всегда существует

2 Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. К проблеме психосоматических, соматопсихических отношений // Обозр. психиатр. и мед. психол. – 2011. – № 2. – С. 30-34.

прямая причинная связь этих заболеваний с психогенным фактором³.

Классификация депрессивных психических расстройств

Расстройства, расценённые как психосоматические, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) отмечены в разных рубриках: F45 (соматоформные расстройства), F50 (расстройства аппетита), F52 (сексуальные дисфункции), F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами и болезнями, классифицируемыми в других разделах). В МКБ-10 термин «психосоматические расстройства» не включён, так как группа экспертов Всемирной организации здравоохранения заключила, что «его применение подразумевает, что психологический фактор не играет большой роли в возникновении,

3 Органные невроты как психосоматическая проблема // Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Раппопорт С.И. и др. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 12. – С. 4-12; Симаненков В.И. Психосоматические расстройства в практике терапевта. – СПб.: СпецЛит, 2008 – 335 с.; Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Львов А.Н. Дифференциальный диагноз в психосоматике // Псих. расстр. в общ. мед. – 2010. – № 3. – С. 4-16.

течении или исходе болезней»⁴. Если клиницист хочет показать связь между психологическим состоянием и соматическими проблемами, то нужно использовать 2 кода: один для болезни (например астма), другой – для психологического фактора (F54 – психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами и болезнями, классифицируемыми в других разделах).

При нозологической квалификации такие состояния расцениваются как эндогенные (циклотимические) депрессии лёгкой и умеренной степени тяжести или (реже) как аффективные фазы в рамках динамики расстройств личности, а также как дистимическое расстройство⁵.

Оптимальные возможности для классификации депрессивных расстройств, наблюдающихся в обще-

соматической сети, открываются при многомерном подходе к анализу психопатологических симптомокомплексов. Этот подход, альтернативный традиционным принципам описательной психопатологии, позволяет в пределах одной размерности не только выделить депрессии эндогенно-витальной группы, но и ранжировать гипотимические состояния, гетерогенные по клиническим проявлениям циркулярной меланхолии в зависимости от соучастия в их формировании не только эндогенных, но также соматогенных и нозогенных (психогенных) механизмов.

Систематика, построенная на этой основе, особенно важна для характеристики депрессий, наблюдающихся в общемедицинской сети, где (в отличие от специализированных психиатрических учреждений) в механизмах возникновения (провокации) гипотимических состояний соучаствует фактор соматического заболевания.

Под психопатологическим диагнозом мы понимаем различные субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и его готовности реагировать пато-

- 4 Головина А. Г. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у подростков с фобическими расстройствами // Псих. расстр. в общ. мед. – 2011. – № 2. – С. 18-23; Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. Нерешенные проблемы психосоматических расстройств // Псих. расстр. в общ. вед. – 2011. – № 3-4. – С. 17-20.
- 5 Barsky A.J., Orav E.J., Bates D.W. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – № 62. – Pp. 903-910.

логическим образом на стрессорные факторы. По признаку динамики мы выделяем три основные формы психопатологического диатеза: 1) эпизодическую – ранние (выявляющиеся обычно до семилетнего возраста) и поздние проявления (возникающие, как правило, в школьные годы); 2) промежуточную; 3) константную.

Эпизодический диатез проявляется относительно короткими дисфункциональными состояниями, характеризующимися неглубоким уровнем психопатологических нарушений и отставленностью от начала автохтонного развития болезни. Ранние проявления – психомоторные нарушения, неспецифические расстройства сна, сверхценные детские страхи, поздние – «диссомнические» (особые формы нарушения сна), «шизотропные» (эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременные рудименты психотических расстройств), «аффектотропные» (внешне немотивированные спады настроения и активности)⁶.

6 Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorder in the United States between 1991–1992 and 2001–2002 // W.M. Compton, K.P. Convey, F.S. Sfinson et al // Amer. Jour. Psychiatry. – 2006. – № 163 (12). – Pp. 2141-2147.

Промежуточная форма психопатологического диатеза – проявления реактивной лабильности: психогенно обусловленные непродолжительные изменения самочувствия и поведения, но с чрезмерным «масштабом» реагирования относительно вызвавшей их причины. В дошкольном возрасте – астенодистимические (субдепрессивные) эпизоды, в школьном и более старшем возрасте – психосоматические и истерические реакции⁷.

Константная форма психопатологического диатеза базируется на констелляции базовых характеристик – диссоциированности и дефицитарности. Диссоциированность – несогласованность потребностей, способностей, установок и поведения в разных сферах психической жизни. Дефицитарность – нарциссическая нехватка, ущербность психики, может быть тотальной и парциальной. Тотальная дефицитарность – это явления психического инфантилизма и/или пассивность всех психических

7 Фусу Л., Ерёмин Б. Фрейдовские теории психического аппарата и их использование в психоанализе. – М.: Золотой телёнок, 2002. – 80 с.; Barsky A.J., Orav E.J., Bates D.W. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – № 62. – Pp. 903-910.

проявлений, слабость побуждений, эмоциональная нивелированность. Парциальная дефицитарность проявляется в следующих сферах: интеллектуальной, эмоциональной, «энергетической», коммуникативной, сексуальной.

У пациентов с «поздними» дисфункциональными состояниями в анамнезе худший прогноз заболевания, чем при часто встречающихся «ранних» дисфункциях⁸. Кроме того, уже на стадии предболезни прослеживаются тенденции к циклоидности или диссоциации, которые сохраняются в дальнейшем и непосредственным образом влияют на прогрессивность заболевания⁹. Проявления психопатологического диатеза являются одной из характеристик прогноза дальнейшего течения заболевания, которая позволяет судить о перспективах клинического и социального восстановления психически больных.

8 Функциональный диагноз в психиатрии // А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Т.А. Аристова и др. // Обоз. псих. и мед. психол. – 2011. – № 1 – С. 4-8.

9 Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment // Löwe B, Spitzer RL, Williams JB et al // Gen Hosp Psychiatry. – 2008. – № 30 (3). – Pp. 191-199.

Итак, ко 2-й половине XX в. стало складываться впечатление, что современная медицина способна достаточно чётко дифференцировать функциональное и органическое в психической и соматической симптоматике. Последние десятилетия возможности медицины в углублённом изучении функционирования и морфологии различных органов и систем (в том числе головного мозга) неизмеримо выросли.

Сущность проявления депрессивных расстройств

Несомненно, основополагающим вектором развития теорий депрессивных расстройств послужили работы З. Фрейда – основоположника классического психоанализа. В своих трудах он неоднократно обращался к трактовке развития пограничных состояний, а также и депрессивных расстройств. Следует отметить некую периодизацию взглядов З. Фрейда касательно данных вопросов. Так, в своих ранних работах¹⁰ он противопоставлял «актуальные неврозы» группе «психоневрозов», к которым он отно-

10 Freud S. Deuil et mélancholie (1917) // Métapsychologie. – P.: Gallimard, 1968. – Pp. 237-258.

сил в то время *невроз страха* и *неврастению*. В своей статье о неврозе страха так же, как и в своём пассаже о психотерапии истерии, Фрейд использует впервые термин «смешанный невроз»: «Везде, где мы находим смешанный невроз, можем обнаружить смесь разных этиологий»¹¹.

Вторая фрейдовская позиция соответствует периоду первой топикки психического аппарата. С одной стороны, неизменными остаются те же актуальные неврозы, с другой стороны, психоневрозы разделены на две части: *психоневрозы трансфера* (истерия, навязчивый невроз, фобия) и *нарциссические психоневрозы*, которые соответствуют классическим психозам. Фрейд устанавливает некий мост (посредством ипохондрии, когда он говорит о своём искушении считать ипохондрию третьим неврозом) и показывает, что нарциссическое либидо связано в «актуальных неврозах» так же, как и объектное либидо связано при истерических и навязчивых неврозах. Таким образом, Фрейд представляет *гипотезу морбидной линии ни невротической, ни психотической,*

11 Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М.: Наука, 1991. – 456 с.; Фрейд З. Психология бессознательного. – М., 1990. – 169 с.; Фрейд З. Психология и защитные механизмы. – М., 1993. – 120 с.

поскольку либидо в этом третьем варианте не доходит до объекта¹².

Третья фрейдовская позиция частично совпадает со второй топиккой. Оппозиция устанавливается между актуальными неврозами с одной стороны и с другой стороны – тремя отличающимися категориями: уже известные психоневрозы трансфера, которые называются просто неврозами, и две другие категории: *нарциссические психоневрозы* (которые включают уже только депрессию и меланхолию) и *психозы* (куда входит паранойя и шизофрения)¹³.

Четвёртая фрейдовская позиция связана не с простым противопоставлением нозологических единиц, а с поиском механизмов, используемые при психозах, и в частности посвящена понятиям *расщепления – spaltung* и *отрицание факта реальности –*

12 Fain M. Régression et psychosomatique // Revue française de psychanalyse. – 1966. – No 4. – pp. 451-456; Freud S. Deuil et mélancholie (1917) // Métapsychologie. – P.: Gallimard, 1968. – Pp. 237-258.

13 Fain M., Marty P. À propos du narcissisme et de sa genèse // Revue française de psychanalyse. – 1965. – No 4. – pp. 563-571; Le cas Dora et le point de vue psychosomatique // M. Fain, P. Marty, de M. M'Uzan, Ch. David // Revue française de psychanalyse. – 1968. – № 4. – Pp. 679-714.

verleungnung. В этот же период З. Фрейд возвращается к идее защитной деформации «Я» перед угрозой разрыва, о котором он написал в 1924 году. Угроза, возникающая из-за конфликта между настойчивостью влечений и оппозиций реальности, – но на этот раз он описывает разрыв, который возникает в «Я» ребёнка, разрыв, который никогда не рубцуется, но наоборот, в некоторых случаях увеличивается со временем¹⁴.

Депрессивные больные по З. Фрейду – это люди, которые не смогли справиться с горем вследствие потери объекта или его любви. Он вводит понятие «работа горя». Если эта работа не выполняется, то у человека, пережившего потерю развивается патологическое горе, т. е. меланхолия. *Меланхолия* в психическом отношении отличается глубокой страдальческой удручённостью, исчезновением интереса к внешнему миру, потерей способности любить, задержкой всякой деятельности и понижением самочувствия, выражающимся в упреках и оскорблениях по собственному адресу и нарастающем до бреда ожидании наказания. Эта картина становится

понятной, если принять во внимание, что теми же признаками отличается и печаль, за исключением только одного признака: при ней нет нарушения самочувствия. Во всем остальном картина та же – тяжёлая печаль – реакция на потерю любимого человека, отличается таким же страдальческим настроением, потерей интереса к внешнему миру, потерей способности выбрать какой-нибудь новый объект любви. Таким образом, Фрейд обращает внимание на то, что в случае горя психическая обработка принимает особую форму. Он выявил шкалу различий между нормальным горем и патологическими разновидностями горя (когда субъект считает себя виновным в смерти близкого человека, отрицает смерть, ощущает воздействие покойного и его власть над собой, полагает, что болен той же болезнью, которая привела близкого человека к смерти и т. д.), или меланхолией. Эта задержка и ограничение «Я» является выражением исключительной погружённости в печаль, при которой не остаётся никаких интересов и никаких намерений для чего-нибудь иного. Понятие «потери объекта», соответствующее потере способности быть привязанным к объекту, и проработка горя по утраченному объекту, являются одними из

14 Perspectives psychosomatiques sur la fonction des tanlasmes // M. Fain, P. Marty // Revue française de psychanalyse. – 1964. – № 4. – Pp. 345-356.

основных понятий во фрейдовской теории депрессии, вдохновившими и его последователей¹⁵.

Понятие «работы горя» близко по смыслу понятию «психической обработки» или «связывания» травмирующих впечатлений в психике. Депрессивные пациенты амбивалентны и к себе, и к внешнему миру, однако по отношению к любимому объекту любовные побуждения проявляются открыто, а ненависть скрывается. В отношении собственного Эго ненависть очевидна, как и первичная переоценка объекта. Анализ обнаруживает, что в отношении к объектам депрессивные пациенты ведут себя высокомерно и навязываются им. Враждебность к фрустрирующим объектам оборачивается враждебностью к собственному Эго. Ненависть к себе проявляется в форме чувства вины, то есть разлада Эго и Суперэго¹⁶.

Депрессивные пациенты по З. Фрейду – это фиксированные на со-

стоянии, в котором самоуважение регулируется извне, те, чьё чувство вины приводит к регрессии, к этому состоянию, те, кто чрезмерно нуждается во внешних ресурсах. Ненасытность сохраняется всю жизнь, фрустрации для них труднопереносимы. Если нарциссические потребности не удовлетворяются, то их самоуважение сильно падает. Их *прегенитальная фиксация* проявляется в стремлении реагировать насилием на фрустрацию. Их *оральная зависимость* вынуждает их добиваться того, в чем они нуждаются, подобострастием и подчинением. При депрессии конфликт между этими двумя тактиками заметен. Как показывает анализ, подобострастие – это способ бунтарства. Многие депрессивные установки представляют собой конденсаты подобострастия и агрессивности. Стремление к согласию с людьми вынуждает их отрицать у себя любые проявления враждебности. Они испытывают постоянную потребность в любви, но сами любить не способны. Это «любовные наркоманы» с бесконечной потребностью быть любимыми. Они зависимы, *выбор объекта* – по нарциссическому типу. Но не существует такого объекта, который мог бы им обеспечить необходимый градус удовлетворения.

15 Winnicott D.W. Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects // Int. Jour. Psychoanal. – 1966. – № 47. – Pp. 510-516.

16 Фусу Л., Еремин Б. Фрейдовские теории психического аппарата и их использование в психоанализе. – М.: Золотой телёнок, 2002. – 80 с.; Bion W. Attacks on linking // Inter. Jour. Psycho-Anal. – № 40. – Pp. 93-109.

Личность объекта не имеет большого значения, ибо их потребность – в снабжении. Получая снабжение, некоторые из них испытывают страх, считая блага опасными и опасаясь, что вслед за насыщением вернётся голод¹⁷.

Депрессия всегда начинается с увеличения нарциссических потребностей: «меня никто не любит». Возникает предположение, что пациент ощущает ненависть к себе, почти бредовую убеждённость в этом. Более того, классические депрессивные пациенты склонны чувствовать, что они заслуживают большей ненависти, и что их порочность недостаточно видна окружающим. В феноменологии депрессии на передний план выступает утрата самоуважения либо утрата ресурсов, поддерживающих оное. К ним относятся события, понижающие самоуважение и у нормальных людей – постоянные неудачи, потеря имущества, работы, престижа, угрызания совести.

Если утрата самоуважения связана с утратой внешних ресурсов, формула другая: «Я потерял всё, и мир пуст»¹⁸.

17 Freud S. Deuil et mélancholie (1917) // Métapsychologie. – P.: Gallimard, 1968. – Pp. 147-174.

18 Там же.

В статье «Анаклитическая депрессия» (1946) Spitz R.¹⁹ высказал основанную на наблюдениях над детьми мысль о том, что если в результате каких-либо событий (болезнь, смерть и иные серьёзные происшествия) ребёнок разлучается с матерью, то это ведёт к возникновению у него депрессивного состояния, сопровождающегося плаксивостью, раздражительностью, безучастностью, уходом в себя. В таком состоянии ребёнок может страдать бессонницей, отказываться от пищи и быть подверженным простудным и инфекционным заболеваниям.

Сущность *анаклитической депрессии* и *госпитализма* (hospitalismus), правда, были известны задолго до R. Spitz – эти явления уже были описаны в 1900 г., – но только R. Spitz систематически исследовал это явление, и благодаря ему этот феномен стал широко известным²⁰. П. Марти ссылаясь на анаклитическую депрессию как на следы фиксации на ранние травмирующие события, точку воз-

19 Spitz R.-A. Anaclitic depression. In: The psycho-analytic Study of the Child. – Ed. II. – New York: I.U.P. – 1946. – Pp. 313-342; Spitz R.-A. La premiere annee de la vie de l'enfant. – Paris: P.U.F., 1953. – Pp. 119-121.

20 Там же.

врата возможных регрессий в зрелом возрасте²¹. Анаклитическая депрессия возникает примерно на четвёртом-шестом месяце жизни ребёнка после того, как ранее достигнутая стабильность между матерью и младенцем нарушается вследствие их разлуки, и ребёнок лишается из-за сепарации проявления нежных чувств. К счастью, сегодня такое тяжёлое заболевание младенцев – по крайней мере, в западных странах – встречается очень редко. Интересно, что предпосылкой для классической анаклитической депрессии является тот факт, что первые полгода своей жизни младенец проводит с любящей матерью, с которой были установлены хорошие объектные отношения. Через три месяца после отлучения младенца от матери у него может наступить такое состояние, которое характеризуется «окоченелостью» и невосприимчивостью посторонних людей. Если детям, страдающим анаклитической депрессией, вернуть их мать не позже, чем через 3-5 месяцев, они снова становятся

здоровыми. Если же разлука с матерью длится дольше пяти месяцев, и за это время не возникают другие объектные отношения (т. е. если вообще нет никакого постоянного человека, занимающегося ребёнком и способного дать ему тепло и защищённость), то начинается регресс, который, по видимому, становится необратимым, т. е. ребёнок физически, умственно и духовно нормально не развивается. В некоторых случаях последующий недостаток эмоциональных контактов способен привести к смерти ребёнка. Если по истечении трёх месяцев разлуки с матерью она возвращается к ребёнку, симптомы анаклитической депрессии ослабевают, но её рубцы остаются и даже через годы обязательно дадут знать о себе, П. Марти полагал, что она является основной причиной дезорганизации. Понятие потери объекта занимает важное место в концепции П. Марти, до такой степени, что он рассматривает его на всех стадиях развития и существования человека в качестве потенциального, если не главного фактора дезорганизации. Классификация IPSO/Марти, представляющая собой практическую иллюстрацию и определяющая концепции её автора, обозначает несколько раз тему «потери объекта»

21 Fain M., Marty P. À propos du narcissisme et de sa genèse // *Revue française de psychanalyse*. – 1965. – No 4. – pp. 563-571; Le cas Dora et le point de vue psychosomatique // M. Fain, P. Marty, de M. M'Uzan, Ch. David // *Revue française de psychanalyse*. – 1968. – № 4. – Pp. 679-714.

на разных возрастных этапах жизни. В одном случае речь идёт о «потерях объектов, прямо или косвенно значимых, во время беременности матери или в течение первых двух лет жизни», и это касается, без всякого сомнения, проблематики анаклитической депрессии такой, какой она была развита Р. Спичем²².

Последующие исследования и непосредственные наблюдения психоаналитиков над детьми показали роль и значение утраты ребёнком эмоциональных контактов с матерью при возникновении депрессии.

Психосоматический больной не обратит внимания на первые симптомы болезни и будет бегать до тяжёлых осложнений. Можно считать, что когда возбуждения от влечений оказываются средней важности и не сильно накапливаются у субъекта, у которого наряду с этим имеется хорошая *ментализация*, тогда мы можем верифицировать появление спонтанно обра-

тимых соматических поражений. В случае, когда возбуждения, связанные с инстинктами и влечениями, оказываются значимыми и накапливаются у субъекта, чья ментализация является плохой, существует риск проявления прогрессирующих и тяжёлых соматических заболеваний. Таким образом, соматические болезни *регрессивного типа* часто возникают у субъектов с хорошей ментализацией. Совсем по-другому обстоят дела с процессами *прогрессивных дезорганизаций*, происходящими выборочно у субъектов, обладающих плохой ментализацией, вследствие чего возможны следующие клинические формы: неврозы поведения, неврозы с плохой ментализацией, дезорганизация предсознательного, невозможность использования репрезентаций через массивные избегания или длительные репрессии репрезентаций²³.

В отечественных исследованиях патогенетического влияния психических факторов на соматическое состояние человека основное внимание уделяется проблеме ятрогенных заболеваний.

22 Perspectives psychosomatiques sur la fonction des tanlasmes // M. Fain, P. Marty // Revue française de psychanalyse. – 1964. – № 4. – pp. 345-356; Fain M. Régression et psychosomatique // Revue française de psychanalyse. – 1966. – № 4. – pp. 451-456; Spitz R.-A. La première année de la vie de l'enfant. – Paris: P.U.F., 1953. – Pp. 119-121.

23 Методическое пособие по психоаналитической психосоматике / пер. Л. Фусу, А. Коротецкая. – Чистые пруды: Институт психологии и психоанализа, 2012. – 64 с.

Ритмологическая модель, не имеющая целью ни нозологическую или синдромальную дифференциацию депрессий, ни подразделение их на типичные и атипичные, позволяет объединить широкий спектр нозологически и типологически разнородных депрессий, наблюдающихся не только в специализированной – психиатрической, но и в общесоматической сети (соматогенных, нозогенных, эндогенных), в единый континуум. В пределах этого континуума обсуждаемая модель позволяет ранжировать гипотимические состояния в зависимости от тяготения к двум полюсам. При этом депрессии с циркадианным ритмом (первичное психопатологическое образование, включающее расстройства витальной и соматической сферы) противостоят депрессии с заимствованным ритмом, объединяющие расстройства регистров, гетерогенных по отношению к аффективному (вторичные депрессии)²⁴.

Несмотря на то, что проблема маскированных депрессий (как и некоторых других форм, например сезонных аффективных расстройств), бесспорно, нуждается в дальнейшем

изучении, циркадианная модель позволяет отграничить ту их часть, в которой можно оценить связь фасадных феноменов и соматовегетативного симптомокомплекса с витальными симптомами депрессии (суточный ритм, расстройства цикла сон-бодрствование, ремиттирующее либо напротив, затяжное, хроническое течение). Кардинальный признак эндогенноморфных депрессий – подчинённость клинических проявлений циркадианному ритму, выступающему как облигатная составляющая синдрома. По этому признаку картина эндогенноморфной депрессии сопоставима с циркулярной меланхолией, однако связь с витальным симптомокомплексом ограничена одним или несколькими феноменами (тоска, нарушение цикла сон-бодрствование). В значительной части маскированных депрессий аффективные проявления перекрываются с органоневротическими (синдромы вегетососудистой дистонии, Д'Акоста, гипервентиляции, раздражённой кишки и др.)²⁵.

В числе наиболее распространённых в общей медицинской практике «масок» депрессий находятся стойкие

24 Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.

25 Williams A. Depression in chronic pain: mistaken models, missed opportunities // Scand. J. Behav. Ther. – 1998. – № 27. – Pp. 61-80.

алгии – депрессивно-болевым синдромом. Алгии встречаются у 50% больных с соматизированными депрессиями²⁶. По данным L. Williams и соавт.²⁷, частота перекрывания депрессий с алгическими симптомокомплексами достигает в неврологической клинической практике 25%. При этом такое сочетание является маркером персистирования депрессий и ухудшения клинического прогноза. Хроническая боль как проявление маскированной депрессии может локализоваться в любой части тела. В кардиологической клинической практике чаще всего наблюдаются кардиалгии – ноющие или щемящие боли в верхушечной или прекардиальной области слабой или умеренной интенсивности длительностью до нескольких часов, часто сопровождающиеся ощущениями «проколов» той же локализации, а также жжение в прекардиальной или парастеральной области, с гипералгезией межрёберных промежутков.

Выделяют также агрипнический (прерывистый сон с неприят-

ными сновидениями, раннее пробуждение с затруднённым, требующим волевого усилия, мучительным подъёмом) и аноректический (утренняя тошнота, отсутствие аппетита и отвращение к пище, сопряжённые с похуданием, запоры) варианты маскированной депрессии.

В качестве «масок» депрессий могут выступать и стойкие абдоминалгии²⁸. Эти боли носят характер диффузных тупых постоянных ощущений, охватывают несколько отделов живота. В 70% случаев боль сопровождается нарушениями моторики кишечника (обстипация, диарея)²⁹. Среди «масок» депрессий также часто выступают хронические дневные головные боли или головные боли напряжения – ноющие, распирающие, давящие или стягивающие. Маскировать депрессии могут также лицевые боли: пульсирующие, сверлящие, ноющие ощущения, одно- или двусторонние, диффузные, локализующиеся вокруг рта, в области челюстей, лба,

26 The depression-pain syndrome and its response to antidepressants // P. Lindsay, M. Wyckoff // Psychosomatics. – 1981. – № 22. – P. 571-573.

27 Fain M. Régression et psychosomatique // Revue française de psychanalyse. – 1966. – № 4. – Pp. 451-456.

28 Williams A. Depression in chronic pain: mistaken models, missed opportunities // Scand. J. Behav. Ther. – 1998. – № 27. – Pp. 61-80.

29 Головина А. Г. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у подростков с фобическими расстройствами // Псих. расстр. в общ. мед. – 2011. – № 2. – С. 18-23.

щёк. При манифестации фибромиалгий (включая разнообразные болевые симптомокомплексы, локализующиеся не менее чем в двух точках) вероятность депрессии столь велика (их частота достигает 80%), что некоторые авторы рассматривают депрессивные проявления в качестве облигатной составляющей синдрома фибромиалгии, в то время как другие трактуют эту группу алгий в рамках расстройств аффективного спектра³⁰. По данным J.S. Berman³¹, в клинической картине депрессий, формирующихся при ревматоидном артрите, боли могут определять структуру гипотимического синдрома³². Важное отличие теоретических построений Ф.В. Бассина от представлений психосоматической медицины состоит в признании зависимости происхождения и течения болезни от активности отношения человека к окружающему его миру,

к себе, к жизни в целом³³. Основным детерминирующим фактором в психосоматических отношениях являются, согласно Ф.В. Бассину, тягостные эмоциональные переживания, основным параметром которых является их значимость для субъекта. Но наличие тягостных «значащих переживаний» ещё не ведёт прямо к соматическим нарушениям. Появятся или не появятся соматические изменения в организме, в большой степени зависит от таких свойств личности, как «сила Я», разновидность и качество «психологических защит», системы «фиксации-регрессии», качества работы предсознания. На эти феномены впервые было обращено внимание в психоанализе. Но Бассин Ф.В. даёт иное теоретическое наполнение этих феноменов. Если говорить о результатах, то с большой долей уверенности можно утверждать, что существуют два вида патогенного влияния соматической болезни на психику: соматогенный и психогенный³⁴.

Разумеется, реально они представлены в единстве нарушений психики под влиянием соматического за-

30 Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. К проблеме психосоматических, соматопсихических отношений // Обозр. психиатр. и мед. психол. – 2011. – № 2. – С. 30-34.

31 Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research // Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R. A. et al. – 1990. – P. 30-49.

32 Фрейд З. Психология бессознательно-го. – М., 1990. – 169 с.

33 Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.

34 Там же.

болевания, но выделение этих двух видов необходимо, так как соматогенный и психогенный компоненты представлены во влиянии на психическую сферу в различных соотношениях в зависимости от нозологии. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психогенная – тяжёлая психологическая реакция личности на болезнь и её последствия. Здесь возникают проблемы: формирование внутренней картины болезни при различных соматических заболеваниях, её влияние на изменение (нарушение) личности, преодоление психических нарушений, реабилитация соматических больных и другие.

Заключение

Дальнейшее комплексное концептуальное изучение органогенеза психических и соматических нарушений (разумеется, вместе с психогенезом) может радикально изменить существующее представление о соматических и психических отношениях; позволит по-новому, на более объективных началах подойти к классификации психосоматических расстройств. Данная проблема – это и проблема коморбидности

психических и соматических расстройств³⁵.

По мнению В.И. Симаненкова³⁶, в этиопатогенезе психосоматических расстройств происходит «размывание» связей: причина – специфический патогенез – стереотипная клиническая картина – нозологическая форма – стереотипное лечение. Наблюдается большое количество вариантов, где констатируется тесная связь психического, соматического и социального процессов. Высокая значимость психогенного фактора (где также необходимо учитывать тип эмоционального реагирования) без соответствующей соматической предрасположенности (генетический фактор, и в том числе изменения в нейроэндокринно-иммунной системе, «слабое звено», неполноценность органа-мишени в соматике) в большинстве случаев не вызывали психосоматическое расстройство. Аналогичной точки зрения придерживался и В.Б. Захаржевский. В то же время другие авторы³⁷ отводи-

35 Там же.

36 Симаненков В.И. Психосоматические расстройства в практике терапевта. – СПб.: СпецЛит, 2008 – 335 с.

37 Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. Нерешённые проблемы психосоматических расстройств // Псих. расстр. в общ. мед. – 2011. – №3-4. – С. 17-20; Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Львов А.Н.

ли меньшую роль локальной уязвимости (врождённой или приобретённой) того или иного органа, а на первый план выставляли «настроенность» центральной нервной системы на этот орган. По образному выражению Р.А. Лурия³⁸, «плачет» мозг, а «слёзы в желудок, сердце, печень...». Кроме того, описан «феномен психосоматической сенсibilизации», который свойственен соматическим расстройствам с затяжным, прогрессирующим течением. Сужается адаптационный «коридор», и минимальные стрессорные воздействия вызывают выраженные дезадаптационные процессы в висцеральной системе. Это, в свою очередь, вызывает «нарастание органической дефектности системы». В связи с этим при рассмотрении психосоматических расстройств (особенно в практической работе) встаёт ключевая проблема: какие проявления болезни носят функциональный характер, связанный с психологическими моментами (психогенез), и какие имеют органическую в широком смысле природу (органогенез).

Дифференциальный диагноз в психосоматике // Псих. расстр. в общ. мед. – 2010. – № 3. – С. 4-16.

38 Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.

Библиография

1. Головина А. Г. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у подростков с фобическими расстройствами // Псих. расстр. в общ. мед. – 2011. – № 2. – С. 18-23.
2. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. К проблеме психосоматических, соматопсихических отношений // Обозр. психiatr. и мед. психол. – 2011. – № 2. – С. 30-34.
3. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. Нерешенные проблемы психосоматических расстройств // Псих. расстр. в общ. Мед. – 2011. – № 3-4. – С. 17-20.
4. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
5. Методическое пособие по психоаналитической психосоматике / пер. Л. Фусу, А. Коротецкая. – Чистые пруды: Институт психологии и психоанализа, 2012. – 64 с.
6. Органые неврозы как психосоматическая проблема // Смудевич А.Б., Сыркин А.Л., Раппопорт С.И. и др. // Журн. неврол. и психiatr. им. С.С.Корсакова. – 2000. – № 12. – С. 4-12.
7. Симаненков В.И. Психосоматические расстройства в практике те-

- рапевта. – СПб.: СпецЛит, 2008 – 335 с.
8. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Львов А.Н. Дифференциальный диагноз в психосоматике // Псих. расстр. в общ. мед. – 2010. – № 3. – С. 4-16.
9. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М.: Наука, 1991. – 456 с.
10. Фрейд З. Психология бессознательного. – М., 1990. – 169 с.
11. Фрейд З. Психология и защитные механизмы. – М., 1993. – 120 с.
12. Функциональный диагноз в психиатрии // А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Т.А. Аристова и др. // Обоз. псих. и мед. психол. – 2011. – № 1. – С. 4-8.
13. Фусу Л., Еремин Б. Фрейдовские теории психического аппарата и их использование в психоанализе. – М.: Золотой телёнок, 2002. – 80 с.
14. Barsky A.J., Orav E.J., Bates D.W. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – 62. – Pp. 903-910.
15. Bion W. Attacks on linking // Inter. Jour. Psycho-Anal. – № 40. – Pp. 93-109.
16. Bion W. Attacks on linking // Inter. Jour. Psycho-Anal. – № 40. – Pp. 308-315.
17. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorder in the United States between 1991-1992 and 2001-2002 // W.M. Compton, K.P. Convey, F.S. Sfinson et al // Amer. Jour. Psychiatry. – 2006. – № 163 (12). – Pp. 2141-2147.
18. Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? // World Psych. – 2006. – № 5 (3). – Pp. 146-150.
19. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment // Löwe B, Spitzer RL, Williams JB et al // Gen Hosp Psychiatry. – 2008. – № 30 (3). – Pp. 191-199.
20. Fain M. Régression et psychosomatique // Revue française de psychanalyse. – 1966. – № 4. – Pp. 451-456.
21. Fain M., Marty P. À propos du narcissisme et de sa genèse // Revue française de psychanalyse. – 1965. – № 4. – Pp. 563-571.
22. Freud S. Deuil et mélancholie (1917) // Métapsychologie. – P.: Gallimard, 1968. – Pp. 147-174.
23. Freud S. Deuil et mélancholie (1917) // Métapsychologie. – P.: Gallimard, 1968. – Pp. 237-258.
24. Freud S. Deuil et mélancholie (1917) // Métapsychologie. – P.: Gallimard, 1968. – Pp. 428-446.

25. Le cas Dora et le point de vue psychosomatique // M. Fain, P. Marty, de M. M'Uzan, Ch. David // Revue française de psychanalyse. – 1968. – № 4. – Pp. 679-714.
26. Perspectives psychosomatiques sur la fonction des tanlasmes // M. Fain, P. Marty // Revue française de psychanalyse. – 1964. – № 4. – Pp. 345-356.
27. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research // Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R. A. et al. // Psychol Bull. – 1990. – № 108. – Pp. 30-49.
28. Spitz R.-A. Anaclitic depression // The psycho-analytic Study of the Child. – Ed. II. – New York: I.U.P. – 1946. – Pp. 313-342.
29. Spitz R.-A. La premiere annee de la vie de l'enfant. – Paris: P.U.F., 1953. – Pp. 119-121.
30. The depression-pain syndrome and its response to antidepressants // P. Lindsay, M. Wyckoff // Psychosomatics. – 1981. – № 22. – Pp. 571-573.
31. Williams A. Depression in chronic pain: mistaken models, missed opportunities // Scand. J. Behav. Ther. – 1998. – № 27. – Pp. 61-80.
32. Winnicott D.W. Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects // Int. Jour. Psychoanal. – 1966. – № 47. – Pp. 510-516.

UDC 159.964.28

The theories of psychic apparatus and the role of psychoanalysis in the depressive mental disorders

Fusu Larisa Ivanovna

psychiatrist, PhD (Medicine),
psychoanalytically-oriented psychotherapist,
candidate of the study group of the IPA, rector,
Institute of Psychology and Psychoanalysis,
P.O. Box 101000, Chistoprudnyi ave., № 21, Moscow, Russia;
e-mail: florayy@mail.ru

Abstract

The increasing attention is drawn to the mental health of the population that is formally considered as healthy. Humanization of medicine, introduction of a broad clinical practice of the ideas and methods of medical psychology and psychotherapy, the implementation of the general medical concept of rehabilitation offers orientation to physicians of different specializations on personal approach to a patient.

Depressive disorder within somatic diseases is a serious medical and social problem: it can greatly affect the adaptive capacity and quality of life of somatically preoccupied patients. According to the epidemiological study conducted by staff of the Department on the study of borderline mental pathology and psychosomatic disorders of the Russian Academy of Medical Sciences the percentage of the I and II challenge groups in cardiovascular diseases with comorbide depression is significantly higher than the corresponding figure for this cohort as a whole.

The author comes to a conclusion that further comprehensive conceptual study of organogenesis of mental and somatic disorders (with the psychogenesis) could radically change the current understanding of physical and mental

relations, as well as enables a new way to approach the classification of psychosomatic disorders in a more objective manner.

Keywords

Depressive disorder, psychopathological diathesis, loss of object, melancholy, algia, psychogenic factor.

Introduction

The state of psychiatric health of the popularity that is formally considered to be healthy attracts more and more attention¹. Humanization of medicine, implementation of ideas and methods of medical psychology into global clinical practice, realization of all-medical concept of rehabilitation orients the physicians of various profiles for a personal approach to a patient.

Depressive disorders under somatic diseases are a serious medical and social problem: have a dramatic effect on adaptive capability and quality of life of persons with somatic diseases. According to the epidemiological survey carried out by assistants of the department of studying frontier mental pathology and psychosomatic disorders of the Russian Academy of Medical Sciences, the con-

tingent of invalids of the 1st and the 2nd groups in the sense of CVE with comorbide depression statistically is much or larger for that contingent in general².

On the other part, according to D. Oudshoorn, the term "psychosomatics" (in classical sense such as asthma, peptic ulcer of the stomach and duodenum) is out-dated – as by far not always there is a direct casual relation of these diseases with a psychogenic factor³.

- 2 Grigor'eva, E.A., Khokhlov, L.K. (2011), "On the problem of psychosomatic and somatopsychic relations" ["K probleme psikhosomaticheskikh, somatopsikhicheskikh otnoshenii"], *Obozr. psikhiatr. i med. psikhol.*, № 2, pp. 30-34.
- 3 Simanenkov, V.I. (2008), *Psychosomatic disorders in the practice of therapist* [*Psikhosomaticheskie rasstroistva v praktike terapevta*], SpetsLit, St. Petersburg, 335 p.; Smulevich, A.B., Syrkin, A.L., L'vov, A.N. (2010), "Differential diagnosis in psychosomatics" ["Differentsial'nyi diagnoz v psikhosomatike"], *Psikh. rasstr. v obshch. med.*, № 3, pp. 4-16; Smulevich, A.B., Syrkin, A.L., Rappoport, S.I. (2000), "Organ neuroses as a psychosomatic problem" ["Organnye nevrozy kak

1 Creed, F. (2006), "Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis?", *World Psych*, № 5(3), pp. 146-150.

Classification of depressive disorders

Disorders appraised as psychosomatic in International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10) are noted in different headings: F45 (somatic disorders), F50 (appetite disorder), F52 (sexual dysfunctions), F54 (psychological and behavioral factors, aligned with disorders and illnesses, classified in other sections). ICD-10 does not include the term "psychosomatic disorders" as a group of experts from World Health Organization concluded that "its usage means that psychological factor is not prominent in contraction, course or outcome of a disease"⁴. If a clinician wants to show some connection between a psychological status and somatic problems he needs to use 2 codes: one for a disease (asthma, for example), the other is

psikhosomaticheskaya problema", *Zhurn. nevrolog. i psikiatr. im. S.S. Korsakova*, № 12, pp. 4-12.

- 4 Golovina, A. G. (2011), "Some aspects of psychosomatic relations of adolescents with phobic disorders" ["Nekotorye aspekty psikhosomaticheskikh sootnoshenii u podrostkov s fobicheskimi rasstroistvami"], *Psikh. rasstr. v obshch. med.*, № 2, pp. 18-23; Grigor'eva, E.A., Khokhlov, L.K. (2011), "Unsolved problems of psychosomatic disorders" ["Nereshennye problemy psikhosomaticheskikh rasstroistv"], *Psikh. rasstr. v obshch. med.*, № 3-4, pp. 17-20.

for psychological factor (F54 – psychological and behavioral factors, aligned with disorders and illnesses, classified in other sections).

In case of nosological classification such conditions are qualified as endogenous (cyclothymiacs) depressions of light and moderate severity level or (more seldom) as affection phases as part of personality disorder dynamics as well as dynamic disorder⁵.

The best possibilities for classification of depressive disorders observed in all-somatic system open up in case of dimensional approach to the analysis of psychopathologic symptom groups. This approach, which is alternative to traditional principles of descriptive psychopathology, allows not only distinguishing depressions of endogenous-vital group within one dimension but also ranging hypothymic conditions which are heterogeneous in accord with clinical aspects of circular melancholy depending on whether they are formed with endogenous mechanisms or somatogenic and nosogenic (psychogenic) as well.

The systematization framed thereupon is of particular importance

-
- 5 Barsky, A.J., Orav, E.J., Bates, D.W. (2005), "Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity", *Arch. Gen. Psychiatry*, № 62, pp. 903-910.

for characterizing depressions observed in all-medical system where (as distinct from specialized psychiatric facilities) the factor of somatic disorders involves into mechanisms of emergence (provocation) of hypothymic conditions.

Psychopathologic diathesis means various subclinical neuropsychic disorders which testify to insufficiency of adaptive compensation abilities in the organism and its insufficient readiness to react, in a pathologic way, to factors of stress. According to dynamics character we can define three basic forms of psychopathologic diathesis: 1) episodic – incipient (usually are revealed before the age of seven) and delayed appearance (usually originate at school); 2) inter-current; 3) constant.

Episodic diathesis occurs through relatively shot dysfunctional conditions, characterized by low level of psychopathologic disorders and is rather delayed from the beginning of autochthonous progress of disease. Incipient presentations – psychomotor disorders, nonspecific somniphathia (sleep disorder), overvalued children's fears, delayed – "dissomnic" (special forms of sleep disorder), "schizotropic" (episodes of thought disorder and perception, shot rudiments of psychotic disorders), "affectotropic"

(externally not motivated regressions of good temper and activity)⁶.

Intercurrent form of psychopathologic diathesis – presentation of responsive instability: psychogenically associated shot changes of well-being and behavior but with hyper-normal "level" of response as to reason that caused them. In preschool age – sub-depressive episodes; at school and more older – psychosomatic and hysterical reactions⁷.

The constant form of psychopathologic diathesis is based on constellation of the base characteristics – dissociation and deficiency. Dissociation – incoordination of needs, abilities, attitudes, and behavior in different spheres of mental life. Deficiency – narcissistic shortage, mind lameness, can be total and partial. Total deficiency – conditions of pedo-

6 Compton, W.M., Convey, K.P., Sfinson, F.S. (2006), "Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorder in the United States between 1991–1992 and 2001–2002", *Amer. Jour. Psychiatry*, № 163 (12), pp. 2141-2147.

7 Barsky, A.J., Orav, E.J., Bates, D.W. (2005), "Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity", *Arch. Gen. Psychiatry*, № 62, pp. 903-910; Fusu, L., Eremin, B. (2002), Freud's theories on the psychic apparatus and its use in psychoanalysis [Freidovskie teorii psikhicheskogo apparata i ikh ispol'zovanie v psikhoanalize], Zolotoi telenok, Moscow, 80 p.

morphism and/or passivity of all mental presentations, weakness of motives, emotional grading. Partial deficiency occurs in the following spheres: intellectual, emotional, "energetic", communicative, sexual.

Patients who have "late" dysfunctional conditions in anamnesis have worse affection prognosis than those with "early" dysfunctions which of frequent occurrence⁸. Besides even at the stage of pre-existing disease there are tendencies to cycloid behavior or dissociation, which persist later on and have a direct effect on progression of the disease⁹. Presentations of psychopathologic diathesis are one of characteristics of the prognosis of the further run of the disease which makes it possible to judge about perspectives of clinical and social recovery of mental patients.

So, by the second half of the 20th century it was assumed that modern medicine can rather distinctly differentiate functional and organic in psychic

and somatic symptoms and signs. And in the past few decades the possibilities of medicine in in-depth study of functioning and morphology of various organs and systems (including brain) incredibly increased.

The essence of manifestation of depressive disorders

Without doubt the basic vectors of development of the theory of depressive diseases are the works of Z. Freud – the founder of classical psychoanalysis. In his works he again and again referred to the treatment of development of borderline cases as well as depressive disorders. It is important to note some periodization of Z. Freud's views in regard to these questions. So, in his early works¹⁰ he set "actual neurosis" against the group of "psychoneuroses" and attached to them *anxiety neurosis* and *neurasthenia*. In his article on anxiety neurosis as well as in his passage on psychotherapy of hysteria Freud for the first time uses the term "mixed neurosis": "Anywhere we find mixed neurosis we can find out a mix of various etiologies"¹¹.

8 Kotsyubinskii, A.P., Sheinina, N.S., Aristova, T.A. (2011), "Functional diagnosis in psychiatry" ["Funktional'nyi diagnost v psikhatrii"], *Oboz. psikh. i med. psikholog.*, № 1, pp. 4-8.

9 Löwe, B., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (2008), "Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment", *Gen Hosp Psychiatry*, № 30 (3), pp. 191-199.

10 Freud, S. (1968), "Deuil et mélancholie (1917)", *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, pp. 237-258.

11 Freud, S. (1990), *Psychology of the unconsciousness* [*Psikhologiya*

Freud's second position accords with the period of the first topography of psychic apparatus. On one side the same actual neuroses remain invariant, on the other side psychoneuroses are divided into two parts: *transfer psychoneuroses* (hysteria, obsessional neurosis, and phobia) and *narcissistic psychoneuroses*, which correspond to classic psychoses. Freud builds a kind of bridge (through hypochondria when he speaks of his temptation to consider hypochondria to be his third neurosis) and shows that narcissistic libido is bound by "actual neuroses" like his objective libido is bound in case of hysterical and obsessional neuroses. Thus and so Freud represents the *hypothesis of morbid line not neurotic, not psychotic*, as in the third case libido does not get to the object¹².

Freud's third position partially coincides with the second topography. Opposition is settled between actual neu-

bessoznatel'nogo], Moscow, 169 p.; Freud, S. (1991), *Introduction to psychoanalysis: Lectures [Vvedenie v psikhoanaliz: Lektsii]*, Nauka, Moscow, 456 p.; Freud, S. (1993), *Psychology and defense mechanisms [Psikhologiya i zashchitnye mekhanizmy]*, Moscow, 120 p.

12 Fain, M. (1966), "Régession et psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 451-456; Freud, S. (1968), "Deuil et mélancholie (1917)", *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, pp. 237-258.

roses from one side and from the other side, by three distinct categories: already known transfer psychoneuroses, which are simply called neuroses and two other categories: *narcissistic psychoneuroses* (which include just only depression and melancholy) and *psychoses* (which include paranoia and schizophrenia)¹³. Freud's fourth position is connected not with a simple opposition of clinical entities, but a search for mechanisms, used in case of psychoses and, in particular, devoted to the concepts *splitting* – *spaltung* and *denial of the fact of reality* – *verleugnung*. At the same time Z. Freud comes back to the idea of protective deformation "I" before the threat of explosion, he wrote about in 1924. The threat, arising because of the conflict between the insistence for appetite and opposition to reality, but this time he describes the explosion that takes place in "I" of the child, the explosion which will never scar, but instead in some cases greatens in the course of time¹⁴.

13 Fain, M., Marty, P. (1965), "À propos du narcissisme et de sa genèse", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 563-571; Fain, M., Marty, P., M'Uzan, de M., David, Ch. (1968), "Le cas Dora et le point de vue psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 679-714.

14 Fain, M., Marty, P. (1964), "Perspectives psychosomatiques sur la fonction

According to Z. Freud depressive patients – these are people who could not get through the grief owing to loss of an object or its liking. He puts in the idea "work of grief". If this work is not done then the man who experienced a loss will experience a pathologic grief, i.e. melancholy. From mental attitude *melancholy* is characterized by deep pained heartsickness, lack of interest in outer world, impossibility to love, delay in any activity, worsening of health. All this is expressed in blames and offences in one's own address and expectation of punishment which grows to delirium. Such a picture become clear if we take into consideration that sadness has the same features, except the only one: it does not violate a man's health. As for the rest the picture is the same – deep sadness – reaction to the loss of a beloved man is followed by the same feelings: pained heartsickness, no interest in outer world, impossibility to choose a new object of love. So Freud pays attention to the fact that in case of grief a psychical working out takes a special shape. He fetched out a scale of difference between a normal grief and pathological kinds of grief (when a subject blames himself for death of a loved one, denies death, falls influence of a de-

des tanlasmes", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 345-356.

cedent and his power over him, thinks that he is ill with the same illness that his loved one died of), or melancholy. This stumbling and limitation of "I" is an expression of the exceptional absorption into grief wherein there are no interests and intentions to do something else. The concept "loss of an object" which corresponds to impossibility of being with an object and grieving for a lost object are the principal concepts in Freud's theory of depression, and they inspired his followers¹⁵.

The concept "work of grief" is close by meaning to the concept "physical working out" or "fastening" traumatic impressions in mind. Depressive patients are ambivalent to themselves and to the outer world, but in relation to a beloved object their loving motives are openly showed up and hate is dissimulated. As for his or her own "Ego" – the hate is evident, as is initial overestimation of an object. The analysis discovers that in relation to objects depressive patients behave themselves haughty and foist themselves of. Animosity to frustrating objects emerges into animosity to personal Ego. Self-hatred appears in

15 Winnicott, D.W. (1966), "Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects", *Int. Jour. Psychoanal.*, № 47, pp. 510-516.

the shape of survival guilt, i.e. discord of Ego and Superego¹⁶.

According to Z. Freud depressive patients are those fixed on condition wherein self-esteem is regulated from the outside, those whose survival guilt leads to regression to that state, those who extremely need extra inputs. Insatiability persists for the term of life, they cannot bear frustrations фрустрации. If narcissistic needs are not satisfied, their self-esteem suffers greatly. Their *pre-genital fixation* shows up in aspiration to react with violence to frustration. Their *oral dependence* makes them strive for something they need through assentation and submission. In case of depression the conflict between the two tactics becomes very clear. According to the analysis assentation is a way to revolt. Many depressive positions represent condensates of assentation and aggressiveness. Seeking for compliance with people make them deny any acts of hostility they have. They always need love but cannot love themselves. These are "love addicts" with endless need to be loved.

16 Fusu, L., Eremin, B. (2002), *Freud's theories on the psychic apparatus and its use in psychoanalysis [Freidovskie teorii psikhicheskogo apparata i ikh ispol'zovanie v psikhoanalize]*, Zolotoi telenok, Moscow, 80 p.; Bion, W., "Attacks on linking", *Inter. Jour. Psycho-Anal.*, № 40, pp. 93-109.

They are dependent, object selection – by narcissistic type. There are no such objects that can satisfy them completely. Object's personality does not matter as their need – in supplying. When drawing supplies some of them feel fear, thinking that blessings are dangerous, they fear that after the sense of fullness there hunger will come¹⁷.

Depression always starts from the increase in narcissistic needs: "nobody loves me". It looks like patients hate themselves. They have almost a crazy assurance in it, more than that, classic depressive patients apt to feel that they deserve even more hate and that others do not see enough of their depravity. In phenomenology of depression loss of self-esteem comes to front, or loss of the resources that support it. They are the events which lowers self-esteem. Even normal people can suffer from them – permanent misfortunes, inventory loss, working loss, loss of face, self-recrimination.

If loss of self-esteem is aligned with loss of extra input, then we have another formula: "I have lost everything and the world is empty"¹⁸.

17 Freud, S. (1968), "Deuil et mélancholie (1917)", *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, pp. 147-174.

18 Ibid.

In his article "Anaclitic depression" (1946) Spitz R.¹⁹ expressed his thought based on observation of children. He said that if in the result of some event (illness, death and other serious events) a child is separated from his mother, for the child it means a depression, accompanied by grizzle, sourness, detachment, withdrawal. In such a state a child can lie wakeful at light, abandon food, and be subject to catarrhal and infectious diseases

The contents of *anaclitic depression* and *hospitalism (hospitalismus)*, were known long before R. Spitz. These events were described yet in 1900, – but only R. Spitz studied that event systematically and thanks to him this phenomenon became widely known²⁰. P. Marty referred to anaclitic depression as to tracks of fixation on early traumatic events, a crank point for possible regressions in manhood²¹. Anaclitic depression

arises approximately on the forth or sixth month of a child's life when a previously reached stability between a mother and a child breaks owing to their separation and a child forfeits tender passion because of elution. Fortunately, nowadays, such a serious sickness among babies rarely happens – at least in western countries. It is interesting that a supposition for a classic anaclitic depression lies in the fact that the first half-year of its life a baby spends with its devoted mother – good object relations are set. In three months, after a baby is interdicted from its mother it may appear in such a condition of health which is characterized by "numbness" and imperceptions of other people. If children suffering from anaclitic depression gets back their mother as soon as 3-5 months they become healthy again. But if a separation from a mother lasts for more than five months and no object relations start up during this period (i.e. if there is no one who can take care of the baby, give it warm and protection), there starts a regress which seems to be irreversible, i.e. a child does not develop physically, mentally and spiritually in a normal way. In some cases the following deficiency of emotional contacts can lead to a child's death. If after

19 Spitz, R.-A. (1946), "Anaclitic depression", *The psycho-analytic Study of the Child. Ed. II*, I.U.P., New York, pp. 313-342; Spitz, R.-A. (1953), *La premiere annee de la vie de l'enfant*, P.U.F., Paris, pp. 119-121.

20 Ibid.

21 Fain, M., Marty, P. (1965), "À propos du narcissisme et de sa genèse", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 563-571; Fain, M., Marty, P., M'Uzan, de M., David, Ch. (1968), "Le cas Dora et le point de vue psychosomatique", *Revue française*

de psychanalyse, № 4, pp. 679-714.

three months of separations the mother comes back to her child the symptoms of anaclitic depression **abate, but its scars remain and even down the years by all means put onto themselves. P. Marty was of opinion that it is the main reason for disorganization.** The concept object loss is an integral part in P. Marty's concept so much to the point that he considers it at all stages of development and existence of a man as a potential if not the primary factor of disorganization. IPSO/Marty classification, which is a practical illustration and defines the concepts of its author, several times marks the subject "object loss" at various age-specific stages of life. In one case the question is "losses of objects directly or indirectly significant, in the course of a mother's pregnancy or during the first two years of life", and it definitely concerns problematic of anaclitic depression as it was developed by Spitz R.²².

The following researches and direct observation of children by psychoanalysts showed the role and the mean-

ing of the fact if a child loses emotional contacts with mother in case of depression

Psychosomatic patient will pay no regard to the first symptoms of the illness and will be running until severe complications. It is reputed that when excitements from inclination are of average importance and a subject with good *metallization* does not accumulate them much then we may verify appearance of spontaneously invertible somatic injury. In case excitements connected with instincts and inclinations are significant and a subject with bad *metallization* accumulates them then there is a risk of progressive and heavy somatic disease. Thus the subjects with good *metallization* usually have somatic diseases of regressive type. Quite otherwise are the things with the processes of *progressive disorganizations* that some subjects with bad *metallization* suffer from and whereupon the following clinical forms are possible: behavior neuroses, neuroses with bad metallization, disorganization of preconscious, unavailability of representations through massive avoidant behavior or long-term reprisals of representations²³.

22 Fain, M. (1966), "Régression et psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 451-456; Fain, M., Marty, P. (1964), "Perspectives psychosomatiques sur la fonction des tanlasmes", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 345-356; Spitz, R.-A. (1953), *La première année de la vie de l'enfant*, P.U.F., Paris, pp. 119-121.

23 Fusu, L., Korotetskaya, A. (2012), *Textbook on psychoanalytic psychosomatics [Metodicheskoe posobie po psikhoanaliticheskoi psikhosomatike]*,

Russian researchers of pathogenic influence of mental factors on a man's somatic condition pay the most attention to the problem of iatrogenic diseases.

Rhythmological model is not meant for nosological or syndromal differentiation of depressions neither subdivision them into typical and atypical. It allows to integrate a wide range of nosological and typologically heterogeneous depressions observed not only in a specialized – psychiatric but also in an all-somatic net (somatogenic, nosogenic, endogenous), into a single continuum. Within that continuum the model discussed allows to range hypothymic conditions depending on acceleration to two poles. At that dispersions with circadian rhythm (primary psychopathologic formation including dissociation of vital and somatic spheres) oppose the dispersion with adopted rhythm, integrating dissociation of registers which are heterogeneous in relation to the effective one (secondary depressions)²⁴.

For all that the problem of masked depressions (such as some other

forms like seasonal affective disorders), by all odds needs further studying, the circadian model allow to limit the part where it is possible to assess intercourse of frontal phenomena and vegetative complex of symptoms with vital symptoms of depression (daily rhythm, disorder of sleep-wake cycle, remittent or prolonged, chronic run). The principal feature of endogenomorphic depressions is dependence of clinical aspects on circadian rhythm, acting as an obligate component of the syndrome. Because of the feature the picture of endogenomorphic comparable to circular melancholy depression is comparable to circular melancholy, but connection with vital complex of symptoms is limited by one or several phenomena (melancholy, disorder of sleep-wake cycle). In larger part of masked depressions affective appearances overlap with organ neurotic appearances (syndromes of vegetative-vascular dystonia, hyperventilation, annoyed bowel etc.)²⁵.

Among the most common "masks" of depressions in medicine practice are the fixed algias – depressive-pain syndrome. Algias are found in 50% patients

Institut psikhologii i psikhoanaliza,
Chisty Prudy, 64 p.

24 Luriya, A.R. (1977), Internal picture of disease and iatrogenic illnesses [Vnutrennyaya kartina boleznei i yatrogennye zabolvaniya], Meditsina, Moscow, 112 p.

25 Williams, A. (1998), "Depression in chronic pain: mistaken models, missed opportunities", *Scand. J. Behav. Ther.*, № 27, pp. 61-80.

with somatized depressions²⁶. According to L. Williams et al.²⁷, the frequency of overlapping depressions with a-complexes of symptoms in neurological clinical practice reaches 25%. At that such a combination is the marker of depression persistence and deterioration of clinical predictions. Chronic pain as an evidence of masked depression can be localized in any part of the body. In cardiologic clinical practice more often present cardialgias (angina spurias) – aching or dragging pains in culminant or precardiac region (zona) of slight or moderate intensity lasting up to several hours and often accompanied by feelings of "piercing" in the same location as well as by burning in precardiac or parasternal area with hyperalgesia of intercostals spaces.

There are also aurosal (ahypnic) (interrupted sleep with unpleasant dreams, early awakening with stertorous, distressful getup) and anorectic (morning nausea, absence of appetite and aversion

to food, loss of weight) variants of mask depression.

As "masks" for depressions there may be firm abdominals²⁸. These pains are of diffusive dull permanent feelings and grasp several parts of stomach. In 70% cases the pain is accompanied by intestine dismotility (constipation, diarrhea)²⁹. Among the "masks" of the depression there are also chronic daytime headaches or tension headaches – aching, ноющие, thrusting, pressing or bracing. Depressions can also be masked by facial pains: pulsating, drilling, aching, one – or two-sided, diffusive, localized around the mouth, front, and cheeks. In case of manifestation of fibromyalgia (including different painful complexes of symptoms, localized not less than in two points) the possibility of depression is so high (their frequency reaches 80%), that some authors consider depression manifestation as an obligate component of the syndrome of fibromyalgia, while the others consider this group of aligas within the limits of disorders of affective

26 Lindsay, P., Wyckoff, M. (1981), "The depression-pain syndrome and its response to antidepressants", *Psychosomatics*, № 22, pp. 571-573.

27 Fain, M. (1966), "Régression et psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 451-456; Williams, A. (1998), "Depression in chronic pain: mistaken models, missed opportunities", *Scand. J. Behav. Ther.*, № 27, pp. 61-80.

28 Ibid.

29 Golovina, A. G. (2011), "Some aspects of psychosomatic relations of adolescents with phobic disorders" ["Nekotorye aspekty psikhosomaticheskikh sootnoshenii u podrostkov s fobicheskimi rasstroistvami"], *Psikh. rasstr. v obshch. med.*, № 2, pp. 18-23.

spectrum³⁰. According to J.S. Berman³¹, in clinical picture of depressions, pains formed along with rheumatoid arthritis can define the structure of hypothymic syndrome³². An important distinction of F.V. Bassin's theoretical constructs from presentations of psychosomatic medicine lies in acceptance of dependence of origin and course of a disease on illness on a man's attitude towards environment, to himself and life as a whole³³. According to F.V. Bassin, the main determining factor in psychosomatic relations are oppressive emotional pains. And their main parameter is their significance for the subject. But the presence of oppressive "meaningful feelings" does not lead straight to somatic disorders. Whether

somatic changes appear in the organism or not pretty much depends on such properties of a personality as the "power I", variety and quality of "psychological protections", the system "fixation-regression", quality of work of. These phenomena were first noticed in psychoanalysis. But F.V. Bassin gives another theoretical filling of these phenomena. If to talk of results then we most probably should say that there are two kinds of pathogenic influence of somatic disease on our mind: somatogenic and psychogenic³⁴.

Of course, they are really presented in unity of mental disturbance as affected by a somatic disease but these two kinds must be pointed out as somatogenic and psychogenic components are presented in their influence on mental sphere in different proportions depending on nosology. The main form of influence of a somatic disease on human mind is psychogenic one – severe psychological reaction of a person on a disease and its consequences. Here come the problems: formation of an inner picture of the illness in case of different somatic diseases, its influence on personality disorder, overcoming mental disorders, rehabilitation of medically ill and others.

30 Grigor'eva, E.A., Khokhlov, L.K. (2011), "On the problem of psychosomatic and somatopsychic relations" ["K probleme psikhosomaticheskikh, somatopsikhicheskikh otnoshenii"], *Obozr. psikhiatr. i med. psikhol.*, № 2, pp. 30-34.

31 Robinson, L.A., Berman, J.S., Neimeyer, R.A. (1990), "Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research", *Psychol Bull.*, № 108, pp. 30-49.

32 Freud, S. (1990), *Psychology of the unconsciousness* [Psikhologiya bessoznatel'nogo], Moscow, 169 p.

33 Luriya, A.R. (1977), *Internal picture of disease and iatrogenic illnesses* [Vnutrennyaya kartina boleznei i yatrogennye zabolevaniya], *Meditcina*, Moscow, 112 p.

34 Ibid.

Conclusion

The further complex conceptual study of organogenesis of mental and somatic disorders (of course with psychogenesis) can radically change the existing idea of somatic and mental attitudes; it will make it possible to come to classification of psychosomatic disorders anew, more objectively. This problem is both the problem of comorbide and mental and somatic disorders³⁵.

According to V.I. Simanenkov³⁶, in etiopathogenesis of psychosomatic disorders there goes "erosion" of connections: reason – specific pathogens – stereotype clinical picture – nosological entity – stereotype treaty. A mass of variants is observed where a close link among psychic, somatic and social processes is stated. Great significance of psychogenic factor (the type of emotional response should also be considered) without corresponding somatic disposition (genetic factor including changes in neuroendocrinal-immune system, "weak sister") in most of cases did not evoke a psychosomatic disorder. V.B. Zakharzhevskii was of the same opinion.

35 Ibid.

36 Simanenkov, V.I. (2008), Psychosomatic disorders in the practice of therapist [Psikhosomaticheskie rasstroistva v praktike terapevta], SpetsLit, St. Petersburg, 335 p.

At that time other authors³⁷ considered it to be a smaller role of local sensitivity (in-born or acquired) of one or another, and to the foreground they nominated "tune" of a central nervous system to that organ. A vivid expression of R.A. Luriya³⁸, brain "cries", and "tears to stomach, heart and lever". Besides a "phenomena of psychosomatic sensibility" was described, which is peculiar for somatic disorders with prolonged, progressing run. The adaptive "corridor" is tapering and minimal stressing influence causes frank deconditioning processes in viscerogenic system. In its turn it cases "climax of organic defectiveness of the system". For that matter when considering psychosomatic disorders (especially in practice) there comes a key problem: which manifestations of a disease are of a functional aspect aligned with psychological moments (psychogenesis), and which are of organic nature in a broad sense (organogenesis).

37 Grigor'eva, E.A., Khokhlov, L.K. (2011), "Unsolved problems of psychosomatic disorders" ["Nereshennyye problemy psikhosomaticheskikh rasstroistv"], Psikh. rasstr. v obshch. med., № 3-4, pp. 17-20; Smulevich, A.B., Syrkin, A.L., L'vov, A.N. (2010), "Differential diagnosis in psychosomatics" ["Differentsial'nyi diagnoz v psikhosomatike"], Psikh. rasstr. v obshch. med., № 3, pp. 4-16.

38 Luriya, A.R. (1977), Internal picture of disease and iatrogenic illnesses [Vnutrennyaya kartina boleznei i yatrogennyye zabolevaniya], Meditsina, Moscow, 112 p.

References

1. Barsky, A.J., Orav, E.J., Bates, D.W. (2005), "Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity", *Arch. Gen. Psychiatry*, № 62, pp. 903-910.
2. Bion, W., "Attacks on linking", *Inter. Jour. Psycho-Anal.*, № 40, pp. 93-109.
3. Bion, W., "Attacks on linking", *Inter. Jour. Psycho-Anal.*, № 40, pp. 308-315.
4. Compton, W.M., Convey, K.P., Sfinson, F.S. (2006), "Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorder in the United States between 1991–1992 and 2001–2002", *Amer. Jour. Psychiatry*, № 163 (12), pp. 2141-2147.
5. Creed, F. (2006), "Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis?", *World Psych*, № 5(3), pp. 146-150.
6. Fain, M. (1966), "Régression et psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 451-456.
7. Fain, M., Marty, P. (1964), "Perspectives psychosomatiques sur la fonction des tanlasmés", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 345-356.
8. Fain, M., Marty, P. (1965), "À propos du narcissisme et de sa genèse", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 563-571.
9. Fain, M., Marty, P., M'Uzan, de M., David, Ch. (1968), "Le cas Dora et le point de vue psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, № 4, pp. 679-714.
10. Freud, S. (1968), "Deuil et mélancholie (1917)", *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, pp. 147-174.
11. Freud, S. (1968), "Deuil et mélancholie (1917)", *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, pp. 237-258.
12. Freud, S. (1968), "Deuil et mélancholie (1917)", *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, pp. 428-446.
13. Freud, S. (1990), *Psychology of the unconsciousness* [*Psikhologiya bessoznatel'nogo*], Moscow, 169 p.
14. Freud, S. (1991), *Introduction to psychoanalysis: Lectures* [*Vvedenie v psikhologii: Lektsii*], Nauka, Moscow, 456 p.
15. Freud, S. (1993), *Psychology and defense mechanisms* [*Psikhologiya i zashchitnye mekhanizmy*], Moscow, 120 p.

16. Fusu, L., Eremin, B. (2002), *Freud's theories on the psychic apparatus and its use in psychoanalysis* [*Freidovskie teorii psikhicheskogo apparata i ikh ispol'zovanie v psikhoanalize*], Zolotoi telenok, Moscow, 80 p.
17. Fusu, L., Korotetskaya, A. (2012), *Textbook on psychoanalytic psychosomatics* [*Metodicheskoe posobie po psikhoanaliticheskoi psikhosomatike*], Institut psikhologii i psikhoanaliza, Chistye Prudy, 64 p.
18. Golovina, A. G. (2011), "Some aspects of psychosomatic relations of adolescents with phobic disorders" ["Nekotorye aspekty psikhosomaticheskikh sootnoshenii u podrostkov s fobicheskimi rasstroistvami"], *Psikh. rasstr. v obshch. med.*, № 2, pp. 18-23.
19. Grigor'eva, E.A., Khokhlov, L.K. (2011), "On the problem of psychosomatic and somatopsychic relations" ["K probleme psikhosomaticheskikh, somatopsikhicheskikh otnoshenii"], *Obozr. psikhiatr. i med. psikholog.*, № 2, pp. 30-34.
20. Grigor'eva, E.A., Khokhlov, L.K. (2011), "Unsolved problems of psychosomatic disorders" ["Nereshennye problemy psikhosomaticheskikh rasstroistv"], *Psikh. rasstr. v obshch. med.*, № 3-4, pp. 17-20.
21. Kotsyubinskii, A.P., Sheinina, N.S., Aristova, T.A. (2011), "Functional diagnosis in psychiatry" ["Funksional'nyi diagnost v psikhiatrii"], *Oboz. psikh. i med. psikholog.*, № 1, pp. 4-8.
22. Lindsay, P., Wyckoff, M. (1981), "The depression-pain syndrome and its response to antidepressants", *Psychosomatics*, № 22, pp. 571-573.
23. Löwe, B., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (2008), "Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment", *Gen Hosp Psychiatry*, № 30 (3), pp. 191-199.
24. Luriya, A.R. (1977), *Internal picture of disease and iatrogenic illnesses* [*Vnutrennyaya kartina boleznei i yatrogennye zabolevaniya*], Meditsina, Moscow, 112 p.
25. Robinson, L.A., Berman, J.S., Neimeyer, R.A. (1990), "Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research", *Psychol Bull.*, № 108, pp. 30-49.
26. Simanenkova, V.I. (2008), *Psychosomatic disorders in the practice of therapist* [*Psikhosomaticheskie rasstroistva v praktike terapevta*], SpetsLit, St. Petersburg, 335 p.
27. Smulevich, A.B., Syrkin, A.L., L'vov, A.N. (2010), "Differential diagnosis in psychosomatics" ["Differentsial'nyi diagnost v psikhosomatike"], *Psikh. rasstr. v obshch. med.*, № 3, pp. 4-16.

-
28. Smulevich, A.B., Syrkin, A.L., Rappoport, S.I. (2000), "Organ neuroses as a psychosomatic problem" ["Organnye nevrozy kak psikhosomaticheskaya problema"], *Zhurn. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova*, № 12, pp. 4-12.
 29. Spitz, R.-A. (1946), "Anaclitic depression", *The psycho-analytic Study of the Child. Ed. II*, I.U.P., New York, pp. 313-342.
 30. Spitz, R.-A. (1953), *La premiere annee de la vie de l'enfant*, P.U.F., Paris, pp. 119-121.
 31. Williams, A. (1998), "Depression in chronic pain: mistaken models, missed opportunities", *Scand. J. Behav. Ther.*, № 27, pp. 61-80.
 32. Winnicott, D.W. (1966), "Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects", *Int. Jour. Psychoanal.*, № 47, pp. 510-516.