

УДК 159.964.2

Психосоматические расстройства в клинической практике: взаимодействие внутренней медицины и медицинской психологии

Фусу Лариса Ивановна

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

Аннотация

В статье представлены основные теории развития психосоматических соотношений, необходимые для понимания генеза как психосоматических расстройств, так и соматоформных психических реакций. Рассматривается линейная модель, уровни органического поражения при психосоматических расстройствах, факторы риска психосоматической парадигмы, структура психосоматических соотношений. Вводятся понятия «личностной защищённости», «замкнутого круга», «внутренней картины болезни». Как итог, выносятся основные актуальные вопросы психосоматической медицины.

Ключевые слова

Психосоматические соотношения, факторы риска, структура, «личностная защищённость», «замкнутый круг», «внутренняя картина болезни».

Введение

Психосоматические соотношения – «линия пересечения симптомокомплексов психической и соматиче-

ской сферы» – предмет пристального изучения в последние годы¹, а психосо-

1 Головина А.Г. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у подростков с фобическими расстройствами // Псих. расстр. в общ.

матическая медицина – это концептуальный подход к здоровью и болезни, который рассматривает психосоматические состояния как взаимодействие психологических, социальных и биологических факторов².

Исследования, проведённые в отрасли соматоцентрической парадигмы, направлены в основном на изучение достаточно ограниченного круга психических расстройств (симптоматические психозы). Так, в рамках концепции «экзогенного типа психических реакций» как психофизиологический механизм возникновения расстройств рассматривается влияние на мозг соматической вредности, которая вызывает манифестации определённого строго ограниченного набора психопатологических синдромов³.

мед. – 2011. – № 2. – С. 18-23; Grassi L., Mangelli L., Fava G.A. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V // *Jour. Affect. Disord.* – 2007. – No. 1-3 (101). – Pp. 251-254.

- 2 Александр Ф. Психосоматическая медицина (принципы и применение). – М.: ЭКСМО-Пресс, 2009. – 352 с.; Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. К проблеме психосоматических, соматопсихических отношений // *Обозр. психиатр. и мед. психол.* – 2011. – № 2. – С. 30-34.
- 3 Feldmann C.T., Bensing J.M. Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and

В настоящее время существуют противоречия в понимании генеза и сущности как собственно психосоматических расстройств (т. е. болезненных проявлений под влиянием социально-психологических факторов), так и соматоформных психических расстройств (т. е. психических расстройств в сфере «соматопсихики», связанной с осознанием и переживанием человеком собственной телесности)⁴.

Наиболее спорные суждения касаются представлений о спектрах и границах органических, соматогенных, соматоформных, ипохондрических, истерических, аффективных и шизотипических расстройств. Для сравнительного анализа часто не хватает полной характеристики соматической патологии (расширенного диа-

prejudice // *Patient Educ. Couns.* – 2007. – No. 3 (65). – Pp. 369-380; Klein M. Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934): Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs // *Essais de psychanalyse.* – P.: Payot, 1967. – Pp. 311-340.

- 4 Смуглевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Депрессии в общемедицинской сети // *Псих. расстройства в общ. мед.* – 2010. – № 1. – С. 4-13; Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? // *World Psych.* – 2006. – No. 5 (3). – Pp. 146-150.

гноза, показателей степени тяжести, стадии заболевания и др.)⁵.

Один из основателей психосоматической медицины, американец венгерского происхождения F. Alexander⁶ утверждал, что «термин “психосоматический” следует употреблять лишь для обозначения методического подхода в исследовании и терапии», т. е. скоординированного использования соматических и психологических методов и концепций. Автором делается акцент на то, что эти 2 метода «применяются в концептуальном поле причинных последовательностей». Ещё в 1934 году F. Alexander построил линейную психосоматическую модель. Первое звено этой линейной цепи, согласно фрейдовской модели невроза составляло бессознательный интрапсихический конфликт⁷. Он идентифицировал интрапсихические конфликты психосоматических заболеваний, где пациенты вовлечены в конфликт

вокруг зависимости. В то же время психосоматический подход может быть, по мнению автора, временным средством, так как усовершенствование дополнительных методов обследования пациента позволит более чётко обозначить мозговые процессы. Это предположение было высказано автором ещё в 60-х годах прошлого столетия. Однако и в настоящее время оно весьма актуально.

При анализе сложных взаимосвязей между структурой и функцией выдвигается правомерное представление о существовании 2 уровней органического поражения: анатомическом/гистологическом и внутриклеточном/синаптическом, нейронном⁸. Последний может достигать крайней степени и вызывать тяжёлые психические расстройства. В связи с этим становится несостоятельным представление о функциональной стадии болезни. Это «морфологическая», или «функционально-органическая» стадия⁹. Определить переходную грань между морфологическим и явно орга-

5 Green A. Le travail du negatif. – P.: De Minuit, 1993. – 398 p.

6 Александер Ф. Психосоматическая медицина (принципы и применение). – М.: ЭКСМО-Пресс, 2009. – 352 с.

7 Grassi L., Mangelli L., Fava G.A. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V // Jour. Affect. Disord. – 2007. – No. 1-3 (101). – Pp. 251-254.

8 Klein M. Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934): Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs // Essais de psychanalyse. – P.: Payot, 1967. – Pp. 341-369.

9 Brüne M., Belsky J., Fabrega H. The crisis of psychiatry – insights and prospects

ническим сложно, так как существует континуум с большим числом переходных вариантов и флюктуаций.

Для лучшего понимания природы психосоматических расстройств было введено также понятие «личностной защищённости», представленное в виде трёх компонентов: 1) отношение с окружающей средой; 2) способность к выбору конструктивной формы поведения, направленного на преодоление конфликта; 3) достаточность личностного энергетического потенциала¹⁰. Дефицит этих трёх составляющих, и особенно энергетического потенциала, приводит к развитию психосоматических расстройств.

Следует остановиться также ещё на одном важном механизме взаимоотношений между психикой и сомой – так называемом механизме «замкнутого круга». Сущность проявления этого механизма заключается в том, что нарушение, возникающее первоначально, скажем, в соматической сфере (но, возможно, и в психи-

ческой), вызывает психопатологические реакции, а последние являются причиной дальнейших соматических нарушений. Так, по «замкнутому кругу», и развёртывается целостная психосоматическая картина заболевания. На важную роль феномена «замкнутого круга» исследователи указывают как в связи с происхождением психосоматических заболеваний, так и в связи с генезисом психических нарушений в условиях соматических заболеваний. Тесно и причудливо переплетаются психические и соматические патогенные факторы в генезисе скрытых эндогенных депрессий, единый симптомокомплекс которых включает в себя переплетение психических и псевдосоматических нарушений¹¹. По-видимому, механизм «замкнутого круга» следует признать универсальным для психосоматических взаимодействий разного типа.

Личностные и межличностные факторы во взаимодействии со стрессовыми событиями в жизни людей определяют со временем сниженную психосоциальную деятельность. Известно, что стрессовые события

from evolutionary theory // World Psych. – 2012. – No. 11 (1). – Pp. 55-57.

10 Ferenczi S., Rickman J. Actual and psycho-neuroses in the light of Freud's investigations and psychoanalysis. *Father Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. – New York: Basic Books, 1952. – 360 p.; Green A. *Le travail du negatif*. – P.: De Minuit, 1993. – 398 p.

11 Himelhoch S., Weller W.E., Wu A.W. Chronic Medical Illness, Depression, and Use of Acute Medical Services Among Medicare Beneficiaries // *Medical Care*. – 2004. – No. 6 (42). – Pp. 512-521.

играют определяющую роль в развитии депрессивных расстройств, частота которых, как и психотравмирующих ситуаций (уход на пенсию, развод или разлука с супругом, профессиональные неудачи, материальные и финансовые проблемы, смерть или заболевания близких людей) тесно связаны между собой. Причём очень важен так называемый кумулирующий эффект стрессовых ситуаций¹².

Основы психоаналитического понимания депрессии изложены Фройдом в его знаменитой статье 1917 года «Траур и меланхолия». В этой знаменитой работе Фройд пишет, что существует два вида горя – обычное, нормальное горе, как естественная реакция человека на потерю и патологическое, которое он называет меланхолией, т. е. депрессией, возникающей у пациента, который не находится в ситуации траура, но ведёт себя так, как будто переживает горе¹³.

Фройд связывает депрессию с реакцией на утрату, подчёркивая при

этом, что есть два вида депрессии – «нормальная», ситуационная, связанная с острым горем, реальной потерей, и «патологическая», когда депрессия возникает при более идеальных по их природе потерь, к примеру, объект не умер реально, но утерян как объект любви (оставленная невеста). Фройд утверждает, что меланхолия («патологическая депрессия») также связана с потерей объекта, но эта потеря недоступна сознанию, и это отличает меланхолию от горя, при котором в потере нет ничего бессознательного. Он размышляет также и о том, почему в одних случаях после потери (развода, смерти, переезда) одни проживают обычный, нормальный траур, – нормальную депрессию, в то время, как у других устанавливается патологический траур, или меланхолия – патологическая депрессия¹⁴.

Его идеи актуальны и сегодня и не вызывают споров у современных психоаналитиков, которые, так же как и Фройд, утверждают, что у депрессии есть 2 мажорные причины: потеря объекта (любви) и/или потеря любви

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

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

14 Там же; Lacey J.I. Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory // Psychological Stress: Issues in Research. – N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1967. – Pp.: 14-44.

(объекта)¹⁵. Неоплаканное горе часто приводит к соматизации, к тяжёлым соматическим заболеваниям, нередко заканчивающимся смертью. В этой работе Фрейд описывает очень важный аспект психической работы, которую он называет «работой горя».

Концепция Жан-Поль Валабрега (1964) зиждется на идее о генерализованной конверсии, на существовании у каждого индивида конверсионного ядра. Тело им понимается как предсознательное, снабжённое означающей памятью. Так, согласно его мнению, всякий психосоматический симптом имеет смысл, однако этот смысл может обнаружиться лишь благодаря психоанализу и прорабатывается лишь во время психоанализа. Однако, как напишет позже К. Смаджа, остаётся неясным, является ли этот смысл открытием пациента или аналитика. Жан-Поль Валабрега распространил понятие конверсии на всю соматическую патологию, так как он видел в этом понимание всех соматизаций¹⁶.

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

16 Valabrega J.-P. Introduction du concept de conversion psychosomatique dans la nosographie et la théorie psychanalytiques // Rivista sperim. Freniatr. – 1965. – No. 1(89). – Pp. 148-166.

Расширение понятия истерической конверсии на прегенитальные стадии предполагало глубокую регрессию к переживаниям начала жизни, которые реактивировали очень давние психосоматические системы. Итак, субъект, который регрессирует, не воспроизводит прошлое как такое, но использует в этом движении все, что он приобрёл в течение ранних переживаний. Сложно утверждать, что во всех соматических нарушениях есть, как и в истерической конверсии, психическая часть, которая внезапно вытесняется в бессознательное, в то время как аффективный заряд, связанный с репрезентацией, смещается на соматическую. Это может осмысливаться лишь когда психическая и соматическая активности дифференцируются¹⁷.

Если Ф. Александер делает акцент на *психосоматические заболевания* и описывает психологический тип, соответствующий каждому заболеванию, то Парижская психоаналитическая школа (П. Марти, М. Фэн, М. де М'Юзан, К. Давид, К. Смаджа) описывает *психо-соматического па-*

17 Muller J.E., Wentzel I., Nel D.G. Depression and anxiety in multisomatiform disorder: prevalence and clinical predictors in primary care // South Afr. Med. Jour. – 2008. – No. 6 (98). – Pp. 473-476.

циента и объясняет метапсихологию психосоматических явлений¹⁸. Парижская психоаналитическая школа отличается ещё и тем, что она отмечает у психосоматических пациентов выраженное снижение, вплоть до полного стирания, всякой работы психического аппарата. Это стирание характеризуется клиническими проявлениями депрессии особого вида, называемой *эссенциальной депрессией*, особым качеством мышления, называемым *опературным мышлением*, и снижением онирической и фантазматической деятельности. Эти авторы (П. Марти, М. Фэн, М. де М'Юзан, К. Давид, К. Смаджа) также описали особый вид объектных отношений – проективной редупликации, когда другой не воспринимается как *другой*, а как некий дубль себя самого¹⁹.

18 Fain M. Régression et psychosomatique // *Revue française de psychanalyse*. – 1966. – No. 4. – pp. 451-456; Smadja C. La vie opératoire. – P.: P.U.F., 2001. – Pp. 45-50.

19 Fain M. Régression et psychosomatique // *Revue française de psychanalyse*. – 1966. – No. 4. – pp. 451-456; Lacey J.I. Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory // *Psychological Stress: Issues in Research*. – N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1967. – Pp.: 14-44; Spitz R.-A. La première année de la vie de l'enfant. – P.: P.U.F., 1953. – Pp. 119-121.

Для парижской школы вопрос о том, имеет ли соматический симптом смысл или нет, более не является важным. Психосоматические специалисты IPSOPARIS вместо поиска смысла симптома заинтересовались интерпретацией психических феноменов, которые появляются из-за деградации тех психических структур, которые могли бы придавать смысл²⁰.

Клиническая картина болезни у психосоматических пациентов характеризуется банализацией и простотой симптомов, отсутствием малейшей странности и несуразности, нелепости, практически полным отсутствием конверсионной симптоматики, что свидетельствует об общем обеднении работы психического аппарата, и отсутствием производства истерической симптоматики.

Данные научной литературы свидетельствуют также о высокой распространённости депрессии у пациентов с соматическими заболеваниями. Подчёркивается, что условием,

20 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; Green A. Le travail du négatif. – P.: De Minuit, 1993. – 398 p.; Spitz R.-A. La première année de la vie de l'enfant. – P.: P.U.F., 1953. – Pp. 119-121.

способствующим формированию депрессии, служит не столько сам факт наличия соматической патологии, сколько её тяжесть и длительность. Именно поэтому депрессии достоверно чаще диагностируются в соматическом стационаре, чем в амбулаторных условиях²¹.

Факторы развития психосоматических расстройств

Продолжая анализировать отечественные исследования, стоит сказать, что происхождение психосоматических расстройств рассматривается с позиций психосоматической парадигмы. В их этиологии ведущую роль играют три группы факторов²²:

1. Наследственно-конституциональные факторы. Здесь необходимо выделить конституционально-типологические особенности центральной

нервной системы (ЦНС) и личностные особенности.

2. Психоэмоциональные (или психогенные). Это острые или хронические внешние воздействия, которые опосредствованы через психическую сферу и имеют как когнитивное, так и эмоциональное значение, в силу чего играют роль психогении.

3. Органические. К ним относят разного рода преморбидную органическую (травматическую, инфекционную, токсичную, гипоксическую и тому подобное) «скомпрометированность» интегративных церебральных систем сверхсегментарного уровня, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса.

Важнейшим достижением в области психосоматической медицины является термин «внутренняя картина болезни», введённый А.Р. Лурия в середине XX ст., под которым понимают все мысли, переживания, чувства, которые есть у человека по поводу его заболевания²³. От того, какой будет эта картина, зависит очень много. Внутренняя картина болезни имеет свою структуру, которая является универсальной для всех, независимо от характера заболевания. Она состоит из четырёх уровней:

21 Cloninger C.R., Cloninger K.M. Person-centered therapeutics // *Internat. Jour. of Person-centered Med.* – 2011. – No. 1. – Pp. 43-52.

22 Александр Ф. Психосоматическая медицина (принципы и применение). – М.: ЭКСМО-Пресс, 2009. – 352 с.; Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.

23 Там же.

1. Сенсорный уровень (уровень ощущений). Как правило, динамика становления внутренней картины болезни начинается с ощущений, которые появляются в два этапа. На первом этапе ощущения возникают в виде первичного осознания какого-либо неблагополучия, дискомфорта. Человек ещё не может сказать, что с ним не так («что-то со мной не то»), поскольку его ощущения ещё не определены. Заканчивается этот этап тогда, когда ощущения получают своё название и определение. Наступает второй этап сенсорного уровня, когда появляются признаки болезни («я чувствую сильную слабость и головокружение»).

2. Когнитивный уровень (уровень познания и понимания). Чтобы ощущения в теле были восприняты как симптомы заболевания, должна существовать когнитивная модель заболевания. Когнитивная модель определяет, к какой модели отнести ощущение и проводит выбор болезни, под которую будут подходить соматические ощущения. Важнейшим моментом на этом уровне является оценка угрозы болезни. Чем сильнее она будет, тем более острой может быть эмоциональная реакция человека.

3. Эмоциональный уровень. Спектр возможных эмоциональных

реакций человека очень широкий. От анозогнозии (отрицание болезни – «Нет, этого не может быть, я не больной») к ипохондрическим реакциям (поиск и нахождение у себя признаков болезни во всех своих ощущениях – «Сегодня я кашлянул трижды – у меня рак лёгких»).

4. Уровень мотиваций. Здесь речь идёт о сути, которую человек вкладывает в свою болезнь. Суть болезни может изменить образ «я» человека, восприятие себя, отношения с другими людьми и окружающей средой. Болезнь может стать препятствием воплощения основных жизненных мотивов человека, и тогда больной прежде всего пытается избавиться от своего заболевания. Иногда болезнь может приобрести суть определённого «помощника» в решении сложных жизненных ситуаций (вторичная польза болезни), например если болезнь препятствует разрушению семьи или не позволяет чувствовать сложности и проблемы в определённой отрасли. Чаще всего случается амбивалентное отношение к болезни: с одной стороны – человек хочет от неё избавиться, а из другой – находит в ней выгоду.

Р.А. Лурия указал также на важность исследования механизмов происхождения ятрогений ещё в 30-х

годах прошлого века с целью их предупреждения²⁴. В настоящее время в связи с бурным прогрессом медицины понятие «ятрогенные заболевания» значительно расширилось. И.А. Кассирский (1969) определяет ятрогении как функциональные и органические болезни, причиной которых является влияние не только врача, но и вообще медицины.

Некоторые индивидуумы проявляют очень характерные и однообразные физиологические образцы (паттерны) эмоционального возбуждения, которые могут быть вызваны широким спектром стимулов, и имеют тенденцию к возникновению специфических психосоматических нарушений, которые зависят от этих физиологических образцов. Эти индивидуальные характеристики образцов ответов (паттернов) формируются в раннем детстве. Конкретные условия истории личности, определяющие характер её ответов, не до конца объяснены. Данные положения легли в основу «теории специфичности индивидуального ответа»²⁵.

Так, Lacey J. в индивидуальном паттерне физиологического реагирования на стресс выделял следующие

подтипы: неспецифическая активность, направленная активность, подверженность изменениям. Важно, что стимулы могут влиять различным образом на эти составляющие паттерны физиологического реагирования, но всегда характерным способом для данного индивида²⁶.

Между эндогенными депрессиями и соматической патологией также важно подчеркнуть существование следующих психосоматических соотношений. В одной части случаев телесный недуг является фактором, провоцирующим манифестацию аффективных расстройств (соматогенно спровоцированные эндогенные депрессии), включая соматореактивную дистимию. Обратные зависимости характеризуют развитие эндогенной депрессивной фазы, провоцирующей экзацербацию органоневротической или собственно соматической патологии²⁷.

Тесное переплетение и взаимосвязь психических и соматических

26 Lacey J.I. Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory // Psychological Stress: Issues in Research. – N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1967. – Pp.: 14-44.

27 Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. Vol. 2: L'Ordre psychosomatique. – P.: Payot, 1980. – 92 p.

24 Там же.

25 Там же.

расстройств позволяет выделить в пределах патологии этого круга пять типов состояний, которые отображают разную структуру психосоматических соотношений²⁸:

1. Соматизированные психические реакции – соматоформные расстройства, которые формируются в результате эмоционально-психосоматической патологии в рамках образований невротического или индивидуально-конституционального регистров (невротические расстройства, невропатии и личностное развитие).

2. Психогенно-личностные реакции (нозогении), которые возникают в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает как психотравмирующее событие, как фактор субъективный, произвольный, независимый от воли, которая существенно влияет на качество жизни больного) – вторичные невротические расстройства острого и затяжного типов.

3. Органные или системные соматические поражения психосоматического характера, которые возникают в ответ на влияние социально-психогенных, личностно –

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

и биоконституционных факторов (в форме «ответа» органа или системы-мишени) – *locus minoris resistentia*.

4. Реакции экзогенного типа (соматогении), которые развиваются в результате нейротоксичного эффекта соматического заболевания в виде неврозоподобной или психотической органической симптоматики.

5. Соматопсихическая коморбидность – относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

В отечественной психиатрии учение о психосоматических и соматоформных расстройствах связано с работами А.Б. Смулевича и его школы²⁹. Психосоматические расстройства определяются как широкий круг психических расстройств, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов: кроме органических и функциональных психосоматозов, сюда включены нозогении, соматизированные психические реакции, соматопатии, соматотонии, реакции по типу симптоматической лабильности, где речь идёт о психогенно спровоцированной мани-

29 Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Депрессии в общемедицинской сети // Псих. расстройства в общ. мед. – 2010. – № 1. – С. 4-13.

фестации или экзацербации проявлений соматического страдания³⁰.

В целом взаимосвязи соматических и психических расстройств могут носить самый разнообразный характер. Например, психическое заболевание может быть результатом соматического (депрессии онкологии, депрессия при тиреотоксикозе, гипотиреозе); психическое расстройство может носить маску соматического (ларвированная депрессия); психическое заболевание может провоцировать соматическое, запускать механизм его реализации; усиливать соматические проявления болезни, включая боль. Вопрос осложняется тем, что психосоматические расстройства коморбидны с фобиями, аффективной патологией, личностными особенностями³¹.

Таким образом, болезнь является конечным фенотипическим проявлением действия внешних и внутренних факторов, строго определённых для каждого человека. Стало ясно, что болезнь – это не вид, а класс. Не существует единственной формы болезни, например, язвенной, а существует мно-

жество её субформ. Также, невзирая на наличие многочисленных теорий, которые пытаются объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не даёт исчерпывающего ответа о причине психосоматических расстройств. Поэтому в последнее время появились гипотезы об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза³².

Поиск содержательной, логической, однозначной связи между психологическими феноменами и клиническими симптомами получил позже название «гипотезы психосоматической специфичности» и превратился в фундаментальный принцип психосоматической медицины. За прошедшие десятилетия этот принцип претерпел ряд изменений, явившихся отражением как пересмотра самого понятия причины болезни, так и дискредитации ортодоксального психоаналитического подхода. На данном этапе отечественная психосоматическая медицина решает три важных вопроса.

30 Там же.

31 Himelhoch S., Weller W.E., Wu A.W. Chronic Medical Illness, Depression, and Use of Acute Medical Services Among Medicare Beneficiaries // Medical Care. – 2004. – No. 6 (42). – Pp. 512-521.

32 Green A. Le travail du negatif. – P.: De Minuit, 1993. – 398 p.; Lacey J.I. Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory // Psychological Stress: Issues in Research. – N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1967. – Pp.: 14-44.

Первый. Вопрос о триггерном (пусковом) механизме патологического процесса и начальной стадии его развития.

Второй. Почему один и тот же сверхсильный раздражитель у одного человека вызывает ярко выраженную эмоциональную реакцию и комплекс специфических вегето-висцеральных сдвигов, у других людей эти сдвиги вообще отсутствуют.

Третий. Почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-сосудистой системы, у других – пищеварительного аппарата, у третьих – дыхательной системы, у четвёртых – эндокринной системы и т. д.

Как видно из указанного выше, все предложенные концепции развития психосоматической патологии происходят из сугубо психологических или из физиологических предпосылок. Между тем психосоматические расстройства характеризуются именно сочетанием тех и других факторов в своём генезе. Таким образом, психосоматическая проблема остаётся фундаментальной проблемой медицинской психологии, которая до последнего времени разрабатывалась в русле психоаналитически ориентированных исследований психосомати-

ческой медицины. Исследователями этого направления собраны обширные и интересные, данные. Однако многие представления о природе психосоматических отношений являются по меньшей мере дискуссионными³³.

Парижская психосоматическая школа, рассматривающая не заболевание, а психосоматического пациента, исследует следующие вопросы³⁴:

1. Отличие истерических конверсионных симптомов от вторичной истеризации. Поражённый или больной орган вначале лишён смысла, «глуп». Однако он может быть позже психически инвестирован, к примеру, во время и благодаря анализу (феномен, получивший название *психизации*), что может придать ему ценность

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

34 Freud S. Deuil et mélancholie (1917) // Métapsychologie. – P.: Gallimard, 1968. – Pp. 428-446; Lacey J.I. Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory // Psychological Stress: Issues in Research. – N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1967. – Pp.: 14-44; Klein M. Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934): Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs // Essais de psychanalyse. – P.: Payot, 1967. – Pp. 311-340; Spitz R.-A. La première année de la vie de l'enfant. – P.: P.U.F., 1953. – Pp. 119-121.

эrogenной зоны. Так, больному органу придаётся символическое значение. И в подобном случае вторичной истеризации, соматический симптом перестаёт быть «глупым», он наполняется смыслом (правда, эта инвестиция соматической патологии слишком часто воспринимается как сама патология).

2. Отличие эссенциальной депрессии от других вариантов депрессии. Депрессии, которые выражаются через позитивную психическую симптоматику, соответствуют так называемым невротическим депрессиям и состоянию меланхолии в классической психопатологии. Для П. Марти, ментализация постулируется здесь на основе регрессивной симптоматики ментального порядка. Понятие *симптоматическое выражение* здесь, будь оно невротического или психотического порядка, относится к тому, что Марти называет «положительной экономической противоположностью», которую следует понимать как часть, препятствующую чему-то или компенсирующую понижение либидинального тонуса, находящееся в основе любой депрессии.

3. Отличие истерии от психосоматики.

Дифференциальная диагностика между истерией и психосоматикой,

усложняющаяся тем, что, по мнению А. Грина, существует перекрещивание, *хиазм* между клиникой истерии и пограничной клиникой. Он рассматривает некоторые симптомы конверсии как символическую деметафоризацию. Такие больные используют своё тело для того, чтобы оно страдало, чтобы оно существовало, и чтобы ощущать себя как тело, сумевшее пережить работу негатива. А. Грин допускает сосуществование пограничных и психосоматических случаев. В приведённых им примерах (аллергические пациенты) истерическая структура отмечена особым образом. В случаях сосуществования пограничных и психосоматических случаев преобладают такие механизмы защиты, как идеализация, расщепление, отрицание, такие феномены, как желание защитить объект, который рассматривается как слишком хрупкий, а посему непригодный для проекций, неспособный выносить агрессию в свой адрес, и очень высокая чувствительность, которая доходит до крайних идентификаций с моральными и физическими страданиями других.

Мы оказываемся в том положении, что можем идентифицировать эссенциальную депрессию, за неимением лучшего, лишь на основании её

самого туманного аспекта (атония) и самого трудно передаваемого, так как пациент не обладает ни словами, а часто и ни репрезентациями, чтобы как-то рассказать об этом «атоническом» состоянии своему психоаналитику. Здесь нам следует уточнить категорию негативности, с которой мы сталкиваемся при эссенциальной депрессии. А. Грин направил нас на этот путь, различая несколько форм проявления негативности. П. Марти утверждает, что истерическим неврозом можно называть лишь ментализированный, симптоматически организованный невроз. В новый концептуальный кадр, психосоматический, он помещает маломентализированные неврозы, неврозы характера или поведения, которые свидетельствуют об инициальной нехватке материнских инвестиций, не позволившей им стать истерическими. Когда мы слушаем пациента, страдающего эссенциальной депрессией, правда и то, как пишет П. Марти, что мы являемся в высшей степени чувствительными к его «атоническому аспекту».

3. Правомочность существования выделенного П. Марти вышеупомянутого отдельного класса маломентализированных неврозов, свидетельствующих о нехватке мате-

ринских инвестиций на ранних этапах психосексуального развития, аффективной нехватке как количественной, так и качественной. Перед тем как пойти по этому пути, мы должны спросить себя, является ли проблема не-боли достаточно обоснованной. Можно ли точно утверждать, что при эссенциальной депрессии нет выражения психической боли? Если мы обратимся к наблюдениям, уже ставшим классическими, осуществлённым первыми психосоматическими психоаналитиками, мы заметим, что они регулярно подчёркивают отсутствие аффективного выражения у пациентов, идентифицированных как оператарные. Об этом свидетельствуют описания П. Марти, а также М. де М'Юзана. А описания Сифнеоса, относящегося к другому течению психосоматического учения, привели этого североамериканского автора к тому, чтобы разработать на основании этого клинического феномена, понятие алекситимии.

Подводя итог данного обзора, можно сказать, что в настоящее время наиболее прогрессивные исследования проблемы психосоматики проведены Парижской психосоматической школой, основные положения которой можно выразить в следующем:

1. Психосоматические заболевания связаны не с избытком, а с недостаточностью их бессознательного смысла. Выявление такого *симптома*, каким является отсутствие выражения психической боли при эссенциальной депрессии, представляет собой для его авторов больше чем клиническую и феноменологическую констатацию. Оно раскрывает невидимый смысл, связанный с состоянием дезорганизации совокупности психических условий, откуда обычно берет начало состояние функциональности репрезентантов влечений.

2. Конфликты психосоматических пациентов не ведут, как у невротиков, к продуцированию сновидений, симптомов, фантазматической активности, не создают явления переноса, а проявляются в виде негативной симптоматики, увеличивая риск соматической (прогрессивной) дезорганизации.

3. У всех психосоматических пациентов обнаруживаются: эссенциальная депрессия; та или иная степень дементализации; оператуарное мышление; оператуарная жизнь; присутствует негативная симптоматика; есть слабость фантазматической и символизирующей деятельности; снижается онирическая активность; присутству-

ют повторяющиеся сновидения и кошмары или же отсутствуют сновидения, выполняющие «работу сна»; ослаблены системы фиксации-регрессии; есть недостаточное функционирование предсознания; наличествует конформизм в надежде получить за счёт покладистости характера любовь группы, коллектива, для того чтобы хоть как-то скомпенсировать раннюю нехватку материнских инвестиций; есть слабость или почти полностью отсутствуют такие механизмы защиты, как вытеснение и проекция.

4. У таких больных есть мало-выражаемое как клинически, так и в онирической и репрезентативной активности переживание душевной боли (в связи с этим таким пациентам с особой осторожностью необходимо назначать антидепрессанты, т. к. благодаря им пациенты становятся способными переживать подобные состояния, но поскольку это происходит в их жизни впервые, у них отсутствуют психические ресурсы и способности их выдерживать, что приводит к увеличению суицидального риска);

5. При работе с такими пациентами в анамнезе обнаруживается ранняя сепарация с матерью, можно утверждать о присутствии «белой линии А. Грина» (с наличием белой

галлюцинации, белого (безбредового) психоза, белой депрессии у матери), аффективной депривации, анаклитической депрессии Спиза, психотической депрессии Ф. Тюстин, непроработанного горя.

Заключение

Таким образом, дальнейшее комплексное концептуальное изуче-

ние 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 расстройств.

Библиография

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина (принципы и применение). – М.: ЭКСМО-Пресс, 2009. – 352 с.
2. Головина А. Г. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у подростков с фобическими расстройствами // Псих. расстр. в общ. мед. – 2011. – № 2. – С. 18-23.
3. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. К проблеме психосоматических, соматопсихических отношений // Обозр. психиатр. и мед. психол. – 2011. – № 2. – С. 30-34.
4. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и язвенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
5. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Депрессии в общемедицинской сети // Псих. расстройства в общ. мед. – 2010. – № 1. – С. 4-13.
6. Brüne M., Belsky J., Fabrega H. The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory // World Psych. – 2012. – No. 11 (1). – Pp. 55-57.
7. Cloninger C.R., Cloninger K.M. Person-centered therapeutics // Internat. Jour. of Person-centered Med. – 2011. – No. 1. – Pp. 43-52.
8. Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? // World Psych. – 2006. – No. 5 (3). – Pp. 146-150.

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. – No. 30 (3). – Pp. 191-199.
10. Erlich H.S. Experience – What Is It? // *Int. Jour. of Psychoan.* – 2003. – No. 84 (5). – Pp. 1127-1247.
11. Fain M. Régression et psychosomatique // *Revue française de psychanalyse*. – 1966. – No. 4. – pp. 451-456.
12. Feldmann C.T., Bensing J.M. Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice // *Patient Educ. Couns.* – 2007. – No. 3 (65). – Pp. 369-380.
13. Ferenczi S., Rickman J. Actual and psycho-neuroses in the light of Freud's investigations and psychoanalysis. *Father Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. – New York: Basic Books, 1952. – 360 p.
14. Freud S. Deuil et mélancholie (1917) // *Métapsychologie*. – P.: Gallimard, 1968. – Pp. 147-446.
15. Grassi L., Mangelli L., Fava G.A. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V // *Jour. Affect. Disord.* – 2007. – No. 1-3 (101). – Pp. 251-254.
16. Green A. *Le travail du négatif*. – P.: De Minuit, 1993. – 398 p.
17. Himelhoch S., Weller W.E., Wu A.W. Chronic Medical Illness, Depression, and Use of Acute Medical Services Among Medicare Beneficiaries // *Medical Care*. – 2004. – No. 6 (42). – Pp. 512-521.
18. Klein M. Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934): Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs // *Essais de psychanalyse*. – P.: Payot, 1967. – Pp. 311-369.
19. Lacey J.I. Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory // *Psychological Stress: Issues in Research*. – N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1967. – Pp. 14-44.
20. Marty P. *Les mouvements individuels de vie et de mort. Vol. 2: L'Ordre psychosomatique*. – P.: Payot, 1980. – 92 p.
21. Muller J.E., Wentzel I., Nel D.G. Depression and anxiety in multisomatoform disorder: prevalence and clinical predictors in primary care // *South Afr. Med. Jour.* – 2008. – No. 6 (98). – Pp. 473-476.
22. Smadja C. *La vie opératoire*. – P.: P.U.F., 2001. – 272 p.

-
23. Smadja C. Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique. – P.: P.U.F., 2008. – 241 p.
 24. Spitz R.-A. La premiere annee de la vie de l'enfant. – P.: P.U.F., 1953. – Pp. 119-121.
 25. Valabrega J.-P. Introduction du concept de conversion psychosomatique dans la nosographie et la theorie psychanalytiques // Rivista sperim. Freniatr. – 1965. – No. 1 (89). – Pp. 148-166.

UDC 159.964.2

Psychosomatic disorders in clinical practice: the cooperation of internal medicine and medical psychology

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., No. 21, Moscow, Russia;
e-mail: florayy@mail.ru

Abstract

Studies conducted in the field of somatocentric paradigm mainly focused on studying quiet limited range of mental disorders (symptomatic psychoses). For example, the concept of "exogenous type of psychiatric reactions" as a psychophysiological mechanism of disorder emergence considers the effect of somatic hazard on the brain that causes the manifestations of certain strictly limited set of psychopathological syndromes.

For the time being there are contradictions in understanding of origins and nature of psychosomatic disorders as such (i.e. symptoms of illness under the influence of social and psychological factors), as well as somatoform mental disorders (i.e. mental disorders in the field of "somatopsyche" connected with awareness and experience of person's own corporeity).

The most questionable judgments concern the range and limits of organic, somatogenic, somatoform, hypochondriac, hysteric, affective and schizotypal disorders. There is often a lack of complete description of somatic pathology (extensive diagnosis, severity exponents, stage of disease etc.) for the comparative analysis.

Further comprehensive conceptual study of organogenesis of mental and somatic disorders (naturally with the psychogenesis) could radically change the

current understanding of physical and mental relations; enable a new way to approach the issue of the classification of psychosomatic disorders in a more objective manner. The current issue is the issue of comorbidity of mental and physical disorders.

Keywords

Psychosomatic disorders, risk factors, structure, "ego security", "avoidant period", "inward sickness image".

Introduction

Psychosomatic relationships as an "intersection line of symptom group of psychic and somatic sphere" – is a subject of careful attention in recent years.¹ And psychosomatic medicine is a conceptual approach to health and disorder, which considers the psychosomatic state as an interaction of psychological, social and biological factors.²

Studies conducted in the field of somatocentric paradigm mainly focused on studying rather limited range of mental disorders (symptomatic psychoses). Thus, under the concept of "exogenous type of mental reactions" as a psychophysiological mechanism of the disorder genesis we consider the somatic hazard effect on the brain that causes manifestations of a certain strictly limited set of psychopathological syndromes.³

1 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.*, No. 2, pp. 18-23; Grassi, L., Mangelli, L., Fava, G.A. (2007), "Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V", *Jour. Affect. Disord*, No. 1-3 (101), pp. 251-254.

2 Aleksander, F. (2009), *Psychosomatic Medicine (principles and application)* [*Psikhosomaticheskaya meditsina (printsipy i primeneniye)*], EKSMO-Press, Moscow, 352 p.; 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.*, No. 2, pp. 30-34.

3 Feldmann, C.T., Bensing, J.M. (2007), "Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice", *Patient Educ. Couns*, No. 3(65), pp. 369-380; Klein, M. (1967), "Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934): Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépres-

For the time being, there are contradictions in the understanding of origins and nature both psychosomatic disorders (i.e. the symptoms of illness under the influence of psychosocial factors) and somatoform mental disorders (i.e. mental disorders in the field of "somatopsyché" associated with awareness and experience of the person's own corporeity).⁴

The most controversial judgments relate to the conceptions on ranges and limits of organic, somatogenic, somatoform, hypochondriac, hysteric, affective and schizotypal disorders. There is often a lack of complete description of somatic pathology for a comparative analysis (extensive diagnosis, severity levels, stage of disease, etc.).⁵

One of the founders of psychosomatic medicine, the American of Hungarian origin, F. Alexander⁶ claimed that

sifs", *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, pp. 311-340.

- 4 Smulevich, A.B., Dubnitskaya, E.B (2010), "Depressions in general medical network" ["Depressii v obshchemeditsinskoi seti"], *Psikh. rasstroistva v obshch. med.*, No. 1, pp. 4-13; Creed, F. (2006), "Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis?", *World Psych*, No. 5(3), Pp. 146-150.
- 5 Green, A. (1993), *Le travail du negatif*, De Minuit, Paris, 398 p.
- 6 Aleksander, F. (2009), *Psychosomatic Medicine (principles and application)* [*Psikhosomaticheskaya meditsina (print-*

"the term "psychosomatic" should be used only to refer to the methodological approach in research and therapy", i.e. the coordinated use of somatic and psychological methods and concepts. The author emphasizes the fact that these two methods "are used in the conceptual field of causal sequences". In 1934 F. Alexander built a linear psychosomatic model. According to the Freud neurosis model the first link of the linear chain compiles the unconscious intrapsychic conflict⁷. He identified the intrapsychic conflicts of psychosomatic diseases where patients are involved in the conflict over the addiction. At the same time, in the author's opinion, the psychosomatic approach may be a temporary means as the improvement of additional methods of patient examination could identify the brain processes more clearly. This suggestion was made by the author in the 60's of the last century. However, now it is of great current interest.

In the analysis of the complex relationship between structure and function extends a legitimate representation of the

sipy i primenenie)], EKSMO-Press, Moscow, 352 p.

- 7 Grassi, L., Mangelli, L., Fava, G.A. (2007), "Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V", *Jour. Affect. Disord*, No. 1-3 (101), pp. 251-254.

existence of two levels of organic lesions: on neuronal⁸ and anatomical/histological and intracellular/synaptic. The first may reach an extreme degree and cause severe mental disorders. In this regard, this concept becomes untenable concerning the functional stage of the disease. This is a "morphological" or "functional-organic" stage⁹. To determine the transition line between morphological and organic obviously difficult, as there is a continuum with a large number of transient options and fluctuations.

To better understand the nature of psychosomatic disorders the concept of "personal security" was also introduced, presented in three parts: 1) the relationship with the environment; 2) the ability to choose constructive behavior form aimed at overcoming the conflict; and 3) the adequacy of personal energy potential¹⁰. The deficiency of these three

components, in particular the energy potential, leads to the development of psychosomatic disorders.

We should stay as well on another important mechanism of the relationship between psyche and soma – so called "vicious circle" mechanism. The essence of the manifestation of this mechanism is that a violation that occurs initially, let's say, in the somatic field (but, perhaps, in the psychic), causes a psychopathologic reactions, which account for further somatic disorders. In this way, on the "vicious circle", the holistic psychosomatic picture of illness is being developed. The researchers point out an important role of the phenomenon of "vicious circle" both in connection with the origin of psychosomatic disorders and in relation to the genesis of mental disorders in somatic diseases. Intimately and whimsically intertwined psychic and somatic pathogenic factors in the genesis of hidden endogenous depressions, which single symptom group includes mental and pseudo-somatic disorders interlacing¹¹. Apparently, the mechanism of the "vi-

8 Klein, M. (1967), "Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934): Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs", *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, pp. 341-369.

9 Brüne, M., Belsky, J., Fabrega, H. (2012), "The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory", *World Psych.*, No. 11(1), pp. 55-57.

10 Ferenczi, S., Rickman, J. (1952), *Actual and psycho-neuroses in the light of Freud's investigations and psychoanalysis. Father Contributions to the Theory and Technique*

of Psychoanalysis, Basic Books, New York, 360 p.; Green, A. (1993), *Le travail du négatif*, De Minuit, Paris, 398 p.

11 Himelhoch, S., Weller, W.E., Wu, A.W. (2004), "Chronic Medical Illness, Depression, and Use of Acute Medical Services Among Medicare Beneficiaries", *Medical Care*, No. 6(42), pp. 512-521.

cious circle" should be recognized as a universal for psychosomatic influences of different types.

Personal and interpersonal factors in interaction with stressful life events in life predetermine reduced psychosocial activities in course of time. It is known that stressful life events play a defining role in the development of depressive disorders, which frequency in line with stressful situations (retirement, divorce or separation from spouse, professional failures, material and financial problems, death or illness of loved ones) are closely related. Also the so-called cumulating effect of stressful situations is of great importance¹².

The fundamentals of psychoanalytic understanding of depression Freud described in his famous 1917 article "Mourning and Melancholia". In this famous work Freud writes that there are two kinds of sorrow – the usual, normal sorrow as a natural human reaction to loss and pathological, which he calls a melancholy, i.e. depression that occurs in a patient who is not in a situation of mourning, but behaves as though experiencing grief¹³.

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

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

Freud linked depression with a reaction to the loss, while stressing that there are two types of depression – "normal", situational, associated with acute sorrow, a real loss, and "pathological", when depression occurs in more ideal loss of its nature. For instance, the object is not really dead, but lost as a love object (left bride). Freud argues that the melancholy ("pathological depression") is also associated with the loss of the object, but this loss is not available to consciousness, and it distinguishes the melancholy of sorrow, in which there is nothing unconscious in the loss. He also reckons, why in some cases after the loss (divorce, death, relocation) some live ordinary, normal mourning – a normal depression, while others set a pathological mourning or melancholy – a pathological depression¹⁴.

His ideas are still relevant today and do not cause disputes among modern psychoanalysts, who, as well as Freud, claim that depression has two major reasons: loss of the object (love) and/or the loss of love (object)¹⁵. Unmourned sor-

14 Ib; Lacey, J.I. (1967), "Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory", *Psychological Stress: Issues in Research*, Appleton-Century-Crofts, New York, pp. 14-44.

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

row often leads to somatization, to severe somatic disease, that are often fatal. In this work Freud describes a very important aspect of mental work, which he calls the "work of mourning".

The concept of Jean-Paul Valabrega (1964) rests on the idea of generalized conversion, on the existence of conversion core in each individual. He considers the body as a preconscious, endowed with a significative memory. Thus, according to him, any psychosomatic symptom makes sense, but the sense can only be discovered by psychoanalysis and worked out only during psychoanalysis. However, as K. Smadja writes later, it remains unclear whether this meaning is a discovery of patient or analyst. Jean-Paul Valabrega extended the concept of conversion for the entire somatic pathology, as he saw it as an understanding of each somatization¹⁶.

The extension of the concept of hysterical conversion on pregenital stage involved a deep regression to early life experiences that reactivated very old psychosomatic systems. So, the subject that regressing, does not retrieve the past as such, but uses all in the same motion that

it had acquired during the early experiences. Hard to argue that each somatic disorder, as in hysterical conversion, has a mental part that is suddenly forced into the unconscious, while the related to the representation affective cathexis moves to the soma. It can be conceived only when mental and somatic activities are differentiated¹⁷.

If F. Alexander focuses on *psychosomatic diseases* and describes the psychological type, corresponding to each disease, than the Psychoanalytic school of Paris (P. Marty, M. Feng, M. de M'Uzan, C. David, K. Smadja) describes the *psychosomatic patients* and explains the metapsychology of psychosomatic phenomena¹⁸. Paris psychoanalytic school is different in marking a distinct reduction, up to complete erasure, of all work of the mental apparatus in psychosomatic patients. This erasure is characterized by clinical signs of depression of special form called *essential depression*, a special quality of thought called *operatoire thinking*, and the regression of on-

16 Valabrega, J.-P. (1965), "Introduction du concept de conversion psychosomatique dans la nosographie et la theorie psychanalytiques", *Rivista sperim. Freniatr.*, No. 1(89), pp. 148-166.

17 Muller, J.E., Wentzel, I., Nel, D.G. (2008), "Depression and anxiety in multisomatoform disorder: prevalence and clinical predictors in primary care", *South Afr. Med. Jour.*, No. 6(98), pp. 473-476.

18 Fain, M. (1966), "Régression et psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, No 4, pp. 451-456; Smadja, C. (2001), *La vie opératoire*, P.U.F., Paris, pp. 45-50.

irical and fantasmatic activity. These authors (P. Marty, M. Feng, M. de M'Uzan, C. David, K. Smadja) also described a special kind of object relations – a projective reduplication, when the *other* is not perceived as the other, but as a some double of himself¹⁹.

For Paris school the question whether somatic symptom makes sense or not, is no longer important. Instead of a search for the sense of a symptom, psychosomatic specialists of the IPSOPARIS are interested in the interpretation of psychic phenomena that come out of the degradation of those mental structures that could give sense²⁰.

The clinical picture of the disease in psychosomatic patients characterized by the banalization and ease of

symptoms, the lack of slightest strangeness and absurdity, incongruity, almost complete lack of conversion patognomy, which shows a general depletion of psychic apparatus and a lack of production of hysterical patognomy.

Scientific source materials also show a high prevalence of depression in patients with somatic illnesses. It is highlighted that the condition, conducive to the depression, is not only the fact that there is any somatic pathology, as its severity and duration. That is why the depression significantly more often diagnosed in the somatic hospital than in the outpatient setting²¹.

Psychosomatic disorders growth factors

Continuing to analyze the national studies, it is to say that the origin of psychosomatic disorders is considered from the standpoint of the psychosomatic paradigm. The leading role in their etiology is played by three groups of factors²²:

-
- 19 Fain, M. (1966), "Régression et psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, No 4, pp. 451-456; Lacey, J.I. (1967), "Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory", *Psychological Stress: Issues in Research*, Appleton-Century-Crofts, New York, pp. 14-44; Spitz, R.-A. (1953), *La première année de la vie de l'enfant*, P.U.F., Paris, pp. 119-121.
- 20 Fain, M. (1966), "Régression et psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, No 4, pp. 451-456; Freud, S. (1968), "Deuil et mélancholie (1917)", *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, pp. 237-258; Green, A. (1993), *Le travail du négatif*, De Minuit, Paris, 398 p.; Spitz, R.-A. (1953), *La première année de la vie de l'enfant*, P.U.F., Paris, pp. 119-121.

-
- 21 Cloninger, C.R., Cloninger, K.M. (2011), "Person-centered therapeutics", *Internat. Jour. of Person-centered Med*, No. 1, pp. 43-52.
- 22 Aleksander, F. (2009), *Psychosomatic Medicine (principles and application) [Psikhosomaticheskaya meditsina (printsipy i primeneniye)]*, EKSMO-Press, Moscow, 352 p.; Luriya, A.R. (1977), *Internal*

1. Hereditary constitutional factors. Here we must distinguish constitutionally-typological features of the central nervous system (CNS) and personality traits.

2. Psycho-emotional (or psychogenic). Among them are acute or chronic external influences that are mediated through the psychic sphere and have both cognitive and emotional value, which makes playing the role of psychogeny.

3. Organic. These include various premorbid organic (traumatic, infectious, toxic, hypoxic, etc.) "discredities" of integrative cerebral systems of extrasegmental level, primarily of limbic-reticular complex.

The most important achievement in the field of psychosomatic medicine is the term "internal picture of the disease", introduced by A.R. Luria in the middle of the XX cent., which refers to all the thoughts, feelings, experience that a person has about his illness²³. What will be the picture depends on various factors. Internal picture of the disease has its own structure, which is universal for all, regardless of the nature of the disease. It consists of four levels:

picture of disease and iatrogenic illnesses
[*Vnutrennyaya kartina boleznei i yatrogen-
nye zabolevaniya*], Meditsina, Moscow,
112 p.

23 Ib.

1. Sensory level (the level of sensations). As a rule, the dynamics of the formation of internal picture of the disease begins with sensations that occur in two stages. In the first stage feelings arise as a primary awareness of distress, discomfort. A man can not yet say that's something wrong with him ("something wrong with me"), because his feelings are not yet defined. This stage ends when the feelings get their name and definition. Then comes the second stage of the sensory level, when there are signs of the disease ("I feel very weak and dizzy").

2. Cognitive level (the level of knowledge and understanding). To make sensations in the body perceived as symptoms of the disease, there must be a cognitive model of the disease. The cognitive model determines, which models include feeling and conduct the election of the disease, which is suitable for somatic sensations. The most important point at this level is to assess the threat of the disease. The stronger it is the more serious may be a man's emotional reaction.

3. Emotional level. The range of possible emotional reactions in man is really enormous. From anosognosia (denial of illness – "No, this can not be, I'm not sick") to hypochondriac reactions (search and exploration of illness signs

in all man's feelings – "Today I coughed three times – I have lung cancer").

4. Level of motivation. Here we are talking about the essence that a person puts into his illness. The essence of the disease may change the image of the "I" of man, sense of itself, relationships with others and the environment. The disease can be a barrier on the way of implementation of living motives of human life, and then the patient first of all trying to get rid of the disease. Sometimes the disease can get the essence of a certain "helper" in tackling difficult situations (secondary benefit of the disease), e.g., if the disease prevents the destruction of the family and does not allow to feel the difficulties and problems in a particular field. Most often we observe an ambivalent attitude to the disease: on the one hand, a person wants to get rid of it, and from the other – finds a benefit.

R.A. Luria also pointed on the importance of the study of mechanisms of iatrogenies origin in the 30's of the last century in order to prevent them²⁴. For the time being, due to the rapid progress of medicine the term "iatrogenic disease" expanded considerably. I.A. Kassirskii (1969) defines iatrogenies as functional and organic diseases that affect not only by the doctor, but by medicine in general.

²⁴ Ib.

Some individuals exhibit very specific physiological and uniform patterns of emotional arousal, which can be caused by a wide range of incentives and tend to the emergence of specific psychosomatic disorders, which are dependent on these physiological patterns. These individual characteristics of the patterns responses are formed in early childhood. Specific terms of the history of the individual, determining the nature of its answers, not fully explained. These provisions laid the basis of the "theory of the specificity of the individual response"²⁵.

Thus, Lacey J. pointed out following subtypes in the individual pattern of physiological response to stress: non-specific activity, aimed activity, exposure to changes. It is important that incentives can influence in different ways to these components of the physiological response patterns, but always in a certain way for the individual²⁶.

It is also important to emphasize the existence of the following psychosomatic relations between endogenous depressions and somatic pathology. In one part of the cases a physical ailment is a

²⁵ Ib.

²⁶ Lacey, J.I. (1967), "Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory", *Psychological Stress: Issues in Research*, Appleton-Century-Crofts, New York, pp. 14-44.

factor that provokes the manifestation of affective disorders (somatogenically provoked endogenous depressions), including somat reactive dysthymia. Inverse relations characterize the development of endogenous depressive phase, provoking the exacerbation of organic and neurotic or somatic pathology itself²⁷.

The entwinement and relationship of mental and somatic disorders let us distinguish five types of conditions within the pathology of this circle that represent a different structure of psychosomatic relations²⁸:

1. Somatisation mental reactions – somatoform disorders, which are formed as a result of emotional and psychosomatic pathology through the development or neurotic individual constitutional registers (neurotic disorders, neuropathy and personal development).

2. Psychogenic-personal reactions (nosogenies) that arise in connection with somatic disease (the latter acts as a traumatic event such as a subjective, spontaneous and independent of the will

factor, which significantly affects the quality of patient's life) – secondary neurotic disorders of acute and prolonged types.

3. Organ or system somatic damages of psychosomatic nature that occur in response to the influence of socio-psychogenic, personal and bioconstitutional factors (in the form of a "response" of an organ or a target system) – locus minoris resistentia.

4. Exogenous type reactions (somatogenies) that develop as a result of neurotoxic effects of somatic illness as neurosis-like or psychotic organic patognomy.

5. Somatopsychic comorbidity – relatively independent parallel progression of somatic illness and psychiatric pathology.

In the national psychiatry the study of psychosomatic and somatoform disorders associated with works of A.B. Smulevich and his school²⁹. Psychosomatic disorders are defined as a broad range of mental disorders that result from the interaction between mental and somatic factors. Besides organic and functional psychosomatoses, here included

27 Marty, P. (1980), *Les mouvements individuels de vie et de mort. Vol. 2: L'Ordre psychosomatique*, Payot, Paris, 92 p.

28 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.*, No. 2, pp. 30-34.

29 Smulevich, A.B., Dubnitskaya, E.B (2010), "Depressions in general medical network" ["Depressii v obshchemeditsinskoi seti"], *Psikh. rasstroistva v obshch. med.*, No. 1, pp. 4-13.

nosogenies, somatized mental reactions, somatopathies, somatotonies, symptomatic lability type reactions, which deals with psychogenically provoked manifestation or exacerbation of symptoms of somatic affliction³⁰.

In general, the relationship of somatic and mental disorders may be very diverse. For instance, mental illness can be the result of somatic (depression in oncology, depression of thyrotoxicosis, hypothyroidism); mental disorder may wear the mask of somatic (masked depression); mental disorder can induce somatic, run the mechanism for its implementation and reinforce somatic manifestations of the disease, including pain. The issue is complicated by the fact that psychosomatic disorders are comorbid with phobias, affective pathology and personality traits³¹.

Therefore, the disease is a final phenotypic expression of external and internal factors that are strictly defined for each person. It became clear that the disease is not a type but a class. There is no single form of the disease, such as peptic ulcer, but there are many different

subforms. Also, despite the presence of many theories that attempt to explain the etiology and pathogenesis of psychosomatic diseases, none of them gives a comprehensive answer about the grounds of psychosomatic disorders. Consequently, in recent times appeared hypotheses about their multifactorial genesis, where each of the proposed theories explain one of the pathogenesis links³².

The search for the comprehensive, logical, unambiguous relationship between psychological phenomena and clinical symptoms was later called the "hypothesis of psychosomatic specificity" and became a fundamental principle of psychosomatic medicine. Over the decades this principle has undergone a number of changes, which reflected both a revision of the concept of etiology and the discrediting of orthodox psychoanalytic approach. At this stage the national psychosomatic medicine addresses three important questions.

First. The question of the trigger (start) mechanism of the pathological process and the initial stage of its development.

30 Ib.

31 Himelhoch, S., Weller, W.E., Wu, A.W. (2004), "Chronic Medical Illness, Depression, and Use of Acute Medical Services Among Medicare Beneficiaries", *Medical Care*, No. 6(42), pp. 512-521.

32 Green, A. (1993), *Le travail du negatif*, De Minuit, Paris, 398 p.; Lacey, J.I. (1967), "Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory", *Psychological Stress: Issues in Research*, Appleton-Century-Crofts, New York, pp. 14-44.

Second. Why the same supra-maximal stimulus in one person causes a pronounced emotional response and set of specific vegetative visceral changes, while these changes are completely absent in other people,.

Third. Why mental trauma in some people causes cardiovascular diseases, while others –digestive diseases, the third – respiratory diseases, and the fourth – endocrine diseases, etc.

As seen from the above, all of the proposed concepts for the development of psychosomatic pathology originate from purely psychological or physiological prerequisites. Meanwhile psychosomatic disorders are characterized precisely by the combination of both factors in its genesis. Thus, psychosomatic issue remains a fundamental problem in medical psychology, which until recently has been developed in line with psychoanalytically oriented research of psychosomatic medicine. The researchers in this field gathered comprehensive and interesting data. However, many ideas about the nature of psychosomatic relations are at least polemic³³.

33 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.*, No. 2, pp. 30-34.

Paris psychosomatic school, which considers a psychosomatic patient instead of disease, explores the following questions³⁴:

1. The difference between hysterical conversion symptoms and secondary hysterization. Target affected or diseased organ is initially meaningless, a "stupid" one. However, it can later be mentally invested, for instance, during and through the analysis (a phenomenon known as *psychization*), which may give it the value of an erogenous zone. As such, the affected organ is given a symbolic meaning. And in this case of a secondary hysterization the somatic symptom stops to be "stupid", it is filled with meaning (although this somatic pathology investment is too often seen just as a very pathology).

2. The distinction of essential depression from other types of depression. Depressions, which are expressed

34 Freud, S. (1968), "Deuil et mélancholie (1917)", *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, pp. 428-446; Lacey, J.I. (1967), "Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory", *Psychological Stress: Issues in Research*, Appleton-Century-Crofts, New York, pp. 14-44; Klein, M. (1967), "Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934): Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs", *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, pp. Spitz, R.-A. (1953), *La première année de la vie de l'enfant*, P.U.F., Paris, pp. 119-121.

through a positive mental pathology, correspond to the so-called neurotic depressions and melancholy in classical psychopathology. According to P. Marty, a mentalization is postulated on the basis of regressive symptomatology of mental order. The concept of *symptomatic expression* here, whether it is of neurotic or psychotic order, refers to the fact that Marty calls a "positive economic contradiction", which should be understood as a part that prevents something or compensates for the reduced libidinal tonus, based underneath any depression.

3. The distinction of hysteria from psychosomatics.

Differential diagnosis between hysteria and psychosomatics complicated by the fact that, in the opinion of A. Grin, there is a transversion, *chiasmus* between hysteria clinic and border clinic. He examines some of the conversion symptoms as a symbolic demetaphorization. These patients use their body in order to make it suffer, to make it exist, and to feel itself as a body that has managed to survive the operation of a negative. Grin admits a coexistence of border and psychosomatic cases. In the above examples (allergic patients) the hysterical structure is marked in a special way. In cases of co-existence of the border and psychosomatic cases dominate such

mechanisms of protection as an idealization, splitting, denial, such phenomena as a desire to protect an object, which is considered being too fragile, and therefore not suitable for projections, unable to bear the aggression in its address, and a very high sensitivity that goes to the extreme identification with the moral and physical suffering of others.

We find ourselves in the position that we can identify the essential depression, for lack of a better, only on the basis of its most obscure aspect (atony) and most difficult transmitted, because the patient does not have any words, and often no representations, to tell somehow about this "atonic" state to his psychoanalyst. Here we need to specify the category of negativity that we face in essential depression. A. Grin sent us this way, distinguishing between several forms of negativity. P. Marty claims that hysterical neurosis can be called only mentalized and symptomatically organized neurosis. In a new conceptual frame, psychosomatic one, he puts less mentalized neuroses, neuroses of a character or behavior, which showed the initial lack of maternal investment, not allowing them to become hysterical. When we listen to a patient suffering from essential depression, according to P. Marty, it is also true that we are extremely sensitive to his "atonic aspect".

3. The legitimacy of the existence of the P. Marty selected aforementioned separate class of less mentalized neuroses, indicating a lack of maternal investment in the early stages of psychosexual development, affective lack, both quantitative and qualitative. Before going down this path, we have to ask ourselves whether the problem is not well-founded. Can we argue that essential depression has no expression of mental pain? If we turn to the observations, already become classical of the first psychosomatic psychoanalysts, we notice that they regularly stress the lack of affective expression in patients identified as *operattoir*. This is confirmed by the description of P. Marty and M. de M'Uzan. And the descriptions of P. Sifneos, who relates to another school of psychosomatic teaching, led this North American author to the formulation of the concept of alexithymia on the basis of this clinical phenomenon.

To sum up this review, we can say that at present most advanced research in psychosomatic issues conducted by the Paris psychosomatic school, which main provisions can be expressed as follows:

1. Psychosomatic diseases are not associated with excess, but with a deficiency of unconscious sense. Such symptom identification, which is the lack

of expression in essential psychic pain in an essential depression, involves more than a clinical and phenomenological assertion for its authors. It reveals an invisible meaning associated with the state of disorganization of mental conditions complex from which usually originates the functionality state of appetency representatives.

2. Unlike to neurotics, the conflicts of psychosomatic patients do not lead to the production of dreams, symptoms, fantasmatic activity, do not create transport phenomena, and appear in the form of negative patognomy, increasing the risk of somatic (progressive) disorganization.

3. All psychosomatic patients have: essential depression, some degree of dementalization; *operattoir* thinking; *operattoir* life; negative patognomy; there is a weakness of fantasmatic and symbolizing activity; reduced onirical activity; recurring dreams and nightmares or no dreams at all, performing "sleep work"; impaired fixation-regression systems; insufficient preconscious functioning; presented conformity in the hope of acquiring a love of a group, team, by its facile nature, in order to somehow compensate for the lack of early maternal investment; weakness or almost no such protection mechanisms as stamping out and projection.

4. These patients have ill-expressed both clinical and onirical and representative activity experience of emotional pain (in this regard, such patients with the utmost care should be prescribed antidepressants, because thanks to them that patients are able to experience such conditions, but as it is for the first time in their lives, they lack the mental resources and their ability to withstand leads to increased risk of suicide).

5. When working with these patients in past medical history revealed an early separation from the mother, it can be argued about the presence of the "Grin white line" (with the presence of white hallucinations, white (non-delusional)

psychosis, mothers white depression), affective deprivation, Spitz anaclitic depression, F. Tyustin psychotic depression, of an unworked sorrow.

Conclusion

Therefore, further complex conceptual study of the organogenesis of mental and somatic disorders (definitely with the psychogenesis) could radically change the current understanding of physical and somatic relations, enable in a new way and more objective manner to approach the classification of psychosomatic disorders. This issue – is an issue of comorbidity of mental and somatic disorders.

References

1. Aleksander, F. (2009), *Psychosomatic Medicine (principles and application)* [*Psichosomaticheskaya meditsina (printsipy i primeneniye)*], EKSMO-Press, Moscow, 352 p.
2. Brüne, M., Belsky, J., Fabrega, H. (2012), "The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory", *World Psych.*, No. 11(1), pp. 55-57.
3. Cloninger, C.R., Cloninger, K.M. (2011), "Person-centered therapeutics", *Internat. Jour. of Person-centered Med*, No. 1, pp. 43-52.
4. Creed, F. (2006), "Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis?", *World Psych*, No. 5(3), Pp. 146-150.
5. Erlich, H.S. (2003), "Experience – What Is It?", *Int. Jour. of Psychoan*, No. 84 (5), pp. 1127-1247.

6. Fain, M. (1966), "Régression et psychosomatique", *Revue française de psychanalyse*, No 4, pp. 451-456.
7. Feldmann, C.T., Bensing, J.M. (2007), "Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice", *Patient Educ. Couns*, No. 3(65), pp. 369-380.
8. Ferenczi, S., Rickman, J. (1952), *Actual and psycho-neuroses in the light of Freud's investigations and psychoanalysis. Father Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*, Basic Books, New York, 360 p.
9. Freud, S. (1968), "Deuil et mélancholie (1917)", *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, pp. 147-446.
10. 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.*, No. 2, pp. 18-23.
11. Grassi, L., Mangelli, L., Fava, G.A. (2007), "Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V", *Jour. Affect. Disord*, No. 1-3 (101), pp. 251-254.
12. Green, A. (1993), *Le travail du négatif*, De Minuit, Paris, 398 p.
13. 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.*, No. 2, pp. 30-34.
14. Himelhoch, S., Weller, W.E., Wu, A.W. (2004), "Chronic Medical Illness, Depression, and Use of Acute Medical Services Among Medicare Beneficiaries", *Medical Care*, No. 6(42), pp. 512-521.
15. Klein, M. (1967), "Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934): Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs", *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, pp. 311-369.
16. Lacey, J.I. (1967), "Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory", *Psychological Stress: Issues in Research*, Appleton-Century-Crofts, New York, pp. 14-44.
17. Löwe, B., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (2008), "Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment", *Gen Hosp Psychiatry*, No. 30 (3), pp. 191-199.

18. Luriya, A.R. (1977), *Internal picture of disease and iatrogenic illnesses* [*Vnutrennyaya kartina boleznei i yatrogennye zabolevaniya*], Meditsina, Moscow, 112 p.
19. Marty, P. (1980), *Les mouvements individuels de vie et de mort. Vol. 2: L'Ordre psychosomatique*, Payot, Paris, 92 p.
20. Muller, J.E., Wentzel, I., Nel, D.G. (2008), "Depression and anxiety in multiform disorder: prevalence and clinical predictors in primary care", *South Afr. Med. Jour*, No. 6(98), pp. 473-476.
21. Smadja, C. (2001), *La vie opératoire*, P.U.F., Paris, 272 p.
22. Smadja, C. (2008) *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*, P.U.F., Paris, 241 p.
23. Smulevich, A.B., Dubnitskaya, E.B (2010), "Depressions in general medical network" ["Depressii v obshchemeditsinskoj seti"], *Psikh. rasstroistva v obshch. med.*, No. 1, pp. 4-13.
24. Spitz, R.-A. (1953), *La premiere annee de la vie de l'enfant*, P.U.F., Paris, pp. 119-121.
25. Valabrega, J.-P. (1965), "Introduction du concept de conversion psychosomatique dans la nosographie et la theorie psychanalytiques", *Rivista sperim. Freniatr.*, No. 1 (89), pp. 148-166.