ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра иностранных языков

Реферат

по английскому языку

для сдачи кандидатского экзамена

Тема: Этиология, патогенез и современные подходы исследования соматоформных расстройств

Автор:

аспирант кафедры общей и клинической психологии Мангушев Ф.Ю.

Научный руководитель:

зав.кафедрой общей и клинической психологии, профессор, д.пс.н. Василенко Т.Д.

Курск 2017

Рецензия на реферат «этиология, патогенез и современные подходы исследования соматоформных расстройств».

В реферате отражена проблема распространенности соматоформных расстройств. Отражены основные современные концепции этиологические причины данного заболевания, особенности протекания. Достаточно подробно рассмотрен биопсихосоциальный механизм формирования соматоформных расстройств. Адекватно представлена современная классификация данной группы расстройств. Считаю целесообразным и актуальным знакомство с иностранной литературой по данной тематике. Реферат написан на основе иностранных литературных источников.

Научный руководитель зав.кафедрой общей и  
 клинической психологии,  
 профессор, д.пс.н. Василенко Т.Д.

**Оглавление**

1. Общие сведения о соматоформных расстройствах………………………………..4
2. Современные научные представления о соматоформном расстройстве………….5
3. Этиология и патогенез соматоформных расстройств……………………………..12
4. Список используемой литературы………………………………………………….16

**Общие сведения о соматоформных расстройствах**

Соматические симптомы и связанные с ними расстройства - это группа психических расстройств, которые характеризуются соматическими симптомами или болезненным беспокойством по поводу своего соматического состояния. Соматоформное расстройство характеризуется наличием стойких физических симптомов для которых не существует (адекватного) медицинского объяснения [1]. Пациенты с данным видом расстройства имеют затруднения в повседневной жизни, что сказывается на нарушениях в социальной и профессиональной сфере [27]. При этом имеющиеся болезненные ощущения часто связываются с каким-либо заболеванием, при том, что психологическая основа заболевания отрицается [3]. Это приводит к частому посещению медицинских учреждений, и проведению, не менее дважды в год, расширенных диагностических осмотров [4].

К соматоформным расстройствам не относятся: конверсионные (диссоциативные) расстройства (F 44.-), нарушения речи по типу лепета и сюсюкания (F 80.0), кусание ногтей и сосание пальца и другие сходные состояния (F 98.8), тики (F 95.-), сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями (F 52.-), а также психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицируемыми в других рубриках (F 54), в том числе, наблюдаемые при бронхиальной астме (J 45.-), язве желудка (K 25.-), язвенном колите (K 54.-) или дерматитах (L 23.-… L 25.-) [1] [27].

**Современные научные представления о соматоформном расстройстве**

**•** Биопсихосоциальная модель соматоформного расстройства

Современная наука рассматривает многие психические расстройства, в том числе и соматоформное, как заболевания, в происхождение которых вносят вклад разные причины или факторы - биологические, психологические и социальные. Поэтому соматоформные расстройства требуют комплексного лечения - как медикаментозного, так и психотерапевтического [1].

То, что при соматоформном расстройстве не обнаруживаются органические причины, вовсе не означает, что биологические факторы никак не участвуют в развитии заболевания [27]. Как правило, это расстройство развивается в качестве реакции на реальные изменения соматического состояния в виде изменений в состоянии центральной нервной системы, а также эндокринной и иммунной. Эти изменения могут провоцироваться различными видами стресса: *социального* (потеря работы, экономический кризис, война), *интерперсонального* (конфликт в семье, с друзьями или на работе, тяжелая болезнь или утрата кого-то из близких и т.д.), *биологического* (остаточные последствия реального соматического заболевания). Биопсихосоциальная модель возникновения соматоформного расстройства предполагает, что воздействие психосоциальных факторов может провоцировать биологические изменения, в основе которых лежит определенная генетическая предрасположенность (например, конституционально пониженный порог болевой чувствительности, что может быть связано с пониженным содержанием эндорфинов в организме, являющихся естественным средством снижения болевых ощущений) [26, 25].

Гипофиз и гипоталамус являются центрами нервной системы, ответственными за высвобождения так называемых гормонов стресса (адреналина и кортизола), а также эндорфинов, необходимых для повышения болевого порога [3]. В условиях стресса происходит активация гипотало-гипофизарно-надпочечниковой системы, приводящая к повышению содержания кортизола в нашем организме, который служит адаптации к новой ситуации. В норме его содержание снижается на основе механизма обратной связи, когда стрессовая ситуация разрешается. Однако если тормозящий механизм такой обратной связи по каким-либо причинам нарушается, то организм продолжает работать в аварийном режиме и уровень кортизола не снижается. При длительном сохранении такого режима работы организма запасы кортизола истощаются и его уровень может резко понижаться. Соответственно, пациенты с соматоформными расстройствами демонстрируют либо резко повышенный, либо напротив, пониженный уровень кортизола [2,9].

Больные соматоформными расстройствами с множественными соматическими симптомами демонстрируют повышенный уровень кортизола по утрам (подобно больным депрессией). Хронические болевые синдромы и хроническая усталость, напротив, часто связаны с пониженным уровнем кортизола [3].

Определенные нарушения в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы могут быть связаны также с предшествующими жизненными стрессами. В случае повторных стрессов это уязвимое звено в реакциях адаптации на стресс может способствовать развитию соматоформного расстройства [4].

**•** Психологические факторы соматоформного расстройства.

Психологическая модель соматоформного расстройства, также как и в случае такого тревожного расстройства как панические атаки, основана на представлении о порочном круге тревоги, которая играет центральную роль в фиксации внимания на соматических ощущениях. При этом важно отметить, что большинство пациентов хорошо осознают описанные выше сомато-вегетативные симптомы и интерпретируют эти телесные ощущения как признаки грозного соматического заболевания. Эмоция же [тревоги](http://therapeutic.ru/psychic_tension), как правило, не осознается ими вообще [23,24].

Дело в том, что заболеванию, как уже говорилось выше, предшествуют определенные сдвиги в работе организма, которые могут иметь различную природу: переутомление вследствие перегрузок и длительного недосыпания; [злоупотребление алкоголем](http://therapeutic.ru/causation) или психоактивными веществами; различные соматические заболевания; переживания интенсивных отрицательных эмоций, в том числе и в межличностных конфликтах. [21] Все эти физические и психологические стрессоры вызывают изменения в состоянии вегетативной нервной системы и как следствие этого - изменяют обычное течение физиологических процессов в организма. Например, на фоне переутомления может возникнуть состояние слабости с головокружением, при приеме психоактивных веществ - учащенное сердцебиение, тошнота, дрожь; после бурной ссоры - учащенное сердцебиение, дрожь, нехватка воздуха. Человек замечает эти сдвиги и может реагировать на них по-разному. Одна из возможных реакций - «Со мной что-то не так! С моим организмом происходит что-то опасное!». Такая мысль неизбежно порождает чувство тревоги. Тревога, в свою очередь, как и всякая другая эмоция, сопровождается интенсивными физиологическими изменениями. На фоне выброса адреналина появляются учащенное сердцебиение, одышка, дрожь и т.д. Эти симптомы тревоги суммируются с изначальными легкими физиологическими сдвигами и приводят к их усилению [23,24].

На самом деле, тяжелого соматического заболевания нет, а работает так называемый ***порочный круг тревоги:*** *физиологические сдвиги на фоне обычных стрессоров* - *мысль о неблагополучии* - *тревога* - *усиление физиологических проявлений* - *тревожные прислушивание к неприятным ощущениям и даже в их отсутствии постоянные проверки состояния организма* - *провокация, усиление и фиксация телесных ощущений* [26]*.*

Таким образом, постоянные прислушивания к организму могут приводить к еще большему усилению различных болевых и неприятных ощущений - включается так называемый **механизм *сомато-сенсорной амплификации.***Предпосылкой такого рода поведения является повышенный уровень тревоги. Высокая тревожность, в свою очередь, может быть связана с различными обстоятельствами и стрессами, имевшими место в разные периоды жизни человека.

Другим важным фактором фиксации на телесных ощущениях являются ***трудности в регуляции эмоций.*** Дефицит навыков эмоциональной саморегуляции выражается в трудностях распознавания и психологической переработки эмоций. Такого рода трудности ведут к постоянному накоплению негативных эмоций и высокому уровню стресса, способствующего сохранению аварийного режима работы организма даже в спокойных или нейтральных ситуациях. Таким образом, нарушения эмоциональной саморегуляции являются важным фактором соматизации - *склонности переживать психологический стресс на физиологическом уровне* [26]*.*

Еще одной психологической причиной соматизации может быть неадекватное *представление* О *хорошем здоровье как состоянии полного отсутствия каких-либо телесных проблем.* Это ведет к фиксации внимания на неизбежных ситуативных неполадках и отклонениях в функционировании организма, а в конечном счете к хронификации соматических симптомов.

Источником повышенного внимания к состоянию организма может быть негативный прошлый опыт: наблюдение тяжелых болезней у родственников, такие критические жизненные события как смерть кого-то из близких, а также опыт нарушения телесных границ в виде физического и сексуального насилия.

Фактором соматизации и трудностей в регуляции эмоций могут быть недостаточная родительская забота в детстве и различные психические травмы (разлука с близкими, алкоголизация и насилие в семье), о которых далеко не всегда помнят и часто не сообщают сами пациенты, склонные полностью локализовать проблему в своем физическом недомогании. При целенаправленных расспросах обнаружено, что в жизненной истории больных соматоформными расстройствами повышена частота подобных стрессогенных событий [12].

**•** Социальные факторы соматоформного расстройства

Распространение соматоформного расстройства в современной цивилизации можно связать с целым рядом особенностей нашей культуры. Прежде всего, это высокий уровень стрессогенности жизни - ее высокий темп, частые перемены, интенсивные нагрузки, недостаточная социальная защищенность многих людей. Высокому уровню тревожности способствуют также некоторые ценности современной культуры: культ успеха и благополучия при высоком уровне конкуренции между людьми заставляют их скрывать свои трудности, жить на пределе сил, мешают вовремя обратиться за помощью [2,19].

Важно также упомянуть, что сами медицинские работники бывают недостаточно подготовлены для работы с такими пациентами и зачастую дополнительно фиксируют внимание пациента на соматическом здоровье, назначая бесконечные обследования и своевременно не информируя больных о функциональной природе их состояния. Внимание к телесным ощущением может быть также результатом научения, когда имеет место повышенная озабоченность здоровьем у кого-то из ближайшего окружения.

Концептуализация соматоформных расстройств как «необъяснимых» ставится под сомнение благодаря нейрофизиологическим данным о функциональных соматическим симптомам [5]. Нейробиологическая структура, опосредуемая правым полушарием, крупномасштабная дисфункция всей сети головного мозга, могут играть значительную роль в нейробиологии соматоформного расстройства расстройства [6]. Сообщения пациентов о боли отражает динамическое взаимодействие ЦНС с ощущениями, но также с текущим контекстом и предшествующими (неблагоприятными) жизненным опытом. Восприятие боли требует нейропластичности, в результате чего повторная сенсорная информация о неблагоприятном событии приводит к формированию устойчивого механизма действия (снижение ответа) и, в более тяжелых и хронических случаях, парадоксальной реакции «недостаток боли» (анестезия, анальгезия, параличи) [7] или повышенной чувствительности к болевым ощущениям. Осведомленность и когнитивный контроль могут играть важную роль в нейробиологии соматосенсорного усиления ощущений [8]. Были обнаружены нейронные корреляты в областях, важных для моторного планирования, вегетативного ответа, а также в областях, участвующих в оценке и обработке эмоциональных ситуаций и воспоминаний, например таких как эмоциональная травма [9]. Особенным образом протекает обработка различных сфер функционирования, включая, но не ограничиваясь ими, эмоциональные, социальные области собственности и владения, которые кажутся взаимосвязаны в здоровом контроле, но отключены при психическом расстройстве или при неврологическом. Это отключение между областями функционирования может наблюдаются у пациентов, имеющих трудности с «проницательностью», «оперативным мышлением» и испытывающих трудности с «эмоциональным сознанием», «аффективной обработкой» или эмоциональной самореференцией [10].

Эти результаты согласуются с мнением о том, что соматоформные расстройства связаны с дефицитом в психологическом мышлении [11]. Холл [12] определил психологическое мышление (ПМ) как «заинтересованность и способность рефлексивности психологических процессов, отношений и значений, а также к аффективным и интеллектуальным аспектам». Однако, чтобы отразить психологические процессы, нужно обладать достаточно развитым эмоциональным сознанием; Умение распознавать и описывать эмоции в себе и других [13]. Лейн [13] описал пять уровней эмоционального осознания, которые отражают различия в степени дифференциации и интеграции схем, используемых для обработки эмоциональной информации. На нижних уровнях эмоционального осознания, эмоциональные реакции ощущаются как телесные ощущений или двигательные проявления. На высших уровнях эмоции обработаны явным образом и дифференцированы, но также интегрированы в сложные соединения. Явная обработка эмоций связана с десоматизацией [13], то есть к способности сознательно распознавать, вербализовать и иметь, а не воспринимать их в первую очередь, телесные симптомы. Исследования показали, что пациенты с соматоформным расстройством, по сравнению с пациентами с другими психиатрическими диагнозами, имеют значительно более низкие уровни эмоционального сознания [14,15,23,24].

**Этиология и патогенез соматоформных расстройств**

Выделяют три группы факторов, провоцирующих развитие соматоформных расстройств: наследственно-конституциональные, психоэмоциональные и органические. К числу наследственно-конституциональных факторов относят генетически обусловленный уровень реактивности нервной системы и определенные особенности характера, в том числе – склонность к [астении](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/asthenia), дисфории и [истерии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/hysterical-psychopathy). Пациенты с соматоформными расстройствами часто отличаются повышенной чувствительностью, робостью и быстрой истощаемостью. Нередко наблюдаются «прирожденный пессимизм» и демонстративность поведения [16,22].

Психоэмоциональные факторы – внешние факторы, оказывающие влияние на эмоциональную сферу, формирование паттернов поведения, представлений о мире и о себе. В число психоэмоциональных факторов, провоцирующих развитие соматоформных расстройств, включают острые и хронические психотравмирующие ситуации, особенности воспитания, условия в семье, атмосферу в коллективе, уровень и характер профессиональных нагрузок и т. П. Острой психотравмирующей ситуацией может стать потеря близкого человека, участие в криминальном инциденте, автокатастрофа, стихийное бедствие или военные действия [3].

Промежуточную позицию между острыми и хроническими психическими травмами, становящимися толчком для возникновения соматоформных расстройств, занимают ситуации разорения, потери социального положения и неудачи при попытке профессиональной реализации. Хронические психические травмы появляются в обстоятельствах постоянного перенапряжения, завышенных требований, отсутствия эмоциональной поддержки, несоответствия актуальных потребностей и объективных условий внешней среды. Особую значимость в развитии соматоформных расстройств имеют травмы детского возраста – ситуации лишения (эмоциональное отвержение, недостаток контакта с взрослыми, отсутствие заботы) и ситуации изобилия (положение кумира семьи) [8].

Возникновению расстройства способствует отношение к чувствам в семье или социуме. Отмечено, что соматоформные расстройства чаще диагностируются у людей, выросших в семьях, где было принято скрывать свои чувства, и у представителей фундаменталистских религиозных движений. К числу органических факторов, способствующих развитию соматоформных расстройств, относят осложнения беременности, перенесенные травмы, инфекционные и соматические заболевания [26].

У ученых нет единого мнения по поводу природы соматоформных расстройств. Одни [психиатры](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/) рассматривают подобные расстройства преимущественно как проявления скрытой [депрессии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/depression), другие считают, что их следует относить в группу [диссоциативных расстройств](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/dissociative-disorder). Однако, и те, и другие полагают, что у лиц с данным расстройством снижен порог переносимости при восприятии физического дискомфорта. То, что другие люди ощущают, как напряжение, больные с соматоформным расстройством трактуют, как боль. Со временем эта трактовка подкрепляется внутренними установками и убеждениями – пациент уже чувствовал боль, снова ждет боли, поэтому рассматривает любой неприятный телесный сигнал, как боль [19].

Симптомы соматоформных расстройств

Выделяют 5 видов соматоформных расстройств: ипохондрическое, соматизированное, [хроническое соматоформное болевое](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/somatoform-pain-disorder), недифференцированное соматоформное расстройство и [соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/somatoform-autonomic-dysfunction) [27].

**Ипохондрическое расстройство** проявляется выраженными опасениями за наличие тяжелого неизлечимого заболевания, например, рака или прогрессирующей [ишемической болезни](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/ischemic_heart), которая якобы в любой момент может стать причиной [инфаркта](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/myocardial_infarction) и смерти больного. «Предположительный диагноз» пациента зависит от имеющихся симптомов. Отличительными признаками этой разновидности соматоформного расстройства являются многочисленные [сенестопатии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/senesthopathy), постоянные опасения по поводу своего здоровья и сопутствующие аффективные нарушения – тревога, печаль, безнадежность, уныние. На этом фоне часто развиваются характерные ипохондрические депрессии.

Пациенты с данным соматоформным расстройством очень настойчивы в своем стремлении выявить свою якобы неизлечимую болезнь и найти профессиональную помощь. Побуждаемые тревогой и страхом за свое здоровье, они снова и снова обращаются к различным врачам, просят или требуют провести повторные обследования. Еще одной характерной особенностью данной разновидности соматоформного расстройства является неустойчивость представлений о наличии и тяжести заболевания. «Предположительный диагноз» может меняться: сегодня больной с ипохондрическим соматоформным расстройством больше переживает по поводу ишемической болезни, через месяц – по поводу возможного инсульта или [рака простаты](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/prostate-cancer). Меняется и уровень опасений: сегодня пациент считает, что конец близок, и полностью погружен в ипохондрические переживания, завтра надеется, что «какое-то время протянет» [1, 26,27].

**Соматизированное расстройство** – разновидность соматоформного расстройства, при котором внутрипсихические конфликты выражаются на уровне тела, в виде соматических симптомов. Отличается от ипохондрического расстройства эмоциональным восприятием и трактовкой патологических проявлений. Больной с ипохондрическим соматоформным расстройством боится за свое здоровье, тревожится по поводу неминуемой смерти или тяжелых страданий. Пациент с соматизированным расстройством убежден, что его боль обусловлена соматическим заболеванием, а задача врачей – выявить это заболевание и предоставить соответствующую помощь.

Больные с этим соматоформным расстройством крайне негативно реагируют на попытки специалиста указать на психологическую природу их симптомов. Они отрицают наличие психологической проблемы и нередко конфликтуют с врачами. Жалобы при данном соматоформном расстройстве разнообразные, нетипичные для соматического заболевания, но достаточно постоянные по сравнению с [ипохондрическим расстройством](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/hypochondria). Соматизированное расстройство сопровождается устойчивым снижением настроения, возможна депрессия или повышенная тревожность [6,10].

**Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы** – соматоформное расстройство, сопровождающееся возникновением вегетативных симптомов. Обусловлено нарушением деятельности органов, управляемых вегетативной нервной системой. Жалобы изменчивые, неспецифические. Возможны боли в сердце, [тахикардия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/tachycardia), нарушения мочеиспускания, одышка, [потливость](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/hyperhidrosis), нарушения работы ЖКТ, повышение температуры до субфебрильных цифр, колебания АД и другие патологические проявления. [10]

Как и при других соматоформных расстройствах, пациенты связывают свои симптомы с каким-то соматическим заболеванием, однако устойчивый страх перед неизлечимой болезнью (как при ипохондрическом расстройстве) или конфликтность и убежденность в чисто соматической природе симптомов (как при соматизированном расстройстве) выражены менее ярко. Как и в остальных случаях наблюдается непризнание психологической природы соматоформного расстройства, но реакция на сообщение врача об отсутствии физических нарушений чаще протекает по астеническому типу.

**Хроническое соматоформное болевое расстройство** проявляется постоянными болями. Боли при этом соматоформном расстройстве изнуряющие, мучительные, возникают без видимой причины, локализуются в одном и том же месте, обычно – в области сердца или желудка. Характер болей практически не меняется с течением времени, вегетативные и неврологические нарушения отсутствуют.

**Недифференцированное соматоформное расстройство** – расстройство, при котором пациенты предъявляют многочисленные жалобы, характерные для группы соматоформных расстройств, однако эти жалобы не укладываются в клиническую картину перечисленных выше разновидностей заболевания.

**Список используемой литературы**

1. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Revised Edition, International Version, Washington, DC.
2. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW (2005) Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psychiatry 62: 903-910.
3. Boeckle M, Liegl G, Jank R (2016) Neural correlates of conversion disorder: Overview and meta-analysis of neuroimaging studies on motor conversion disorder. BMC Psychiatry 16: 195.
4. Bourke JH, Langford RM, White PD (2015) The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. J Psychosom Res 78: 228-236.
5. Flor-Henry P. et al. A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria // Biological psychiatry, 1981, vol. 16, pp. 601-626
6. Guse S. B. Genetics of Briquet’s syndrome and somatization disorder // Annals of Clinical Psychiatry, 1993, vol. 5, pp. 225-230
7. Garralda ME (2011) Unexplained physical complaints. Pediatr Clin North Am 58: 803-813.
8. Hall JA (1992) Psychological-mindedness: A conceptual model. Am J Psychother 46: 131-140.
9. Hanback J. W., Revelle W. Arousal and perceptual sensitivity in hypochondriacs // J. of Abnormal Psychology, 1978, vol. 87, pp. 523-530
10. Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ (2009) Somatization increases disability independent of comorbidity. J Gen Intern Med 24: 155-161.
11. H. P. et al. Somatoform disorders – diagnostic concepts, controlled clinical trials, methodological issues // Pharmacopsychiatry, 1994, vol. 27, pp. 231-237
12. Kirmayer L. J. et al. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress // J. of Abnormal Psychology, 1994, vol. 103, pp. 125-136
13. Lane RD (2008) Neural substrates of implicit and explicit emotional processes: A unifying framework for psychosomatic medicine. Psychosom Med 70: 214- 231.
14. Livingstone R. et al. Families who somatize // Development and Behavioral Pediatrics, 1995, vol. 16, pp. 42-46.
15. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, et al. (2010) Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. Am J Psychiatry 167: 640-647.
16. Northoff G, Heinzel A, de Greck M, Bermpohl F, Dobrowolny H, et al. (2006) Self-referential processing in our brain--a meta-analysis of imaging studies on the self. Neuroimage 31: 440-457.
17. Perez DL, Barsky AJ, Vago DR, Baslet G, Silbersweig DA (2015) A neural circuit framework for somatosensory amplification in somatoform disorders. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 27: e40-50.
18. Perez DL, Barsky AJ, Daffner K, Silbersweig DA (2012) Motor and somatosensory conversion disorder: A functional unawareness syndrome? J Neuropsychiatry Clin Neurosci 24: 141-151.
19. Rief W. et al. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population // Psychosomatic medicine, 2001, vol. 63, pp. 595-602.
20. Saxe G. N. et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients // American Journal of Psychiatry, 1993, vol. 150, pp. 1037-1042
21. Subic-Wrana C, Bruder S, Thomas W, Lane RD, Köhle K (2005) Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: A comparison of two different measures of alexithymia. Psychosom Med 67: 483-489.
22. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders // Archives of General Psychiatry, 1986, vol. 43, pp. 502-505
23. Vingerhoets A. J. J. M. et al. Alexitimia: A future exploration of its nomological network // Psychotherapy and Psychosomatics, 1995, vol. 64, pp. 32-42 Volz
24. Wittling W. et al. Topographic brain mapping of emotion-related activity // Imaging of the brain in psychiatry and related fields. Berlin, Springer, 1993. Pp. 271-276
25. Waller E, Scheidt CE (2006) Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. Int Rev Psychiatry 18: 13-24.
26. World Health Organization. The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Switserland, Geneva: World Health Organization; 2001.
27. World Health Organization. The world health report 2003: shaping the future. Switserland, Geneva: World Health Organization; 2003.