

Динамика проявлений психовегетативных расстройств у детей и подростков

© А.А. СЕВЕРНЫЙ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Установить особенности проявлений психовегетативных расстройств у детей и подростков на протяжении длительного наблюдения.

Материал и методы. Обследованы 102 ребенка с функциональными вегетосоматическими расстройствами с последующим наблюдением от 3 до 14 лет. Применяли клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, когортно-динамический методы.

Результаты и заключение. Функциональная вегетосоматическая патология у детей и подростков протекает в виде психовегетативного симптомокомплекса. На начальном этапе в дошкольном возрасте психопатологический компонент носит «маскированный» характер, а в последующем, усложняясь и углубляясь, выходит в клинической картине на первый план. В подростковом возрасте вегетосоматическая симптоматика сглаживается, в то время как психопатологический компонент определяет клиническую картину с последующей возможной «санацией» состояния. Применение психотерапии позволяет корректировать психопатологические расстройства и контролировать вегетосоматическую симптоматику.

Ключевые слова: дети и подростки, соматовегетативная патология, психовегетативный симптомокомплекс, возрастная динамика.

Сведения об авторе:

Северный Анатолий Алексеевич — e-mail: acpp@inbox.ru

Как цитировать:

Северный А.А. Динамика проявлений психовегетативных расстройств у детей и подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2019;119(7, вып. 2):13-19. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911907213>

The dynamics of the manifestations of psychovegetative disorders in children and adolescents

© А.А. SEVERNYY

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Abstract

Objective. To establish the features of the manifestations of psychovegetative disorders in children and adolescents throughout a long follow-up period.

Material and methods. In the pediatric hospital, 102 patients with functional somatic/vegetative disorders with the follow-up from 3 to 17 years were examined. The study used clinical-psychopathological, clinical-follow-up, cohort-dynamic methods.

Results and conclusion. Functional vegetative-somatic pathology in children and adolescents proceeds in the form of a psychovegetative syndrome. At the manifestation stage in preschool childhood, the psychopathological component is «masked» in nature and later becomes more complex in the clinical picture. In adolescence, the vegetative-somatic symptoms are smoothed out, while the psychopathological component determines the clinical picture with the subsequent possible «normalization» of the condition. The use of psychopharmacological therapy allows treatment of psychopathological disorders and control of vegetative-somatic symptoms.

Keywords: children and adolescents, somatic-autonomic pathology, psychovegetative syndrome, age dynamics.

Information about the author:

Severnnyy A.A. — e-mail: acpp@inbox.ru

To cite this article:

Severnnyy AA. The dynamics of the manifestations of psycho-vegetative disorders in children and adolescents. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii im. S.S. Korsakova.* 2019;119(7, vyp 2):13-19. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201911907213>

Автор, ответственный за переписку: Северный Анатолий Алексеевич — e-mail: acpp@inbox.ru

Corresponding author: Severnnyy A.A. — e-mail: acpp@inbox.ru

Приводимые в литературе [1—5] данные свидетельствуют о широкой распространенности у детей и подростков психосоматической патологии, понимаемой как психические расстройства пограничного уровня, которые проявляются функциональными вегетосоматическими симптомокомплексами. Последние представлены в любой органно-физиологической системе с определенной спецификой, свойственной детскому возрасту. Авторы подавляющего большинства работ трактуют данные расстройства исключительно с психогенетических позиций [1, 5—9], исходящих из классических психоаналитических исследований [10—12], и исключительно в рамках депрессивного синдромального спектра [1, 5, 6, 13, 14]. Однако наш клинический опыт, основанный на многолетних обследованиях (психопатологическая и патопсихологическая характеристика, анализ наследственности и внутрисемейной структуры) детей и подростков в возрасте от 1 года до 17 лет с разнообразной функциональной соматовегетативной патологией на базе многопрофильной педиатрической клиники¹, позволил выявить синдромальное многообразие такого рода патологии.

Были выделены аффективные симптомокомплексы, преимущественно депрессивные, в том числе биполярные (53,39%); аффективно-бредовые, в том числе с галлюцинациями и элементами психического автоматизма (8,10%); личностные, в том числе кризовые (14,44%); невротические и неврозоподобные (14,22%); психоорганические, в том числе эпилептиформные (9,85%) [15]. В нозологическом плане также присутствует разнообразие: от невротических расстройств и личностных девиаций до фазно-циркулярных и шизоаффективных процессов, а также состояний декомпенсации резидуально-органической церебральной недостаточности.

В целом функциональные соматовегетативные расстройства могут рассматриваться в рамках частного варианта психопатологического диатеза [16], а именно психовегетативного диатеза, трактуемого нами как клинические проявления многофакторной наследственно-конституциональной предрасположенности к психическим (преимущественно аффективным) и функциональным соматовегетативным расстройствам. Эти расстройства протекают в виде фаз и реакций на фоне дизонтогенетических нарушений и онтогенетических кризовых влияний в условиях предрасполагающих семейных и других микросоциальных воздействий, причем регуляторные расстройства, связанные с эмоциональной сферой, могут сочетаться с конституциональными (врожденными) органами аномалиями [15]. Подобный подход к изучаемым расстройствам соответствует биопсихосоци-

альной модели, согласно которой в развитии болезни или какого-либо расстройства у пациента играют важную роль как биологические (генетические, анатомические, физиологические, биохимические и др.) нарушения, так и психологические (включающие в себя мышление, эмоции и поведение больного) и социальные факторы (в частности, социально-экономические, социального микроокружения, культурные) [17].

При этом остается недостаточно изученным вопрос о динамике психовегетативного симптомокомплекса на протяжении длительного наблюдения, при смене возрастных периодов у больных детей. Несмотря на важность такого наблюдения для прогноза заболевания и организации адекватной комплексной коррекции психовегетативных расстройств у этого контингента больных, нам встретились лишь единичные источники литературы (но без подробного психопатологического анализа) с целенаправленным исследованием проблемы [18, 19].

Цель работы — установление особенностей проявлений психовегетативных расстройств у детей на разных возрастных этапах с оценкой влияния возрастных периодов на протяжении длительного наблюдения.

Материал и методы

Обследовали 102 больных: 40 детей дошкольного возраста (4—6 лет) и 62 подростка². Использовали клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и когортно-динамический методы. Минимальная длительность катамнестического наблюдения составила 3 года, максимальная — 14 лет.

Результаты и обсуждение

Психовегетативный симптомокомплекс с функциональной пароксизмальной тахикардией (ПТ)

Наблюдали 15 подростков в возрасте 12—17 лет и 10 детей до 7 лет с функциональной ПТ. Было установлено что для детей ранней возрастной группы в доманифестном периоде (до первого приступа ПТ) характерны те или иные искажения раннего развития, чаще в виде асинхронии и диссоциированности, а также синдромально неформленные эпизодические или перманентные психовегетативные расстройства. Для дошкольного возраста наиболее типичны аффективные расстройства преимущественно биполярного типа различной глубины — от стертых до типичных «витальных» депрессий и маниакальных состояний (в единичных случаях), а также проявлений аффек-

¹МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ, с 2014 г. Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтишева.

²Гендерные характеристики не приведены, так как значимых различий по данному параметру не выявлено.

тивной циркадности в рамках личностных, чаще шизоидных особенностей, с отчетливым преобладанием депрессивного полюса. Для депрессий в этом возрасте характерны многообразие и изменчивость патологического аффекта (сочетание гипотимии с адинамией, тревогой, страхом с политематичными фобиями). В ряде случаев проявлялся стертый бредовой компонент в сложном аффективном (депрессивном или маниакальном) синдроме. В отдельных случаях можно говорить об аффективных эквивалентах эпилептиформных состояний, полиморфных расстройствах с невротической картиной (страхи, навязчивости и т.п.) или галлюцинаторно-бредовыми феноменами.

В подростковой группе полиморфизм симптоматики уменьшался, доминирующее положение занимали депрессивные расстройства различной глубины, но более мономорфные, чем в младшей возрастной группе; являлись более грубыми шизоидные личностные проявления в сочетании с кризоспецифической симптоматикой, которые часто трудно отличимы от симптомов эндогенной процессуальности. В единичных случаях наблюдалась симптоматика, характерная для эпилептиформных возрастных кризовых или невротических расстройств. У некоторых больных к подростковому возрасту формируется отчетливая личностная патология, чаще шизотимного круга, сочетающаяся с кризоспецифическими полиморфными расстройствами (страхи, колебания аффекта, поведенческие отклонения и т.п.).

При сопоставления динамики функциональной вегетативной патологии и психопатологической симптоматики прослеживалась отчетливая связь между частотой и тяжестью приступов кардиоаритмии, их редукции или стабилизации и колебаниями психического статуса, его стабилизацией, переходом в редуцированные состояния или практической санацией.

Психовегетативный симптомокомплекс с функциональной гипертермией

В группу с функциональной гипертермией [20] были включены 25 больных: 10 детей до 7 лет, 15 подростков 12—17 лет. Доманифестные психические расстройства (при манифесте в виде функциональной гипертермии) были чрезвычайно полиморфны. Отмечались и грубые личностные, и поведенческие девиации, и аффективные расстройства ситуационного и фазного характера, и пароксизмальные синдромы, и состояния невротического типа, в том числе различные, преимущественно двигательные, навязчивости. Наиболее характерными проявлениями были различные страхи — от ситуационных и так называемых «физиологических» до отчетливо бредовых с соответствующим защитным поведением, иллюзорными и галлюцинаторными обманами восприятия. Обращает на себя внимание и значительная частота в доманифестном периоде патологических ощущений, никак не связанных с физическими заболева-

ниями, которые можно трактовать как сенестопатии, в том числе сенесталгии. Это важно, поскольку в манифестных состояниях и в последующем именно особые патологические ощущения (как на фоне гипертермии, так и вне ее) являются наиболее типичными психопатологическими симптомами у этих больных.

В целом в младшей возрастной группе психопатологические расстройства в манифестном приступе были синдромально полиморфны (адинамические или тревожно-депрессивные состояния, с сенестопатиями и без них, страхи с иллюзорными обманами, невротические реакции). С возрастом этот полиморфизм резко нарастал, но одновременно отчетливо выявлялось преобладание синдромов с ведущей сенестопатической симптоматикой (преимущественно депрессии различного типа и депрессивно-бредовые состояния). Кроме того, наблюдались разнообразные симптомы невротического круга, в том числе навязчивости, полиморфные шизофреноподобные галлюцинаторно-бредовые расстройства, пароксизмальные состояния (синкопы, приступы Клооса).

В старшей возрастной группе определялись состояния астенической несостоятельности [21], которые также относятся к депрессивному кругу. Но и здесь преобладали сенестопатические депрессии, в частности депрессии с ипохондрической симптоматикой, суицидальными тенденциями, более отчетливо выраженными идеями отношения. Как правило, вегетативная симптоматика в виде функциональной гипертермии полностью редуцировалась либо проявлялась кратковременными эпизодами в периоды обострений.

Психовегетативный симптомокомплекс с функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта

Были обследованы 29 больных (12 детей до 7 лет и 17 подростков 12—17 лет) с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта (различного рода дискинезии, рефлюксы, синдром раздраженного толстого кишечника и т.п.).

Доманифестные психические расстройства (при манифесте в виде гастроэнтерологической симптоматики) протекали в этой группе как эпизодически, так и перманентно в рамках личностно-невротического, аффективного или невротического регистра. Как и в предыдущей группе, преобладали патологические ощущения, имитирующие физические заболевания. Наиболее характерными были кишечные колики, проявления синдрома раздраженного кишечника с нарушениями периодичности стула, разнообразными тягостными ощущениями в области живота (распирание, бурление и т.п.). В манифестных состояниях и в последующем подобные ощущения были наиболее типичными, становясь проявлением сенестопатической симптоматики. Выявлялись также многообразные страхи различной глубины — от ситуационных до бредоподобных.

В младшей возрастной группе психопатологические расстройства в манифестном приступе носили характер сенестопатических депрессивных состояний с разнообразным, преимущественно тревожным, типом аффекта. Возникали и расстройства невротического круга (обсессивные, астенодинамические).

В старшей возрастной группе также доминировали сенестопатические депрессии, однако ярче проявлялась депрессивная симптоматика различного типа (тоскливо-витальная, тревожная и пр.), в том числе состояния астенической несостоятельности, ипохондрические депрессии, а также депрессии с анорексически-булимическими расстройствами, суицидальными тенденциями, идеями отношения. Локализация сенестопатий менялась с распространением на другие области (цефалгии, кардиалгии и др.).

Психовегетативный симптомокомплекс с полиморфными вегетосоматическими расстройствами

В группе больных с полиморфными вегетосоматическими расстройствами (вегетососудистая дистония — ВСД; функциональные кожные нарушения, дыхательные псевдоастматические приступы и др.) наблюдались 25 пациентов: 10 дошкольников до 7 лет и 15 подростков 12—17 лет.

Отсутствие доманифестных психопатологических расстройств и личностных и поведенческих девиаций было выявлено лишь у 2 больных. При этом отмечался наибольший полиморфизм доманифестных психопатологических расстройств без заметного преобладания какой-либо симптоматики. Манифестация вегетативных расстройств протекала на фоне усиления предшествовавшей психопатологической симптоматики в виде острого психовегетативного приступа, напоминающего панические атаки (тревожные раптоидные состояния) у взрослых, нередко сопровождавшегося танатофобией. По сравнению с другими группами у пациентов были более выражены различные проявления деперсонализационных расстройств, прежде всего соматопсихической деперсонализации.

В подростковом периоде определялись принципиально сходные с другими группами возрастные динамические особенности, в том числе отчетливая зависимость вегетативной и психопатологической симптоматики с преобладанием в клинических проявлениях последней. В целом не обнаруживалось подобной зависимости лишь у $\frac{1}{10}$ больных. Наиболее показательной такая зависимость была при параллельном (психотропном и вегетотропном) эффекте психотерапии — как положительном (в случае эффективного лечения), так и отрицательном (при его отмене).

Таким образом, в целом анализ данных когортно-катамнестического обследования подтверждает закономерности, выявленные в различных возрастных группах больных. В процессе взросления больных и

по мере редукции вегетативных проявлений психовегетативного диатеза на первый план выходят собственно психопатологические расстройства, которые в дальнейшем приобретают более мономорфный и в большинстве случаев редуцированный характер (стертые аффективные нарушения, невротические и невротоподобные проявления, поведенческие расстройства, умеренная специфическая эндогенная дефицитарная симптоматика, церебрастенические признаки). Лишь в единичных случаях расстройств сердечного ритма отмечалось обратное соотношение: сохранение приступов аритмии при значительном редуцировании психопатологических проявлений. Также в единичных случаях после длительной устойчивой ремиссии с редукцией как соматовегетативных, так и психопатологических расстройств возникали эксцессивные психопатологической симптоматики аффективного и шизоаффективного круга на амбулаторном уровне.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Х., 2001 года рождения. Наблюдался психиатром с 13.06.06 в МНИИ педиатрии и детской хирургии, куда был госпитализирован в связи с обострениями кожного заболевания.

Наследственность: по линии отца — дед и дядя страдали алкоголизмом в запойной форме, лечения не получали. У бабушки — гипертоническая болезнь. Отец, 47 лет, с высшим инженерным образованием, неудачно вместе с женой занимался предпринимательством, несколько лет не работал. Характером необщительный, с детьми строгий, но заботливый, любящий.

По линии матери — дед пил запоями, не лечился, бросил семью. Мать, 44 года, со средним экономическим образованием, работала продавцом. После неудачи с предпринимательством находится длительно без работы. Страдает гипертонической болезнью, приступами тахикардии, нарушениями сна, ожирением. Лечилась в Институте питания. По характеру общительная, жизнерадостная, бесконфликтная. Супруги браком довольны, обстановка в семье спокойная.

Брат, 25 лет, здоров, характером в мать.

Больной родился от 6-й беременности (4 медицинских аборта), протекавшей с токсикозом в 1-й половине, с угрозой выкидыша, с реус-конфликтом, с неоднократными стационарированиями для сохранения беременности. В срочных родах отслойка плаценты, экстренное кесарево сечение. Состояние новорожденного без осложнений. Легкое опережение в физическом развитии при отставании развития речи (фразы с 3 лет, выраженная дислексия). С раннего возраста отличался повышенной подвижностью, общительностью, улыбчивостью, жизнерадостностью, одновременно требовательностью, настойчивостью, избирательным аппетитом. При этом был избыточ-

но привязан к матери, «ныл» в ее отсутствии, до 3 лет спал только вместе с ней. Уже с 1-го года жизни отмечались сезонные изменения настроения: весной и осенью становился обычно раздражительным, с проявлениями недовольства. Тогда же начались проявления атопического дерматита с распространенными высыпаниями, ночным зудом, с сезонными весенне-осенними обострениями.

С 4 лет в периоды кожных обострений проявлялись все более выраженные и продолжительные вспышки раздражения, недовольства с нытьем, криком, словесной и физической агрессией (ругался, кусался, избивал мать руками и ногами). По вечерам становился резко возбужденным, «бешеным», с избыточно повышенным настроением, аппетитом, гиперактивностью. Одновременно учащался ночной энурез, ухудшалось засыпание, боялся спать один, говорил, что его может «укусить дракон». Во сне разговаривал, скрипел зубами. По утрам наблюдалось особенно сниженное настроение, плохой аппетит. С 5 лет появился воображаемый «друг Ник», с которым подолгу вслух «разговаривал по телефону», заявлял, что тот приходит к нему, ездит с ним на машине (хотя не видел его).

При обследовании 13.06.06 (6,5 года): невысокого роста, нормостенического телосложения, пониженного питания. На коже ягодиц и бедер высыпания с расчесами. Быстро движется, хватает игрушки и тут же бросает, начинает ныть, ложится на диван, капризным голосом требует внимания матери. В беседе оживляется, охотно общается, рисует, фантазирует о «друге Нике», который «живет в деревне, любит играть с детьми, ездит на машине». Фантазии бедные, однообразные. Речь дислаличная, мало понятная. Предоставленный себе, начинает и бросает то одну игру, то другую. Легко раздражается, дергает мать. Легко плачет при упоминании о медицинских процедурах, «уколах».

Параклинические обследования (ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ и др. без существенных отклонений от нормы).

В последующем получал психотропную терапию пипазидолом (до 75 мг/сут) и сонапаксом (до 75 мг/сут) в зависимости от психического состояния. Сохранялись сезонные обострения (весна—осень) со снижением настроения, вялостью по утрам, возбуждением к вечеру, беспричинным плачем, острым недовольством, вплоть до агрессии (в основном в отношении матери), нарушениями сна. На этом фоне очень часто болел ОРВИ, также отмечались подъемы температуры без воспалительных проявлений. Одновременно обострялись проявления атопического дерматита, по поводу чего применялась местная терапия. В летнее и зимнее время преобладали периоды приподнятого настроения. После 10 лет кожные высыпания практически прекратились. Периоды нарушенного настроения сохранялись, но его проявления постепенно смягчались, упорядочилось поведение, состо-

яние корректировалось теми же препаратами в меньших дозах. С 13 лет, как уверяет, «перестал общаться с Ником», понимал, что это была его фантазия. С января 2018 г. (17 лет) — без психотропной терапии. Удовлетворительно окончил 9 классов, поступил в информационный колледж. К пубертатному возрасту постепенно изменился характер. Исчезли жизнерадостность, общительность, стал одиноким, домоседом, обособленным, не знал и не интересовался обстоятельствами жизни даже близких родственников. Не обнаруживал заметных сексуальных интересов. Проявлял увлечение только компьютерными играми, планировал стать «геймером», т.е. зарабатывать игрой. При общении был сдержан, малоинформативен, сугубо формален.

На момент осмотра (17,5 года): состояние пациента характеризуется личностными особенностями шизоидного типа (эмоциональное обеднение, формальное общение, обособленность, узкие интересы со сверхценным оттенком) без текущей психопатологической симптоматики. В наследственности — двустороннее отягощение алкоголизмом (что соответствует особенностям наследственного фона при психосоматической патологии у детей [22]), личностный шизоидный и циклоидный радикалы. В преморбиде признаки диссоциативности в раннем развитии, яркие проявления гипертимно-экспансивных черт в целом циклоидного типа. Манифестация соматической патологии в возрасте 1—2 лет в виде атопического дерматита с достаточно очерченным периодическим (сезоннозависимым) течением обострений. Одновременно стали проявляться поначалу стертые (маскированные) аффективные расстройства типа дистимических, также с сезонной зависимостью. В дальнейшем аффективные нарушения становились все более выраженными, на высоте обострения принимали характер смешанного аффективного приступа с поведенческими расстройствами, отчетливой суточной циркадностью, вечерними маниакальными эпизодами. К этому присоединилось патологическое фантазирование без критического отношения, носившее постоянный, не фазный характер. Соответствующая психотропная терапия позволяла контролировать состояние, смягчая расстройства настроения и поведенческую девиацию, не влияя заметно на однообразное фантазирование. При этом собственно кожные проявления отошли на второй план и в последующем полностью редуцировались без применения дерматологических средств. Аффективные расстройства с отчетливой биполярностью длились на несколько лет дольше, постепенно принимая все более стертый характер и, очевидно, полностью редуцировались на этапе завершения пубертатного периода. Помимо отмеченных выше, можно обратить внимание на проявления других соматических расстройств, «маскирующих» аффективные нарушения, — функциональную гипертермию [20] и явление «со-

матопсихического синергизма» [23]. Сохранялась достаточная социальная адаптация. Следует отметить, что собственно характерологические проявления пубертатного криза практически не проявились, что может служить одним из диагностических признаков.

Таким образом, в этом случае наблюдалось взаимозависимое течение соматических и психопатологических расстройств в рамках единого психовегетативного симптомокомплекса. Для него характерна смена выраженности проявлений каждого из процессов: диссоциативность раннего развития, манифестация соматической симптоматикой при «маскированных» проявлениях психопатологического компонента с последующим выходом этого компонента на первый план, терапевтическая ремиссия как психопатологической, так и соматической симптоматики при применении психотропной терапии. При нозологической диагностике в рамках действующей МКБ-10 с учетом сочетания симптомов фазного и непрерывного течения, стертости пубертатных кризовых проявлений, характерного личностного сдвига от циклоидности к шизоидности можно отнести этот случай к расстройствам шизофренического спектра, проводя дифференциацию между шизотипическим неврозоподобным (циклотимоподобным) расстрой-

ством (F21.3) и шизоаффективным расстройством (F25.2).

Приведенные в статье данные свидетельствуют о том, что функциональная вегетосоматическая патология у детей и подростков протекает в виде психовегетативного симптомокомплекса с определенным соотношением вегетосоматического и психопатологического компонентов, которое изменяется в процессе течения заболевания и смены возрастных периодов детства и adolescence. На этапе манифестации у дошкольников вегетосоматический компонент превалирует, а психопатологический носит «маскированный» характер. К подростковому возрасту психопатологический компонент психовегетативного симптомокомплекса, усложняясь и усиливаясь, выходит в клинической картине на первый план, в то время как вегетосоматическая симптоматика сглаживается либо полностью редуцируется. Применение психофармакотерапии, адекватной для конкретных психопатологических проявлений, позволяет не только корректировать психопатологические расстройства, но и контролировать вегетосоматическую симптоматику.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Антропов Ю.Ф. *Невротическая депрессия у детей и подростков*. М.: Медпрактика; 2000.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. *Психосоматические расстройства у детей и патологические привычные действия у детей и подростков*. М.: Издательство Ин-та психотерапии; 2000.
3. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. *Лечение детей с психосоматическими расстройствами*. СПб.: Речь; 2002.
4. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. *Лечение детей с психосоматическими расстройствами*. СПб.: Речь; 2002. (In Russ.).
5. Журавлева Н.И. *Статистика в здравоохранении*. М.: Медицина; 1981.
6. Zburavleva N.I. *Statistika v zdravooohranenii*. M.: Medicina; 1981. (In Russ.).
7. Eminson D.M. Somatizing in children and adolescents. Clinical presentations and aetiological factors. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2001;7:266-274.
8. Брызгунов И.П. Психосоматическая функциональная патология детского возраста: что сделано и что надо сделать? *Педиатрия*. 2006;4:115-117.
9. Brjazgunov I.P. Psihosomaticheskaja funkcional'naja patologija detskogo vozrasta: chto sledano i chto nado sledat'? *Pediatrija*. 2006;4:115-117. (In Russ.).
10. Исаев Д.Н. *Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей*. СПб.: Речь; 2005.
11. Isaev D.N. *Emocional'nyj stress. Psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej*. SPb.: Rech'; 2005. (In Russ.).
12. Mangold B, Rathner G. Pädiatrische Psychosomatik: Woher kommen wir? Wo stehen wir? Wohin gehen wir? *Monatsschr-Kinderheilkd*. 1987;135(8):499-503.
13. Tamminen T.M., Bredenberg P., Escartin T., Kaukonen P., Puura K., Rutanen M., Suominen I., Leijala H., Salmelin R. Psychosomatic symptoms in preadolescent children. *Psychother-Psychosom*. 1991;56(1-2):70-77.
14. Александр Ф. *Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение*. М.: Эксмо; 2002.
15. Aleksander F. *Psihosomaticheskaja medicina. Principy i prakticheskoe primenienie*. M.: Jeksmo; 2002. (In Russ.).
16. Alexander F. Psychological aspects of medicine. *Psychosomatic Medicine*. 1939;1(1):7-18.
17. Dunbar F. Character and Symptom Formation—Some Preliminary Notes with Special Reference to Patients with Hypertensive, Rheumatic and Coronary Disease. *Psychoanalytic Quarterly*. 1939;8:18-47.
18. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (Часть 1). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005;15(4):79-91.
19. Velikanova L.P., Shevchenko Yu.S. Psihosomaticheskie rasstrojstva: sovremennoe sostojanie problemy (Chast' 1). *Social'naja i Klinicheskaja Psihiatrija*. 2005;15(4):79-91. (In Russ.).
20. Родцевич О.Г., Гулякевич А.Ф., Радюк О.М. *Тревога и депрессия в детско-подростковой соматической практике (алгоритмы диагностики и лечения)*. Минск: БелМАПО; 2006.
21. Rodcevic OG, Guljakevic AF, Radjuk OM. *Trevoga i depressija v detsko-podrostkovoju somaticheskjuj praktike (algoritmy diagnostiki i le-chenija)*. Minsk: BelMAPO; 2006. (In Russ.).
22. Северный А.А. Психическая патология в общепедиатрической клинике (к вопросу о психовегетативном диатезе). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013;113(5-2):23-28.
23. Severynyj A.A. Psihicheskaja patologija v obshhepediatricheskjuj klinike (k voprosu o psihovegetativnom diateze). *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2013;113(5-2):23-28. (In Russ.).
24. Циркин С.Ю. *Аналитическая психопатология*. М.: Фолиум; 2005.
25. Cirkin SYu. *Analicheskaja psihopatologija*. M.: Folium; 2005. (In Russ.).
26. Borrell-Garrió Fr, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*. 2004;2(6):576-582.
27. Немова С.И. *Динамика психосоматических расстройств у детей младшего школьного возраста при разных формах обучения*: Дис. ... канд. мед. наук. Иркутск. 2004.

- Nemova SI. *Dinamika psihosomaticeskikh rasstrojstv u detej mladshogo shkol'nogo vozrasta pri raznyh formah obuchenija*: Dis. ... kand. med. nauk. Irkutsk. 2004. (In Russ.).
19. Rathner G, Mangold B. Erste Ergebnisse einer katamnesticchen Untersuchung von 155 stationar behandelten kindern und Jugendlichen mit verhaltens- und psychosomatischen Störungen. *Pediatr-Pädol.* 1982;17(3):607-616.
 20. Северный А.А., Осокина Г.Г., Киреева И.П., Токарева Н.В., Шварков С.Б. Клинико-психопатологическое и соматовегетативное исследование функциональных гипертермий у подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1990;8:94-97. Severnyj AA, Osokina GG, Kireeva IP, Tokareva NV, Shvarkov SB. Kliniko-psihopatologicheskoe i somatovegetativnoe issledovanie funkcional'nyh gipertermij u podrostkov. *Zhurnal Nevrologii i Psihatrii im. S.S. Korsakova.* 1990;8:94-97. (In Russ.).
 21. Северный А.А. Клинико-психопатологический анализ так называемой юношеской астенической несостоятельности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1985;11:1674-1680. Severnyj AA. Kliniko-psihopatologicheskij analiz tak nazyvamoj junosheskoj astenicheskoj nesostojatel'nosti. *Zhurnal Nevrologii i Psihatrii im. S.S. Korsakova.* 1985;11:1674-1680. (In Russ.).
 22. Смит Э.У. *Внуки алкоголиков.* М.: Просвещение; 1991. Smit JeU. *Vnuki alkoholikov.* М.: Prosveshhenie; 1991. (In Russ.).
 23. Северный А.А., Иовчук Н.М. Соматопсихический синергизм как вариант маскирования депрессий у детей и подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2015;115(5-2):8-11. Severnyj AA, Iovchuk NM. Somatopsihicheskij sinergizm kak variant maskirovanija depressij u detej i podrostkov. *Zhurnal Nevrologii i Psihatrii im. S.S. Korsakova.* 2015;115(5-2):8-11. (In Russ.).

Поступила 28.02.19

Received 28.02.19

Принята к печати 17.06.19

Accepted 17.06.19