

РОЛЬ ОСОБИСТІСНОЇ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНОСТІ У ВИНИКНЕННІ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

THE ROLE OF PERSONAL DYSFUNCTIONALITY IN THE ORIGIN OF PSYCHOSOMATIC DISEASE

У роботі представлено результати аналізу наукової літератури з теми дослідження ролі особистісної дисфункціональності у виникненні психосоматичних захворювань. Викладаються теоретичні основи досліджень і погляди різних авторів – роботи вчених, які досліджували особистісні особливості й особистісну дисфункціональність у формуванні схильності до виникнення психосоматичних захворювань і процесу соматизації. Незважаючи на велику кількість досліджень, залишаються нез'ясовані питання з особистісної інаковості психосоматичних пацієнтів і щодо того, який зв'язок між особистісною дисфункціональністю й психосоматичним захворюванням. Стаття спрямована на пошук цих відповідей. Основна увага приділяється вивченню механізму формування психосоматичного симптому та його ролі в долі індивіда. Розглядається психодинамічний підхід як новий напрям в осмисленні формування психосоматичного симптому та його значення для психіки. Проведено вивчення психосоматичного процесу з погляду особистісного та міжособистісного конфліктів як причини виникнення соматичного симптому. Звернено увагу на взаємозв'язок патернів прихильності до розвитку особистості й різних типів психопатології в дорослих, що стає фундаментом для соматозів. Порушена проблема нарцисизму й нарцисичних порушень, які не дають психіці змоги позитивно пережити втрату, і це є пусковим гачком для виникнення процесу соматизації. Досліджено роботи авторів паризької школи психосоматики та їхні погляди на соматизацію як феномен прогресуючої особистісної дезорганізації. Розглянуто етапи формування психосоматичного симптому у двох напрямках: як процес збереження психіки та процес регресування до більш ранніх стадій розвитку індивіда. Звернуто увагу на батьківсько-дитячі взаємини у формуванні особистісних особливостей і психосоматичної схильності. Розглянуто тему дослідження психозів і соматозів у двох площинах: психічній і тілесній. Під час дослідження й вивчення проблеми застосовано метод бібліосемантичного та порівняльного підходів. **Ключові слова:** особистісна дисфункціональність, психосоматичне захворювання, соматизація, багатofакторність структури, нарцисизм, психодинамічний підхід.

The paper presents the results of an analysis of the scientific literature on the topic of studying the role of personality dysfunctionality in the occurrence of psychosomatic diseases. Theoretical bases of researches and views of various authors are stated – works of scientists who studied personality traits and personal dysfunction in the formation of predisposition to psychosomatic diseases and the process of somatization. Despite the large number of studies, there are still unresolved questions about the personal differentness of psychosomatic patients and what is the connection between personal dysfunction and psychosomatic disease. This work is aimed at finding those answers. The main attention in the work is paid to the study of the mechanism of formation of psychosomatic symptom and its role in the fate of the individual. The psychodynamic approach is considered as a new direction in understanding the formation of a psychosomatic symptom and its significance for the psyche. There is a study of the psychosomatic process in terms of personal and interpersonal conflicts as the causes of somatic symptoms. Attention is paid to the relationship between patterns of attachment to personality development and different types of psychopathology in adults, which becomes the foundation for somatosis. Raised the issue of narcissism and narcissistic disorders that do not allow the psychologically to process the loss of positive and it is the trigger for the occurrence of somatization process. Research the authors of the Paris school of psychosomatics and their views on somatization as a phenomenon of progressive personality disorganization are studied. The stages of the formation of a psychosomatic symptom in two directions are considered: as the process of preserving the psyche and the process of regressing to an earlier stage of individual development. Attention is drawn to parent-child relationships in the formation of personal feature and psychosomatic predisposition. Reviewed research topic of psychosis and somatosis on two levels: mental and physical. In the study of studying the problem and the method was applied bibliosemantichnoho and comparative approaches. **Key words:** personality dysfunction, psychosomatic disease, somatization, multifactorial structure, narcissism, psychodynamic approach.

УДК 159.972:616.892(075.8)
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.13-2.21>

Михайлошина І.О.
викладач кафедри клінічного психоаналізу
Міжнародний інститут глибокої психології

Постановка проблеми. Згідно з визначенням Всесвітньої організації здоров'я, здоров'я є станом повного фізичного, психічного й соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних дефектів. У полі інтересу дослідження знаходиться два параметри: фізичний і психічний стан індивіда. Фізичні захворювання чинять психологічний вплив, а психологічні

розлади можуть викликати фізичні захворювання. Нейронаука продемонструвала вплив психологічного стресу на імунну систему. Відносини між розумом і тілом є соматопсихічні, або психосоматичні, і кожне відхилення від добре скоригованої й збалансованої поведінки може легко призвести до формування психічних або фізичних симптомів [1, с. 213–224].

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Ідея, що особистісні змінні можуть впливати на уразливість до конкретних захворювань, поширена вже на першому етапі розвитку психосоматичної медицини, і на неї особливо вплинули психоаналітичні дослідники, які вважали, що конкретні профілі особистості лежать в основі конкретних «психосоматичних захворювань» [2, с. 8; 3, с. 13].

Останніми десятиліттями в скарбничку аргументів про визначальне значення зв'язку психіки зі здоров'ям і хворобою тіла з процесами хворобоутворення та зцілення додалися результати спостережень за хворими, що страждають синдромом множинної особистості. Вони свідчать про те, що в момент переходу від однієї особистості до іншої може зникнути алергія, діабет і навіть пухлинний процес зі швидкістю, яка ніяк не може бути пояснена сучасною фізіологією й патофізіологією [4, с. 44]. У цьому разі можемо припустити про зв'язок виникнення психосоматичного симптому або його зникнення з певними особистісними особливостями індивіда або його особистісною дисфункціональністю.

Постановка завдання. Мета статті – подати результати аналізу наукової літератури з теми дослідження ролі особистісної дисфункціональності у виникненні психосоматичних захворювань; викласти теоретичні основи досліджень і погляди різних авторів – роботи вчених, які досліджували особистісні особливості й особистісну дисфункціональність у формуванні схильності до виникнення психосоматичних захворювань і процесу соматизації.

Виклад основного матеріалу дослідження. Під час дослідження роль особистісної дисфункціональності у виникненні психосоматичного захворювання виникає питання про багатофакторність самої структури особистості й про те, як ступінь вираженості останньої впливає на забезпечення динаміки психологічного та фізичного здоров'я. У цьому разі можемо припустити, що існує якийсь особистісний тип, який схильний до соматичного реагування.

Тілесне і психічне, яке обстежується різними методами, не тільки поєднується в людині, а й взаємодіє між собою, впливаючи один на одного й формує ту єдність, яку ми позначаємо словом «особистість» [5, с. 220–208].

На користь багатфакторності структури говорить те, що особистість є системною й має безліч якостей, носієм цих якостей є цілком чуттєвий, тілесний індивід зі всіма його природженими та набутими властивостями [6, с. 385].

Отже, поняття «особистість» потребує особливої характеристики й належить до характерних зразків думок, почуттів і поведінки людей, які говорять про психологічну особи-

стісної індивідуальності й відмінності, що відрізняють соціальне та емоційне функціонування однієї особи від іншої [7, с. 120].

Психологія особистості та вивчення її сьогодні так само актуальні, як і раніше. Класичний психоаналіз і його парадигми є активними галузями досліджень. Біологія й еволюційна теорія також набули статусу нових парадигм особистості [8, с. 15–25].

Якості особистості можуть впливати на поведінкову оцінку, процеси подолання стресу й нейробіологічне функціонування, отже, можуть впливати на пов'язані зі стресом захворювання. Деякі індивідуальні риси (невротизм, депресивна особистість) можуть сприяти розвитку патології, пов'язаної зі стресом, тоді як інші (оптимізм, самоефективність і витривалість) пов'язані зі стійкістю [9, с. 40].

Блатт і Леві пропонують теорію прив'язаності й проводять дослідження, розглядаючи взаємозв'язок патернів прихильності до розвитку особистості та різних типів психопатології в дорослих. Отже, Блатт і Леві будують концептуальні мости між двома конфігураціями розвитку особистості і психопатологією [10, с. 238].

Послідовники психодинамічного підходу стверджують, що думки, почуття й поведінка людини детерміновані несвідомими психічними процесами. Гюнтер Аммон, засновник школи «динамічної психіатрії», розглядає психоаналіз психосоматичних розладів як абсолютно особливу науку лікування таких хворих [11, с. 514–522]. Основи цього підходу закладені Зигмундом Фрейдом, який порівнював особистість людини з айсбергом: верхівку айсберга становить свідомість, основну ж масу, розташовану під водою й невидиму, – несвідоме.

Розглядаючи психосоматичний симптом, нам важливо розуміти роль психічних механізмів та особливості структури самого індивіда, у якого спостерігається цей симптом. Сама історія життя людини стає для нас ключем до розуміння історії хвороби. Про це свідчать соматичні відповіді в моменти життєвих «криз», коли, замість психічної переробки, умикається соматична функція, а замість патофізіології – ідеаторні процеси. Вайцдекур звертав увагу на те, що для справжнього розуміння хвороби важливо не тільки минуле людини, а й майбутнє, так як людина в стані соматичної готовності орієнтована й на ті події, які ще не відбулися [12, с. 16].

Згідно з концепцією Марті про соматизацію, психосоматичний симптом розглядається як певний феномен прогресуючої особистісної дезорганізації [13, с. 27].

Згідно з уявленнями Аммона, психосоматичний симптом спрямований на те, щоб позбавити Я від переробки хворобливої події за допомогою хроніфікації почуття болі від травми, оскільки остання не може бути при-

йнята межами самого Я. Хвороба в цьому випадку стає спробою більш-менш самодеструктивним методом захистити Я від дезінтеграції. Сам симптом виконує функцію доповнювального або компенсуювального елемента для нарцисичного дефіциту, який виник під час формування меж Я, так вдається зберегти інтеграцію самої особистості. Цей дефіцитарний стан Аммон позначає «діркою в Я». Остання в концепції Аммона є не тільки базою психосоматичних симптомів, а й відповідає за психогенез і динаміку психозів, пограничних синдромів і сексуальних перверсій. Спираючись на концепцію Аммона, замість питання про зміст симптому, провідне значення набуло питання про форми і способи соматичної поведінки та про місце, яке посідає цей симптом в історії самої людини [14, с. 7–9].

Із цього випливає, що психосоматичний процес є завжди процес міжособистісний. Розглядаючи процес як міжособистісний, ми розуміємо, що він зачіпає взаємини в групі й далі в середовищі. Якщо дивитися від зворотного, то криза групи або середовища відображається в кризі ідентичності індивіда й порушеннях її формування, що, у свою чергу, впливає на особистісну адаптацію та функціональну діяльність індивіда. Ще в 60-і роки Енджел припустив, а сучасні дослідження підтвердили той факт, що психосоматичному захворюванню передують переживання втрати об'єкта [15, с. 344–365], які можуть бути пов'язані з реальною втратою живого об'єкта, такі як розлука, розлучення, смерть близької людини й усілякі життєві ситуації, пов'язані роботою, місцем проживання тощо. І не обов'язково йдеться про реальний об'єкт або подію. Може йтися про фантазування якоїсь загрози втрати. У будь-якому разі пусковим механізмом є почуття беззахисності й безнадійності, яке виникає в людини в момент сильного потрясіння. Це відчуття беззахисності й безнадійності може повертати індивіда в той період його життя, коли, ще будучи дитиною, він і його безпека були залежні від значущих об'єктів.

Фройбергер підкреслював, що нарцисичні порушення, які не дають змоги досягти задовільною переробки втрати [16, с. 121–131], є таким собі субстратом для формування особливої особистісної психодинаміки, що сприяє виникненню соматичного патогенезу – депресивності, зниженої здатності до інтроспекції й орально-регресивних рис із переважанням агресивних механізмів захисту.

Потрапляючи в ситуацію невизначеності, де порушується ритм життя й почуття звичної надійності, людина починає відчувати почуття беззахисності й за соматичним симптомом ховається екзистенціальний страх – страх смерті. Куттер пише, що загроза виходить від «поганої» частини власного Я, так званого «зло-

якісного інтроєкта» [17, с. 35]. Щоб психічне Я вціліло, цим інтроєктом стає хворий орган. Тілесне Я бере на себе функцію «порятунку» психічного Я в результаті використання механізму примітивного захисту – розщеплення.

Куттер описує три стадії процесу. На першій стадії людина намагається впоратися із ситуацією за допомогою психіки та відреагувати емоційно або включаються невротичні захисні механізми й так формується симптом неврозу. Якщо травматична подія перевищує можливість і ресурс захистів, тоді процес переходить у стадію соматизації, де оживляється ранній дитячий шлях реагування – тілесний, який підтримувався вегетативною нервовою системою. Отже, ми можемо спостерігати функціональний розлад, який може перейти в стадію розвитку психосоматозу.

Продовжуючи рухатися в логіці психодинамічного підходу, Аммон зазначає, що існує схожість між психозом і психосоматичним розладом, яка полягає в тому, що й у тому, і в іншому випадку ми бачимо порушення інтегративної функції Я. Сам симптом тут є як еквівалент психотичної дезінтеграції, який нібито інкапсульований у тілесну хворобу. Виходить, що тілесна реакція під час психосоматичного захворювання знаходиться між неврозом і психозом. І це можна розглянути крізь призму відносин з об'єктом, де при неврозі відносини збережені, а при психозі – утрачені. Підсумовуючи вищезазначене, можемо припустити, що психосоматичний розлад являє собою деякий прикордонний стан. І, якщо при психозі зв'язок із зовнішнім світом у Я прорвано і Я намагається відновити свою інтегрованість, то при психосоматичному захворюванні симптом виконує функцію «амбасадора» для відновлення комунікації Я із зовнішнім світом і з власним організмом. Іншими словами, психосоматична хвороба перешкоджає психотичній дезінтеграції [18, с. 189–194].

Для психосоматичного пацієнта характерна деяка спільність у особистісних особливостях, які добре вписуються в сучасний світ під якимось загальним означаючим – зручний. Останніми десятиліттями роботизація (оперативність) людей і суспільства досягла великих масштабів. Люди самі, звичайно ж, несвідомо, «відрізають» себе від своїх почуттів, переживань і живуть в основному на свідомому рівні, спираючись лише на інтелект, на малу частину власного психічного апарату, яка включає тільки свідомість і перцепцію, відкидаючи все ірраціональне, нелогічне, незрозуміле, те, що лякає, і тривожне.

Основна функція – контроль себе й того, що відбувається у світі. Роботизація (оперативізація) в суспільстві відбувається поступово, спершу це проявляється в своєрідному психосоматичному функціонуванні індивіда, на яке

звернули увагу французькі психоаналітики. Основні прояви психосоматичного функціонування – конформність (зручний, поступливий) і неконфліктність.

Із цього приводу Клод Смаджа зазначає, що не просто все добре й усе нормально, а надто все добре й дуже все нормально в таких індивідів. Ці люди живуть під егідою правильності, порядності, нормальності, і вони врівноважені й неупереджені, без почуттів та афектів. Це ще не роботи, але дуже схожі на них. Клінічні стигмати психосоматичного функціонування, на які звертає увагу Клод Смаджа, – це те, що такі пацієнти виглядають молодшими за свій вік, вони, як правило, небалакучі, у них знижений лібідинальний тонус (життєвий тонус). У їхній мові й поведінці відсутні емоції та переживання [19, с. 24–30; 20, с. 17–44].

Фрейд, позначивши існування тілесного Я, дав нам основи психосоматики. Саме з реального тіла відбувається проекція, яка створює уявне тіло. У психосоматичній проблемі тіло пацієнта звільняється від його уявних і символічних вимірів, воно більше не є місцем або підтримкою фантазій і бажань, і соматизація в реальному тілі може посісти це місце. У цьому разі мова йде про «втечу» в тілесність: це як «удар безглуздя», який приводить у дію спонукання, фантазії, бажання, що викликає б занепокоєння, якби протистояли. Думка і мова засновані на тілесних переживаннях: символічне включає тілесне, уявне і словесне.

Відсутність внутрішнього об'єкта, який змушує індивіда відчувати розділення як «порожнечу в тілі», може мати для нас вагоме значення. Соматичний симптом є захисним механізмом від зіткнення зі страхом і психологічним стражданням. Такі пацієнти демонструють заперечення з боку психіки і звертаються до реального тіла. У процесі терапії ми стикаємося з одночасним посиленням захистів щодо свого симптому, тому нам важливіше залучити його до процесу дослідження себе. Тілесне відчуття приходить на місце емоції, коли уявлення відрізано від афекту, і в цьому разі тільки реальне тіло залишається, щоб висловити «сум» за втраченим об'єктом. Відсутність запиту від пацієнта може поставити нас на місце його бажання. Це питання про бажання є центральним у цьому лікуванні, коли пацієнти не мають бажань або більше не знаходяться в контакті зі своїми бажаннями, по-друге, це питання мобілізації прагнення до життя, щоб це бажання посіло своє місце [21, с. 5–7].

Одна з особливостей психосоматичного функціонування полягає у відсутності внутріпсихічного конфлікту. На відміну від невротичної проблеми, яка транслює наявність конфлікту між психічними інстанціями (наприклад, Я і Зверх-Я), це проблема, пов'язана з відсутністю, що відбивається у функ-

ціонуванні, зникненні фантазії, бажанні до придушення всіх уявних функцій. Соматичні симптоми приходять на місце «дірки» у відсутньому представленні, без можливості символізації [22, с. 43–54].

Визначення «психосоматика» зводиться в ранг нової концепції, психосоматика представляє власний об'єкт. У психосоматичному симптомі, на відміну від невротичного симптому, об'єктний зв'язок між розшифруванням симптому та його основним значенням епістемологічно неоднорідний; тому ми не повинні приймати такі однорідні й прямі інтерпретації, як роблять деякі автори. На наш погляд, відношення об'єкта до реєстру психосоматичного факту несе в собі ризик перенесення об'єкта з фантастичного простору на реальну сцену. У низці випадків він ризикує типологізувати психічне функціонування пацієнта, порушуючи динамізм його інстинктивного функціонування, динамізм його можливої суб'єктивізації, коли ми часто – особистісні риси й розумове функціонування примушуємо – на межі ризику децентрації об'єктних відносин у переважному посиленні на конкретну реальність. Конкретна реальність, яка може вторгтися в нас: соціальна, матеріальна тощо, що ставить за під загрозу неподільність об'єкта потягу. У невротичному реєстрі взяти до уваги реляційне означає визнати інакшість, об'єктивізацію, суб'єктивізацію. Замість цього, реляція в рамках об'єктних відносин у психосоматичному факті буде переважати елемент «проективної редуплікації». Ми зіткнемося із ситуацією лібідинального негативу, що торкається основи Я. Тому відносини дуже бідні або навіть відсутні, що підкреслює швидше складники операції, коли вона описана в її масивності, роботизуючи цих суб'єктів. Ми можемо погодитися з тим, що психосоматичного пацієнта приваблює те, що називається «внутрішнім об'єктом», реальністю, а не просто конструкцією, реальністю хвороби. Цей глибокий інтерес на ментальному рівні здається ще більш важливим, оскільки хвороба серйозна, не рахуючи того, що прохід, викликаний слабкою енергетичною розумовою діяльністю, поступається місцем операційній. Однак принаймні можемо сказати, що психосоматичне явище є результатом незадовільної роботи психічного апарату; там буде коротке замикання фантазійної роботи несвідомого через структурні або кон'юнктурні причини [23, с. 68–75].

Можна зробити висновок, що симптом має з психогенного боку значення й функцію, а також реляційний компонент. Функціональні розлади в ранньому дитинстві мають свою моду й варіюються від десятиліття до десятиліття. У психоаналітичній психосоматичній літературі існує кілька шляхів для розуміння цього типу еволюції. П'єр Марті

в «Психосоматичному порядку» описує місце материнської функції в психосоматичній організації дитини, поширюючи її на пренатальний період, ґрунтуючись на біологічних ритмах. Він висуває гіпотезу, що життєві функції новонародженого регулюються ритмом, відповідним послідовності фаз «автоматизації» (основні потреби) і «програмування» (відкритість життя, бажання, сексуалізація). По суті, філогенетична й залежна від спадкових даних модальність чергування цих ритмів піддається «корекціям» материнської функції, яка, вибірково вкладаючи функцію в лібідинальний режим, буде модулювати ритм у напрямі програмування. Кожен рівень розвитку відповідає рівню фіксації, який можна використовувати пізніше, а якість цієї початкової материнської лібідиналізації сприяє певним рівням і функціям розвитку, надає їм високу реорганізуючу цінність («ревіталізатори») під час регресивно-фіксуєчих рухів. Ці дані підтверджують гіпотезу вибору симптому в немовляти як функції несвідомого в матері, але, можливо, також у новонародженого й у плода залежно від того, чи вибере мати привілей або «відступить» від такого етапу розвитку [24, с. 103–112].

Сутність оперативного функціонування – у дезінвестиції Я. Щоб зрозуміти сенс конструкції «дезінвестиція Я» необхідно уточнити, що таке «інвестиція Я». Для цього можна використовувати такі алегорії: 1. «Щоб подбати про те, кого любиш, потрібно передусім подбати про самого себе»; 2. Під час розгерметизації салону літака техніка безпеки наказує спочатку одягнути кисневу маску самому собі, а лише потім – дитині. Іншими словами, інвестиція Я – нормальний нарцисизм. У свою чергу, дезінвестиції Я – несвідома відмова інвестувати психічну енергію у своє Я (сліпота до свого несвідомого), направляти її цілком у зовнішню реальність (іпохондричне сприйняття реального). Тобто деякою мірою оперативне життя перегукується з темою патологічного нарцисизму.

Не маючи можливості впоратися з переживаннями, які несуть у собі загрозу знищення, спроба впоратися з ними відбувається за допомогою обмеження психіки. Отже, соматичні прояви мають тенденцію формуватися замість страхів і психотичних бажань, невідомих як такі [25, с. 56–59].

Можемо розглядати соматизації як «психотичні острівці» [26, с. 35–54] або як процес соматизації «кишень» [27, с. 26–40] екзистенціальної аутистичної тривоги у зв'язку з фізичним відривом від материнської фігури.

За словами Джойс Макдугалл, коли розлука й відмінність викликають страх, тому що вони здатні знищувати почуття ідентичності, так що суб'єкт відчуває себе зобов'язаним боротися із цим початковим розподілом, яке породжує

«індивіда», це може призвести до низки психічних «рішень». Крім нарцисичних і пограничних особистостей, наркоманії або алкоголізму і створення «неосексуальностей», іншим із цих «рішень» може бути глибокий розрив між психікою і сомою. Є два види рішень: перший призводить до аутистичної патології, коли тіло і його соматичне функціонування залишаються незмінними, навіть коли розум закривається для зовнішнього світу; друга підтримує зв'язок із зовнішньою реальністю недоторканою, але ризик того, що сома буде реагувати й функціонувати в режимі, який ми могли б кваліфікувати як «аутистичний», відокремлений від емоційних повідомлень психіки в термінах словесних репрезентацій, зменшив до дуже сильних уявлень речей і, отже, до невербального вираження [28, с. 37–50].

Висновки з проведеного дослідження. Аналіз літературних джерел дав змогу підтвердити гіпотезу про роль особистісної дисфункціональності у виникненні психосоматичних захворювань і формуванні психосоматичного симптому. Можна зробити висновок, що симптом має з психогенного боку значення й функцію, а також реляційний компонент. Сам процес соматизації може виконувати захисну функцію або результат регресії, але в тому чи іншому випадку існує для того, щоб зберегти психіку.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Benjamin B. Wolman. Psychosomatic Disorders. P. 213–224. Psychosomatic Issues in Mental Disorders.
2. Lipowski Z.J. Psychosomatic medicine: past and present. II. Current state. *Can J Psychiatry*. 1986. № 31. P. 8–13.
3. Fava G.A., Sonino N. Psychosomatic medicine. *Int J Clin Pract*. 2010. № 64. P. 1155–1161.
4. Талбот М. Голографическая вселенная. Киев : София, 2004. 366 с.
5. Рождественский Д.С. Молчание в психоаналитической ситуации. *Вестник психоанализа*. 2004. № 1–2. С. 202–08.
6. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. Москва : Педагогика, 1983. Т. 1. С. 385.
7. Levesque R.J.R. Personality. *Levesque R.J.R. (eds) Encyclopedia of Adolescence*. Springer, Cham, 2018. 210 с.
8. David C. Funder Department of Psychology, University of California, Riverside, California, 92521; *British Journal of Medical Psychology*.
9. Hymie Anisman, Alexander Kusnecov. Stressor Processes and Effects on Neurobiological Functioning in The Immune System and Mental Health, 2018.
10. Liisa Keltikangas-Järvinen. Psychosomatic personality. A personality constellation or an illness-related reaction. *British Journal of Medical Psychology*, 63. № 10. P. 131–135.
11. Аммон Г. Психосоматическая терапия. Санкт-Петербург : Речь, 2000. 238 с.
12. Weizdeker V. *Natur und Geist*. Gottingen : Wandenhoek and Ruprecht, 1954.

13. Марти П. Психосоматика и психоанализ. Французская психоаналитическая школа. Санкт-Петербург : Питер, 2005. С. 514 – 522.
14. Рождественский Д.С. Цивилизация и «болезни одиночества». – Развитие человека в современном мире. *Материалы Российской научно-практической конференции*. Новосибирск : Новосибирский государственный педагогический университет, 2006. С. 7–9.
15. Engell G.L., Schmale. Psychoanalytic theory of somatic disorders. *J.Am. Psychoanal. Ass.* 1967. № 15. P. 344–365.
16. Freyberger H. «Symptom», «Konflikt» und «Personlichkeit» in der Behandlung psychosomatischer Patienten. *Prax. Psychother.* 1976. S. 121–131.
17. Куттер П. Современный психоанализ. Санкт-Петербург : Б.С.К., 1997. 351 с.
18. Рождественский Д.С. Невыносимая тишина. *Вестник психоанализа*. 2007. № 1. С. 189–194.
19. Клод Смаджа. Оперативная жизнь: психоаналитические исследования. 2014. Когито-Центр. С. 110–115.
20. Жерар Швек. Добровольные галерщики: очерки о процессах самоуспокоения. 2019. Когито-Центр. С. 85–94.
21. Gisèle Harrus-Révidi. Dans *Champ psychosomatique* 2009/1 (n°53), pages 5 à 7.
22. Alain Fine. Le psychosoma en tant que paradigme et méthode d'investigation. Dans *Revue française de psychosomatique* 2009/1 (n° 35), pages 43 à 54.
23. Рождественский Д.С. Homo Somaticus. Человек соматический. Москва : ИП Седова Е.Б., 2009, 264 с.
24. Nathalie Boige. L'évolution de la clinique de l'encoprésie infantile. Une bombe à retardement. Dans *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 2011/1 (n°83–84), pages 103 à 112.
25. Джойс Макдугалл. Театры тела. Психоаналитический подход к психосоматическим расстройствам. 2007. Когито-Центр. С. 56–59.
26. Rosenfeld H. *Destructive Narcissism and Death Instinct. Impasse and Interpretation*. Routledge, London and New York, 1987. С. 35–54.
27. Tustin F. *Autism and Childhood Psychosis*. Hogarth, 1978. С. 26–40.
28. Джойс Макдугалл. Театры тела. Иллюзия и правда на психоаналитической сцене. 2017. Когито-Центр. С. 37–50.