

# Психосоматический подход в клинике внутренних болезней: взгляд в прошлое и перспективы развития

О.М. Урясьев, В.Я. Гармаш, Н.П. Фоменко, М.Ю. Фоменко

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

В статье представлено описание основных направлений в психосоматике как основы психосоматического подхода в клинике внутренних болезней, а также дальнейшее рассмотрение перспектив их применения и интеграции в более широкие и плодотворные теоретические базы.

**Ключевые слова:** психосоматика, холистический подход, психогения, междисциплинарный подход.

В современной науке растет видение и понимание ограничений, которые накладывает классификационный нозологический подход как ведущая парадигма оказания медицинской помощи. Историческое развитие психосоматики как науки претерпело много взлетов и падений, часто оказываясь на шатких и жестко критикуемых позициях.

Введение терминов «психосоматика» J. Heinroth в 1818 г. не основало целую науку, а повернуло взор исследователей на подтверждение взглядов Гиппократов о том, что разделение психики и сомы не только нереально, но и наносит большой вред практической медицине. Предполагая, что причины болезней совершенно естественны, Гиппократ предлагал врачам целостный подход к диагностике, который основывался на получении информации «...из рода жизни, из возраста каждого больного, из речей больного, нравов, молчания, мыслей, сна, отсутствия сна, из сновидений, какие они и когда появляются, из подергиваний, из зуда, из слез, из пароксизмов, из извержений, из мочи, из мокроты, из рвоты». Медицина XIX – XX веков бурно развивалась в экспериментальном плане, и внимание ученых было приковано к отдельным наукам: цитологии, микробиологии, т.е. от целостного подхода к больному взгляд ученых двигался по пути дивергенции. Психосоматический подход, однако, не остановился в развитии, и определенным образом прогрессировал в рамках психоаналитической теории. С конца XIX века З. Фрейд в сотрудничестве с Брейером изучал пациентов, демонстрирующих истерическую симптоматику. Позже было описано, что в основе таких нарушений лежит механизм конверсии: трансформации неприятного внутриспсихического конфликта в соматический эквивалент. Развитие теории «символического языка органов» связано с попытками объяснения тех или иных симптомов проявлением мыслей, стремлений, фанта-

зий, вытесненных в бессознательное. Основатель аналитической психологии Карл Густав Юнг заметил в процессе своих исследований направленных ассоциаций, что определенные слова вызывали явную соматическую реакцию. Одна из важнейших личностей в психосоматической медицине, Г. Гроддек, считал соматическую симптоматику проявлением всей личности, определенным способом самовыражения, недоступного для реализации другими путями. При лечении пациентов Гроддек интерпретировал симптоматику как трансформированный язык такой психической структуры, как «Оно». Американский психоаналитик Ф. Александер в своей работе «Психосоматическая медицина» отразил свои взгляды на связь эмоциональной сферы и телесной симптоматики. Подавленная эмоциональная реакция имеет свой соматический эквивалент как нормальное физиологическое сопровождение хронизированного эмоционального состояния. Глубина вытесненного специфического эмоционального конфликта определяет форму психогенного заболевания: истерическая конверсия, вегетативный невроз, психосоматическое заболевание, причем каждому, по мнению Ф. Александера, характерен свой интрапсихический конфликт [13].

В совместной работе с Ш. Селесником Ф. Александер подчеркивал всеобъемлющую связь эмоциональных факторов (в том числе и стрессовых) с органическими функциями человека. Именно отношение к пациенту как к личности определяет психосоматический подход в медицине. Важны все факторы, которые каким-либо образом вступают во взаимодействие с соматическим состоянием человека, независимо от характера этого взаимодействия, рассматривая его как двустороннюю связь [1, 13].

Еще в то время, когда медицина основывалась исключительно на клиническом опыте, многие врачи отмечали распространенность некоторых болезней у лиц



с определенным физическим или психическим складом. Например, Альварес разработал концепцию о пептически-язвенной личности. Д. Дрэйпер обнаружил, что у многих пациентов, страдающих язвенной болезнью, стоят зависимые и, как он их назвал, женские черты личности. Ф. Данбар применила к опыту врачей методы психодинамической диагностики. Она исследовала профили личности и связывала их с определенными заболеваниями [13].

Важным этапом в развитии психосоматики явилась концепция Г. Аммона — выдающего немецкого психиатра, исследователя и основателя динамической психиатрии. Г. Аммон считал, что психические и соматические нарушения в каждом случае указывают на дисфункцию межличностного процесса психического и соматического развития. По его мнению, любая форма патологии связана с нарушением взаимодействия в группе, членом которой является больной. По Г. Аммону важны ранние отношения с матерью, так как именно они отвечают за развитие границ я ребенка, дифференцировку внутренних и внешних процессов, идентичности тела. Дисфункциональные диадные отношения с матерью или человеком, ее замещающим, могут привести к формированию расплывчатых границ я, идентичности тела и недоверию к собственным соматическим функциям, отчего внутренняя структура я человека патологически развивается, что можно увидеть в процессе исследования я-функций. Отметим, что теория Г. Аммона позволяет не менее успешно решать практические задачи в клинике внутренних болезней, но ее применение требует более тщательного исследования специфических черт личности пациентов определенных нозологических групп [13].

Многие концепции начала XX века стали фундаментом учений о психогении телесных недугов. Другое течение, которое также становилось базой для психосоматических исследований в 1930–1960-е гг., это известная философская концепция холизма. Греческое слово «холон» переводится как «цельность» или «целостность». Соответственно, **холизм как учение базируется на непосредственной целостной взаимосвязи материального и духовного**. Это теория о нераздельной взаимосвязи всего окружающего, **о постоянном обновлении и преобразовании всех видов живой материи в их неразрывном всеединстве**. Сегодня это учение развито и в философии, и в психологии, и в медицине.

Холистическая медицина становится всё более популярной. В первую очередь, она апеллирует к практикам тысячелетней давности, базовым принципом которых является принцип «не навреди». На сегодняшний день холистическая медицина представлена широким спектром течений. На данный момент это и акупунктура, и гомеопатия, и фитотерапия, и ароматерапия, и аюрведа, и остеопатия, и цигун. Последователи холистической медицины считают, что нельзя изолированно исследовать заболевания одного органа, нужно смотреть на недуг шире, стоит отслеживать не только физиологи-

ческую подоплеку болезни, но и то, каким образом болезнь может быть связана с текущим душевным и духовным состоянием человека. В холистической медицине много внимания уделяется предшествующему травматическому опыту пациента и его ментальным установкам. Важно отметить, что роль исследований этих областей значима, в связи с тем что спекулятивный, исключительно описательный подход может привести перспективную науку к методологическому краху. Поэтому в настоящее время вектор исследований психосоматической медицины смещается к естественно-научному направлению, эксперименту, а эмпирические данные проверяются во избежание формирования популяристской объяснительной платформы.

Современные ученые приписывают научное развитие этого направления G. Engel, Z. Lipowski, D. Kissen [23]. Вклад Z. Lipowski касался развития адекватного подхода к концепции психогенеза, базируясь на признании мультифакторного влияния на этиологию и патогенез заболеваний. D. Kissen не отрицал влияния психологических факторов на развитие заболевания, но говорил об их различном вкладе у каждого отдельного индивида. G. Engel подчеркнул, что сам по себе термин «психосоматическое расстройство» позволит думать, что заболевания, не именуемые психосоматическими, могут восприниматься как не имеющие картины психосоматических соотношений в целом [17–19].

Согласно зарубежным авторам, психосоматический подход в клинике внутренних болезней связан с учетом психологических факторов, обуславливающих индивидуальные особенности течения и исхода любого заболевания, а также целостный подход к лечению и заботе о пациенте. Подразумевается интеграция психологических методов лечения на всех этапах оказания медицинской помощи [22].

По мнению некоторых авторов, иногда психосоматическая медицина идентифицируется как узкоспециализированное направление психиатрии, связанное с профилактикой психических расстройств у соматических больных. Однако психосоматический подход подразумевает, по нашему мнению, не консультацию психиатра для больного или врача без соответствующей специализации в общесоматической клинике, а планомерную работу по диагностике, описанию, наблюдению за динамикой картины психосоматических соотношений больного.

В отечественных исследованиях последних десятилетий также просматривается тенденция к нозологической классификации расстройств в русле психиатрии, а также поиск психофармакотерапевтического лечения с опорой на классификационную категорию. В некоторых исследованиях признается тот факт, что нередко проводимая психофармакотерапия неэффективна, но при ее сочетании с психокоррекционным и психотерапевтическим вмешательством результат лечения изменялся в лучшую сторону. Отметим наличие отечественных работ по развитию комплексного подхода к психосоматической диа-





гностики, без ограничения только психометрическими методами с описанием тонкостей психосоматической картины каждого конкретного заболевания [6, 12].

Также известны многочисленные работы, подчеркивающие важность учета внутренней картины болезни, или аутопластической картины болезни, алекситимии и других особенностей, в той или иной мере характеризующих психосоматический статус пациента на момент лечения, а также его реакции, тип нервной системы и др. [5, 11].

За последние годы в психосоматической медицине в России произведены описания отдельных черт личности по разным группам соматических заболеваний с рекомендациями по учету психологического статуса больных. Серьезные исследования касаются психиатрического мониторинга соматических больных в русле рассмотрения наличия коморбидной патологии с дальнейшими рекомендациями по организации психиатрического вмешательства [2, 10].

Зарубежный психосоматический подход качественно исследуется, связывается с экономически выгодными и перспективными тенденциями в оказании медицинской помощи. В них подчеркивается мультидисциплинарный характер психосоматической медицины [19, 36, 23].

В Японии и Германии психосоматическая медицина имеет самостоятельный и независимый статус в тесной связи с оказанием помощи в клинике внутренних болезней. В США семейная медицина признает психосоциальный подход и внедряет его уже на стадии обучения врача-специалиста [22].

Обобщая выводы отечественных и зарубежных исследователей, мы можем говорить о том, что, уделяя больше внимания психологическим факторам в оказании медицинской помощи, мы имеем возможность значительно улучшить его качество. Психосоматический подход может реализовываться посредством учета механизмов стрессового воздействия [22, 23], преморбидных черт личности, способствующих развитию заболевания (модель алекситимии и др.) или, наоборот, профилактически значимых, а также важным является описание психосоматического статуса больного, внутренней картины болезни.

Сам психосоматический подход в клинике внутренних болезней можно охарактеризовать как совокупность множества факторов, некоторые из них мы хотели обозначить.

Необходимо учитывать факторы раннего развития пациента. Много исследований в области психосоматики посвящено изучению его роли в развитии восприимчивости к заболеваниям. Исходя из исследований на животных, ранний жизненный опыт, в частности опыт сепарации с матерью, последовательно вызывает патофизиологические изменения, такие как повышение активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой активации, что может развить индивидуальную предрасположенность к определенным заболеваниям у человека во взрослой жизни. Важными представляются события,

имеющие отношения к физическому или сексуальному насилию в детстве, особенно в свете взаимодействия этого фактора с хроническими болями невыясненной этиологии, синдромом раздраженного кишечника. Наличие в анамнезе факта плохого обращения в детстве значимо связано с некоторыми негативными для здоровья последствиями: функциональными расстройствами, аутоагрессивными тенденциями в поведении [22].

Общеизвестны данные о влиянии значимых жизненных событий любого возраста на появление, развитие или рецидив заболевания. Введение структурированных методов сбора данных и их контроль позволило установить связь между значимыми событиями и определенными заболеваниями, включающими эндокринные, сердечно-сосудистые, респираторные, желудочно-кишечные, аутоиммунные, кожные, опухолевые.

Влияние событий жизни на предрасположенность к различным заболеваниям исследуется также в рамках изучения воздействия стрессовых факторов на здоровье индивида. Роль жизненных изменений и стресса из упрощенной линейно описывающей их взаимодействие теории преобразовалась на настоящий момент в комплексную многофакторную концепцию: теорию аллостатической нагрузки.

McEne и Stellar предложили описание взаимоотношений между стрессом и процессом, приводящим к болезни, базируясь на концепции аллостазиса [26]. Она определяет изнашивание организма как результат влияния стресса либо недостаточного копинга, например сохранение стрессовой реакции даже тогда, когда она уже не нужна. Биологические параметры аллостатической нагрузки, такие как коагуляция/фибринолизис, гормональные маркеры и др., были связаны с когнитивными, физическими изменениями и даже смертностью [27]. Недавно были определены клинические критерии определения наличия аллостатической нагрузки [21].

Таким образом, внешне значимые жизненные изменения – не единственный источник психологического стресса. Текущие жизненные ситуации не должны быть отброшены специалистами как незначимые факторы, поскольку хронические повседневные стрессы могут переживаться каждым как тяжёлые и превышающие навыки совладания отдельного индивида.

На настоящий момент в отечественном здравоохранении поддерживаются программы развития здорового образа жизни. В психосоматической медицине поведенческие паттерны, характеризующие нездоровый образ жизни, считаются фактором риска для развития большинства распространённых заболеваний, таких как диабет, ожирение, сердечно-сосудистые расстройства.

Еще в 1985 г. D. Rose показал, что факторы риска для здоровья почти всегда поддерживаются популяцией, в то время как именно переключение всей популяционной группы на правильное понимание здорового и нездорового образа жизни становится ведущим источником профилактического воздействия [32]. Мы также сталкиваемся с этим в настоящий момент: пропагандируя то,





что «нельзя», иногда мы не говорим, что лучше сделать и как, не объясняем схему воздействия негативного фактора, а также имеем в культуре много факторов, поддерживающих негативные поведенческие установки. Например, лонгитюдное популяционное исследование обнаружило связь между степенью социальной поддержки и смертностью, заболеваемостью психическими и соматическими расстройствами, а также адаптацией к тому или иному хроническому заболеванию. Подход, предполагающий, что личностные переменные могут повлиять на уязвимость к определенным заболеваниям, был распространен в начальной фазе развития психосоматической медицины (1930–1960) и свойственен психоаналитически ориентированным исследователям, которые считали, что конкретные профили личности легли в основу определенных психосоматических заболеваний. Эта гипотеза не была поддержана последующими исследованиями [23].

Биопсихосоциальная модель предполагает, что личностные переменные взаимодействуют с социальными и экологическими факторами и приводят к различиям в выборе жизненных ситуаций, их особенностям. В этом смысле личностные характеристики (например, тип акцентуации характера) могут определять то, как пациент относится к болезни, что она значит для него, особенности взаимодействия с другими людьми, в том числе с медицинским персоналом.

Психические заболевания, в частности депрессия и тревожные расстройства, в значительной степени связаны с соматическими нарушениями. Психические расстройства повышают риск развития инфекционных и неинфекционных болезней; в то же время многие заболевания повышают риск возникновения психических отклонений, а коморбидные психические патологии осложняют выявление и лечение заболеваний в клинике внутренних болезней [30]. Потенциально отношения между соматическими расстройствами и психиатрическими симптомами располагаются в континууме от случайных совпадений до прямой причинно-следственной связи, иллюстрирующей роль органических факторов в развитии психического расстройства. Это органические психические расстройства, в лечении которых важной особенностью является влияние на психические симптомы, такие как, например, депрессия при синдроме Кушинга. Известно, что ранняя диагностика депрессии в первичной медицинской помощи является важнейшей задачей. Депрессия является частым спутником заболеваний в клинике внутренних болезней. Важное клиническое значение имеет также и спектр тревожных расстройств [22].

Психосоматический подход, как мы уже сказали, не является только по сути введением психиатрической диагностики в клинику внутренних болезней, так как часто многие психические нарушения не переходят в разряд клинической патологии. Тем не менее осознание того, что психологические симптомы, которые не достигают порога психического расстройства, влияют на

качество жизни и влекут за собой патофизиологические последствия, привело к развитию психосоматических исследований.

В 2004 г. Tinetti и Fried предположили, что нозологический подход изживает себя, поскольку основное внимание в организации медицинской помощи связано с лечением болезни, а не человека в целом, даже с учетом его индивидуально-биологических свойств. Обращение внимания только на болезнь, с учетом современного развития медицины, социальных наук, приводит к «гиперлечению», ненужным действиям, которые могут быть даже вредны пациенту [22].

Исследователи показывают, что целью лечения должно быть достижение индивидуальных характеристик здорового человека, в том числе и его психологических особенностей. Причем важно не только оценивать качество жизни, но и вводить глобальное измерение, диагностику психической сферы. В противном случае мы рискуем, изменив органические показатели заболевания, приведя соматическое состояние к параметрам нормы, упустить нарушения психического функционирования, которые, как нами уже было отмечено, либо приведут к конкретным нарушениям, спровоцировав нездоровое поведение индивида, либо увеличат вероятность возникновения нового заболевания или рецидива хронического.

Психосоматический подход в клинике внутренних болезней способен развиваться с учетом некоторых важных факторов. В первую очередь, это принятие во внимание психологических характеристик, в особенности ориентированных на выявление легких отклонений. Так, в настоящее время находится всё больше доказательств того, что влияние психических переменных, таких как депрессия, расстройства настроения соматических больных, сопряжено с худшим прогнозом и заслуживает особого рассмотрения [24, 31, 33]. Результат многих исследований связывает развитие тяжелых соматических заболеваний с конкретным образом жизни [16, 28]. В профилактической медицине широко известны преимущества изменения образа жизни, в особенности в приложении к ишемической болезни сердца и диабету второго типа. Кроме того, психокоррекционное вмешательство признано эффективным при регуляции опасных для здоровья поведенческих паттернов, таких как курение [14].

Психосоматический подход включает в себя рассмотрение взаимодействия врача и больного как особого типа партнерства, с учетом таких его критериев, как понимание самоэффективности пациента и его комплаенс.

Признается важным учет и лечение коморбидной психической патологии, подчеркивается, что фармакологическое и/или психотерапевтическое вмешательства заметно уменьшают депрессивные симптомы, общее функционирование и качество пациента жизни [9, 29].

При лечении психосоматических больных широко применяются различные методы психотерапии:





- психоаналитическая психотерапия;
- гипнотерапия;
- аутогенная тренировка;
- внушение и самовнушение;
- поведенческая терапия;
- личностно-ориентированная, групповая, когнитивная, поддерживающая, телесно-ориентированная психотерапия.

Предполагается, что психотерапия при психосоматической патологии должна быть направлена:

- на устранение симптомов, расстройств поведения, неадекватных личностных реакций;
- восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определили возникновение заболевания и развитие невротических «наслоений»;
- уменьшение клинических проявлений заболевания;
- повышение социального функционирования больного;
- повышение эффективности лечебных воздействий биологического характера [7].

При применении психотерапии приходится учитывать общее отношение к психосоматической проблематике в медицине. Достаточно разработанная и разрабатываемая на теоретическом уровне, психосоматика пока не приобрела популярности в здравоохранении, медленно внедряясь в жизнь и практику обслуживания больных.

Вид избранной психотерапии зависит от краткосрочных и долговременных потребностей больного, его заболевания, реакции на это заболевание и предпринимаемого медицинского вмешательства [7].

Использование психотерапевтических подходов (когнитивно-поведенческая терапия, развитие навыков управления стрессом, краткосрочная психодинамическая терапия) в контролируемых исследованиях дало значительное улучшение в ряде соматических нарушений. Это также могут быть мероприятия, которые организуют социальную поддержку, улучшают настроение и развивают поведение, ориентированное на здоровье, самоконтроль и регуляцию (например, при бронхиальной астме), улучшают эмоциональное раскрытие, тем самым уменьшая степень алекситимии [22].

В заключение хотелось бы отметить, что хронические заболевания в настоящее время являются одной из основных причин инвалидности и обращения за медицинской помощью, что потребляет более половины расходов на здравоохранение. В настоящее время по-прежнему актуальна необходимость включать в организацию медицинской помощи рассмотрение функционирования пациента в повседневной жизни, в работе, выполнении социальных ролей, с учетом его интеллектуального потенциала, эмоциональной стабильности и благополучия, что стало также важнейшей частью клинических исследований [15, 34]. Эти аспекты психосоматического подхода приобретают особое значение в случае хронических заболеваний, когда лечение

не может быть реализовано без включения активности самого больного, а также его семьи, опекунов и т.д.

Пациенты стремятся быть всё более осведомленными в этих вопросах. Возросшие потребности больных в информировании поддерживаются большим количеством популярной и не всегда качественной литературы, телевизионных передач, альтернативных методов лечения. Организация холистически ориентированного подхода в клинике внутренних болезней, его психосоматическая направленность может удовлетворить возрастающий интерес пациентов к регуляции своей роли в заболевании и его лечению, а также позволит улучшить организацию медицинской помощи, результативность на разных этапах ее оказания.

### Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. — М.: Геррус, 2000. — 296 с.
2. Андриященко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия): дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 2011. — 363 с.: ил.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: учебник / пер. с нем. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999.
4. Дмитриева Т.В. Особенности течения и терапии осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с психосоматическими расстройствами: дисс. ... канд. мед. наук. — Воронеж, 2005. — 103 с.: ил.
5. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания: 2-е изд. — М., 1977.
6. Львов А.Н., Иванов С.В., Миченко А.В. Атопический дерматит и психические расстройства: психосоматические соотношения // Лечащий врач. — 2009. — № 10. — С. 9–14.
7. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным // Медицинская психология в России. — 2010. — № 1 [Электрон. ресурс]. — Режим доступа: <http://medpsy.ru>.
8. Симаненков В.И. Психосоматические расстройства в практике терапевта. — СПб., 2008. — 335 с.
9. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. — М.: Берег, 2000. — 160 с.
10. Сулейманова Г.П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом первичной фибромиалгии: дисс. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2005. — 187 с.
11. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической или соматической патологии. — Л., 1990, с. 32–38.



12. Федосеев Г.Б., Ловицкий С.В. Первый опыт применения биоуправления с обратной связью по электроэнцефалограмме в лечении больных бронхиальной астмой // Впервые в медицине. – 1995. – № 1. – С. 69.
13. Фоменко М.Ю., Фоменко Н.П. Психосоматический подход в соматической клинике: перспективы и трудности // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2014. – № 4 (7) [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=106>.
14. Compas B.E., Naagon D.A., Keefe F.J., Leitenberg H., Williams D.A. Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa // *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 89–112.
15. De Fruyt J., Demyttenaere K. Quality of life measurement in antidepressant trials // *Psychother Psychosom* 2009; 78: 212–219.
16. Djousse L., Driver J.A., Graziano JM: Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure // *JAMA* 2009; 302: 394–400.
17. Engel G.L., Schmale A. Jr. Psychoanalytic theory of somatic disorder: Conversion, specificity, and the disease onset situation // *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1967, 15: 344.
18. Engel G.L. Psychological development in health and disease. Saunders, Philadelphia, 1962.
19. Engel G.L. The concept of psychosomatic disorder // *J Psychosom Res* 1967; 11: 3–9.
20. Fava G.A., Freyberger H.J., Been P., Christodoulou G., Sensky T., Theorell T., Wise T.N. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research // *Psychother Psychosom* 1995; 63: 1–8.
21. Fava G.A., Guidi J., Semprini F., Tomba E., Sonino N. Clinical assessment of allostatic load and clinimetric criteria // *Psychother Psychosom* 2010; 79: 280–284.
22. Fava G.A., Sonino N., Wise T.N. (eds). *The Psychosomatic Assessment. Strategies to Improve Clinical Practice* // *Adv Psychosom Med*. Basel, Karger, 2012, vol. 32, pp 1–18.
23. Fava G.A., Sonino N. Psychosomatic medicine: a name to keep // *Psychother Psychosom* 2010; 79: 1–3.
24. Katon W.J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness // *Biol Psychiatry* 2003; 54: 216–226.
25. Kissen D., Le Shan L.L. (eds) *Psychosomatic aspects of neoplastic disease*. Pitman. London, 1964.
26. McEwen B.S., Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease // *Arch Intern Med* 1993; 153: 2093–2101.
27. McEwen B.S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain // *Physiol Rev* 2007; 87: 873–904.
28. Narayan K.M.V., Kanaya A.M., Gregg E.W. Lifestyle intervention for the prevention of type 2 diabetes mellitus // *Treat Endocrinol* 2003; 2: 315–320.
29. Pohle K., Domscheke K., Roehrs T., Arolt V., Baune B.T. Medical comorbidity affects antidepressant treatment response in patients with melancholic depression // *Psychother Psychosom* 2009; 78: 359–363.
30. Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M.R., Rahman A. No health without mental health // *Lancet* 2007; 370: 859–877.
31. Rapp M.A., Rieckmann N., Lessman D.A., Tang C.Y., Paulino R., Burg M.M., Davidson K.W. Persistent depressive symptoms after acute coronary syndrome are associated with compromised white matter integrity in the anterior cingulate: a pilot study // *Psychother Psychosom* 2010; 79: 149–155.
32. Rose G. Sick individuals and sick populations // *In J Epidemiol* 1985; 14: 32–38.
33. Sonino N., Fava G.A., Fallo F. Psychosomatic aspects of Cushing's syndrome // *Rev Endocr Metab Disord* 2010; 11: 95–104.
34. Testa M.A., Simonson D.C. Assessment of quality of life outcomes // *N Engl J Med* 1996; 334: 835–840.
35. Wise T.N. Psychosomatic medicine: an approach needed now more than ever // *Int J Clin Pract* 2010; 64: 999–1001.

**Psychosomatic approach in internal medicine: a look into the past and prospects for development**

*O.M. Uryasev, V.J. Garmash, N.P. Fomenko, M.Y. Fomenko*

*Ryazan State Medical University*

The article describes the main approaches in psychosomatic medicine as the basis of psychosomatic approach in internal medicine, and further consideration of the prospects of their application and integration into wider and more productive theories.

**Keywords:** psychosomatic, holistic approach, psychogenic, interdisciplinary approach.