

## СПОСОБ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Эверт Л.С.<sup>1,2</sup>, Терещенко С.Ю.<sup>1</sup>, Реушева С.В.<sup>3</sup>, Гришкевич Н.Ю.<sup>4</sup>, Бахшиева С.А.<sup>4</sup>,  
Зайцева О.И.<sup>1</sup>, Паничева Е.С.<sup>4</sup>, Ахмельдинова Ю.Р.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», Красноярск, e-mail: [imprn@imprn.ru](mailto:imprn@imprn.ru);

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова» Минобрнауки РФ, Медико-психолого-социальный институт, Абакан, e-mail: [mpsi.khsu@gmail.com](mailto:mpsi.khsu@gmail.com);

<sup>3</sup>КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона», Красноярск, e-mail: [gkb20@mail.ru](mailto:gkb20@mail.ru);

<sup>4</sup>ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, e-mail: [rektorkgmu@rambler.ru](mailto:rektorkgmu@rambler.ru)

---

Представлены результаты разработки технологии по выявлению и верификации клинических вариантов психосоматических расстройств с целью оптимизации ранней диагностики и профилактики нарушений психосоматического статуса у детей и подростков. В процессе создания технологии разработан и апробирован унифицированный опросник для выявления и оценки клинических особенностей (частоты и степени выраженности) различных вариантов нарушений психосоматического статуса: рецидивирующих болевых синдромов (головной, абдоминальной и спинальной боли различной локализации), синкопальных и астенических состояний, панических расстройств. По результатам работы создана, апробирована и внедрена в практику детского отделения клиники института технология по оценке психосоматического статуса у детей и подростков. Технология позволяет оперативно оценить наличие и клинические особенности определенного психосоматического синдрома или сочетаний психосоматических синдромов. Использование данной технологии позволяет оперативно оценивать наличие и клинический вариант психосоматических расстройств у детей и подростков. Применение технологии целесообразно при проведении скрининговых обследований детского населения. Результаты, полученные с помощью технологии, могут быть использованы при разработке персонализированных подходов по профилактике психосоматических расстройств, а также при разработке алгоритмов по предупреждению прогрессирования данных нарушений и их трансформации в хронические формы психосоматической патологии.

---

Ключевые слова: дети; технология; психосоматический статус; рецидивирующие болевые синдромы; астенический синдром; панические расстройства.

## METHOD OF ASSESSMENT OF PSYCHOSOMATIC STATUS CHILDREN AND TEENAGERS

Evert L.S.<sup>1,2</sup>, Tereschenko S.Y.<sup>1</sup>, Reusheva S.V.<sup>3</sup>, Grishkevich N.Y.<sup>4</sup>, Bahshieva S.A.<sup>4</sup>,  
Zaytseva O.I.<sup>1</sup>, Panicheva E.S.<sup>4</sup>, Ahmeldinova Y.R.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>FGBNU "Research Institute of Medical Problems of the North", Krasnoyarsk, e-mail: [imprn@imprn.ru](mailto:imprn@imprn.ru);

<sup>2</sup>FGBOU VPO "Khakassia State University named. N.F. Katanov" Ministry of Education Russian Federation, Medical and psycho-social institution, Abakan, e-mail: [mpsi.khsu@gmail.com](mailto:mpsi.khsu@gmail.com);

<sup>3</sup>KGBUZ "Krasnoyarsk interdistrict Clinical Hospital № 20 named. IS Berzon", Krasnoyarsk, e-mail: [gkb20@mail.ru](mailto:gkb20@mail.ru);

<sup>4</sup>GBOU VPO "Krasnoyarsk State Medical University. named. prof. V.F. Voyno-Yasenetsky" Ministry of Education and Science, Krasnoyarsk, e-mail: [rektorkgmu@rambler.ru](mailto:rektorkgmu@rambler.ru)

---

The results of the development of technologies for the identification and verification of clinical variants of psychosomatic disorders in order to optimize the early diagnosis and prevention of disorders of psychosomatic status in children and adolescents. In the process of creating a technology developed and tested a standardized questionnaire to identify and assess the clinical features (frequency and severity) of different variants of psychosomatic disturbances: recurrent pain syndromes (headache, abdominal and spinal pains of various localization), syncope and asthenic states, panic disorders. As a result of the work is created, tested and put into practice the children's department of clinic Institute of Technology Assessment of psychosomatic status in children and adolescents. The technology allows you to quickly assess the presence and clinical features of certain psychosomatic syndrome, or combinations of psychosomatic syndromes. This technology allows you to quickly assess the presence and clinical variant of psychosomatic disorders in children and adolescents. The use of technology is expedient during the screening of the child population surveys. Results obtained using the

**technology can be used to develop personalized approaches for the prevention of psychosomatic disorders, and in the development of algorithms for preventing the progression of these disorders and their transformation into chronic forms of psychosomatic diseases.**

Keywords: children; technology; psychosomatic status; recurrent pain syndromes; asthenic syndrome; panic disorder.

В последние десятилетия в детской популяции отмечается существенный рост числа психосоматических заболеваний (синдромов), представляющих группу болезненных состояний, появляющихся в результате взаимодействия психических и физиологических факторов [29,30,40,42,45,47,48,52] и являющихся в настоящее время важной медико-социальной проблемой [1,33]. Существуют различные определения данной патологии, по мнению С.Ю. Терещенко (2015), психосоматическими можно считать заболевания, при которых: 1) отсутствуют доказанные органические (анатомические), метаболические, воспалительные или травматические изменения, которые являются причиной появления симптомов; 2) доказанной является большая частота психологических проблем и/или пограничных психических расстройств (генерализованного тревожного расстройства, депрессивного расстройства и др.); 3) доказанной является эффективность техник когнитивно-поведенческой психотерапии и/или психотропной фармакотерапии [37].

Высокая чувствительность детского организма к влиянию внешнесредовых факторов, резкое увеличение стрессовых воздействий на детей школьного возраста с одновременным снижением их адаптационных возможностей, изменяющаяся система общего среднего образования, широкое внедрение информационных компьютерных технологий приводят к широкому распространению и постоянному росту психосоматических расстройств [9,19,43], что в дальнейшем может привести к серьезным последствиям во взрослой жизни: трудностям социальной адаптации, асоциальному поведению и преступности, склонности к алкоголизации [13,24,36].

При ряде психосоматических расстройств (синдромов) существует высокая вероятность их трансформации в хронические формы психосоматической патологии [2,16,18,35]. В связи с чем не вызывает сомнения важность разработки эффективного способа оценки психосоматического статуса у школьников, верификации клинического варианта его нарушений. Этиологические факторы и патогенетические механизмы психосоматических расстройств в детском возрасте отличаются многообразием [6,7,20,21,22,32,46,51,53]. Развитию психосоматических расстройств способствуют биологические, социальные и психологические факторы. При этом психологические факторы оказывают наибольшее влияние на детей. Психосоматические расстройства в детском возрасте обуславливают особенности течения ассоциированных с ними патологических процессов и состояний [15,27,31,38].

*Рецидивирующая головная боль* – наиболее часто встречающееся психосоматическое расстройство, встречающееся у детей и подростков. Головная боль (цефалгия) – распространённый симптом разнообразных заболеваний и патологических состояний, ощущение боли в области черепа [8,50]. Наиболее распространёнными в структуре первичной головной боли у детей являются два вида: мигрень (с аурой и без ауры) и головная боль напряжения (эпизодическая и хроническая). Головная боль напряжения (ГБН) – наиболее частый вид цефалгии в структуре первичной головной боли у детей [14]. Ее происхождение связано с наследственной предрасположенностью, вегетативной дисфункцией, психологическими особенностями личности (тревожность), депрессивными включениями, хроническим стрессом [14,25]. Согласно международной классификации головных болей выделяют эпизодическую и хроническую головную боль напряжения [44]. Нередко данный вид цефалгии сопровождается психовегетативными расстройствами.

Другим синдромом, относящимся к психосоматическим расстройствам, является синдром *рецидивирующей боли в животе (РБЖ)*. В большинстве случаев выявить какую-либо органическую причину болей не удастся. Нередко боли вызваны переживаниями, стрессами или иными психологическими факторами. Чаще такие боли являются редкими, кратковременными, слабой или средней интенсивности, проходящими самостоятельно или после коррекции диеты, симптоматического использования спазмолитиков, ферментных и антисекреторных препаратов. Однако есть категория пациентов, у которых повторная абдоминальная боль превышает некий порог «нормальных, естественных» проявлений по частоте и интенсивности субъективных ощущений и является причиной особого беспокойства ребенка и/или его родителей [26,34]. Согласно предложенным J. Apley и N. Naish критериям, под синдромом РБЖ следует понимать «3 и более эпизодов абдоминальной боли за последние 3 и более месяцев, нарушающих повседневную активность ребенка» [39].

Еще одним представителем рецидивирующих психосоматических болевых синдромов являются дорсалгии. *Дорсалгия* – это боль в спине, независимо от происхождения, характера, сопутствующих симптомов и точной локализации болевого синдрома. Все типы болей в спине можно разделить на две большие категории – боль вертеброгенного происхождения (причина боли – патология позвоночника) и боль, истинная причина которой лежит за пределами позвоночного столба, или невертеброгенная дорсалгия (психогенная, миофасциальный синдром, миозит) [3,5,41].

В структуру психосоматических расстройств у детей и подростков включены и эпизоды пароксизмальных нарушений сознания – нейрогенные *синкопальные состояния (синкопе, обморок)*. Синкопальное состояние представляет собой кратковременную потерю сознания и постурального тонуса с последующим полным их восстановлением, наступающую в

результате транзиторной и диффузной мозговой гипоперфузии (ESC, 2009). Многими исследователями отмечается высокая распространенность обмороков среди детей и подростков [23].

*Астенический синдром* также является одним из клинических вариантов психосоматических расстройств у детей и подростков [4]. Астенический синдром – психопатологический синдром, характеризующийся состояниями общей слабости, чрезмерной истощаемости, раздражительности, нарушением внимания и памяти. Самыми типичными признаками АС являются бессилие и усталость, потеря интереса к окружающему, ребенка беспокоят головные боли, может появляться сухость во рту, повышенная потливость, повышенная чувствительность к атмосферным и климатическим изменениям, а также к внешним раздражителям: яркому свету, прикосновениям, резким запахам, громким звукам, характерны различные нарушения сна. В тяжелых случаях этот синдром может достигать степени полной утраты работоспособности с явлениями адинамии, апатии и безволия, напоминающей депрессию и другие психические расстройства [4].

*Панические расстройства* (панические атаки) являются одним из проявлений, свидетельствующим о нарушении психосоматического статуса. Они достаточно широко распространены в популяции: по данным эпидемиологических исследований панические атаки отмечаются у 1,5–4 % населения [10,11], хотя панику хотя бы раз в жизни испытали 35,9–46 % человеческой популяции [12,49]. Паническое расстройство диагностируется у 6 % лиц, обращающихся за первичной медицинской помощью [12,49]. Паническое расстройство, согласно МКБ-10, – вариант тревожных расстройств, доминирующим признаком которого являются повторяющиеся психовегетативные пароксизмы, или панические атаки (эпизодическая пароксизмальная тревожность). Основными диагностическими признаками панических атак служат пароксизмальность возникновения, полисистемность вегетативных симптомов, наличие эмоциональных расстройств, выраженность которых может колебаться от ощущения «дискомфорта» до «паники» [12].

Разработка оздоровительных программ по профилактике и охране здоровья школьников в условиях современной образовательной среды, в условиях воздействия интенсивных информационных (компьютерных) нагрузок должна базироваться на точном знании состояния организма каждого ребенка. Жизненно необходимо создание идеологически единой и функционально завершенной службы медицинской помощи детям с психосоматическими функциональными заболеваниями, с разработкой стандартов и протоколов ведения таких пациентов, с эффективной и своевременной диагностикой данных нарушений, в том числе – с применением современных высокоэффективных технологий диагностики [17,28].

Сущностью действия разработанной нами технологии является использование в клинической практике нового информативного способа определения особенностей психосоматического статуса детей, основанного на применении диагностического скринингового опросника и позволяющего регистрировать у детей наличие (или отсутствие) диагностически значимых признаков клинических вариантов психосоматических расстройств, их балльную оценку и последующую интерпретацию результатов с использованием критериев оценки баллов анализируемых признаков.

Так, для таких психосоматических синдромов, как *РГБ*, *РБЖ*, *дорсалгии* (с локализацией боли в области шеи, в области грудного и поясничного отдела позвоночника) и синдрома головокружения отсутствие признака оценивается как «0» баллов, наличие редких эпизодов анализируемого признака – как «1» балл, частых эпизодов – как «2» балла. Наличие эпизодов *синкопе* у детей кодируется как «1» балл, отсутствие синкопальных состояний – как «0» баллов. Отсутствие *астенического синдрома* кодируется как «0» баллов, незначительная выраженность синдрома и/или редкая (эпизодическая) его встречаемость – как «1» балл, значительная выраженность синдрома и/или высокая частота его встречаемости – как «2» балла. При определении у детей *панических расстройств* (панических атак) наличие анализируемых признаков кодируется как «1» балл, а отсутствие – как «0» баллов. Далее подсчитывается сумма баллов (максимальное количество баллов равно 13). Если сумма баллов – 4 делается заключение об отсутствии у ребенка панических расстройств (панических атак), если данная величина  $\geq 4$  баллам – делается заключение о наличии у тестируемого ребенка панических расстройств (панических атак).

На основе полученных данных делается заключение о наличии у тестируемого ребенка конкретных видов психосоматических расстройств: рецидивирующей головной боли (*РГБ*), рецидивирующей боли в животе (*РБЖ*), болей в различных отделах позвоночника (*дорсалгий*), *астенического синдрома* (*АС*), синкопальных состояний (*СС*), панических расстройств (*ПР*). В соответствии с полученными результатами врачом педиатром и/или клиническим психологом с учетом конкретного набора признаков, ассоциированных с определенным видом психосоматического расстройства, имеющегося у данного ребенка, планируется индивидуально-ориентированный комплекс профилактических (а в случае необходимости – лечебных) мероприятий, в том числе – методов психологической коррекции. В последующем для оценки эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий проводится тестирование ребенка в динамике с целью мониторинга имеющихся у него психосоматических расстройств.

Применение предлагаемой технологии позволяет своевременно оценить особенности психосоматического статуса, наличие и сочетание различных клинических вариантов

психосоматических расстройств у детей и оптимизировать проведение целенаправленных профилактических и лечебных мероприятий, направленных на предотвращение прогрессирования имеющихся у ребенка психосоматических синдромов и состояний и их трансформации в хронические формы психосоматической патологии. Показанием к использованию технологии является обследование детей школьного возраста для определения особенностей психосоматического статуса, в том числе – учащихся с высоким уровнем информационных (компьютерных) нагрузок. Технология может применяться при диспансеризации школьников, в комплексе диагностических мероприятий, проводимых педиатрами и специалистами ЛПУ различного профиля (неврологами, психологами и др.), а также специалистами детских Центров здоровья.

**Заключение.** Разработанная технология позволяет оперативно оценить наличие и клинические особенности психосоматического синдрома или сочетаний различных психосоматических синдромов. Использование технологии целесообразно при проведении скрининговых обследований детского населения, в том числе – для формирования группы риска детей и подростков по прогрессированию имеющихся у них психосоматических нарушений и их трансформации в хроническую психосоматическую патологию.

Реализация данной технологии в педиатрической практике будет способствовать оптимизации ранней диагностики различных проявлений психосоматических расстройств у детей и подростков. Технология может быть использована при разработке алгоритмов по предупреждению прогрессирования данных нарушений и их трансформации в хронические формы психосоматической патологии. Разработанная и апробированная в условиях клиники технология перспективна и может быть использована в детских лечебно-профилактических учреждениях, осуществляющих профилактическую и лечебную помощь детям, в образовательных учреждениях и в Центрах здоровья. Технология предназначена для школьных врачей, педиатров, неврологов и клинических психологов.

### Список литературы

1. Абольян Л.В., Березанцев А.Ю. Психосоматическое здоровье детей и подростков как междисциплинарная проблема // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 652-653.
2. Акарачкова Е.С., Вершинина С.В. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков // Педиатрия им. Г.М. Сперанского. – 2011. – № 6. – С. 30-34.
3. Анисимова С.Ю., Рачин А.П. Дорсопатии // Неврол. вестн. – 2012. – № 2. – С. 21-24.

4. Астенические расстройства в терапевтической практике: руководство по диагностике и лечению / под ред. А.В. Шаброва, С.Л. Соловьевой. – СПб., 2010. – 223 с.
5. Белоусова Т.Е., Суббота В.В. Психосоматический подход к диагностике и лечению пациентов с вертеброгенной цервикалгией // Современные технологии в медицине. – 2009. – № 2. – С. 61-66.
6. Бенько Л.А., Пугачёв А.Н., Пирогова М.Ю. Органическое астеническое расстройство у детей: патогенетические, психосоматические аспекты // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 6. – С. 79.
7. Березанцев А.Ю., Булыгина В.Г., Абольян Л.В. Семья, социальная экология и психосоматическое здоровье детей и подростков // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11, № 4. – С. 7-12.
8. Брызгунов И.П. Клинико-психологические особенности детей с цефалгиями напряжения // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – № 4. – С. 66-68.
9. Брызгунов И.П. Психосоматика у детей. – М.: Психотерапия, 2009.
10. Васильева Л.В., Эверт Л.С., Терещенко С.Ю., Горбачева Н.Н., Мочалкина И.М. Пограничные психические расстройства у школьников // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 4. – С. 16-19.
11. Васильева Л.В., Эверт Л.С., Терещенко С.Ю., Горбачева Н.Н., Шубина М.В. Панические расстройства у школьников Сибири (на примере г. Красноярска) // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – № 2(51). – С. 93-96.
12. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Данилов А. Б. Панические атаки. – М.: Эйдос Медиа, 2004. – 408 с.
13. Винокуров Л.Н. Клинические аспекты психолого-педагогических проблем школьной практики. [depositfiles.com/files/7bigjv16b](http://depositfiles.com/files/7bigjv16b).
14. Горюнова А.В., Маслова О.И., Дыбунов А.Г. Первичная головная боль у детей // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – № 5. – С. 69-75.
15. Долгих В.В., Климкина Ю.Н., Рычкова Л.В., Коровин С.А. Эпидемиологические особенности психосоматических расстройств на примере ожирения // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2014. – № 4 (98). – С. 19-23.
16. Долодаренко А.Г., Фатхутдинова Л.М., Гараева Л.Т. Проспективное исследование влияния занятий за компьютером на состояние здоровья детей среднего школьного возраста // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2006. – № 3 (49). – С. 157-161.

17. Елиашвили М.Н. Психологическая помощь детям, страдающим психосоматической патологией // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2012. – № 4. – С. 70-76.
18. Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е. Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2012. – Т. 91, № 2. – С. 92-101.
19. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Специальная литература, 2000.
20. Калинина М.А., Баз Л.Л. О психосоматических нарушениях у детей в условиях педиатрического стационара // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – Т. XX, № 4. – С. 84-86.
21. Кравцова Н.А., Катасонова А.В., Довженко А.Ю., Денисова В.А., Рабовалюк Л.Н. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 48-55.
22. Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – № 1(84). – С. 70-83.
23. Лыткин В.А., Эверт Л.С. Вазовагальные и ортостатические обмороки у детей и подростков // Сиб. мед. обозрение. – 2011. – № 1(67). – С. 106-109.
24. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб.: Наука и Техника, 2013. – С. 84-134.
25. Маневич Т.А., Соколова Е.Д., Яхно Н.Н. Хронические головные боли напряжения у детей и подростков: психосоматический подход к диагностике и лечению // Боль. – 2004. – № 1-2. – С. 13-16.
26. Марьина А.Н., Вологжанина Е.В., Степанов М.И. Абдоминальный синдром в практике педиатра // Мать и дитя в Кузбассе. – 2008. – № 4(35). – С. 25-26.
27. Миленин В.В. Развитие психосоматических нарушений в зависимости от пола и возраста детей в стоматологической практике // Институт стоматологии. – 2012. – Т. 3, № 56. – С. 20-23.
28. Миронов Н.В., Бударина И.Ю., Миронова Н.И. Профилактика психосоматических заболеваний у детей – позиция педиатра // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. – 2013. – № 1(9). – С. 14-17.
29. Павленко Н.С. Эпидемиология болевых синдромов у детей и подростков // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 6 (13).



30. Рягузова А.В. Обзор ведущих исследований факторов риска развития психосоматических заболеваний // Глобальный научный потенциал. – 2013. – № 9 (30). – С. 13-19.
31. Серых А., Басюк В., Лифинцева А. Особенности детских психосоматических расстройств // Развитие личности. – 2010. – № 3. – С. 59-70.
32. Смирнова С.В., Сергодеева Е.А. Нарушения семейных отношений в генезе психосоматических заболеваний у детей // Теория и практика общественного развития. – 2013. – № 6. – С. 67-69.
33. Сторожаков Г.И., Шамрей В.К. (ред). Расстройства психосоматического спектра // Патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей. – Изд-во: СпецЛит, 2014. – 303 с.
34. Терещенко С.Ю., Прахин Е.И., Кашеева М.В., Горбачева Н.Н. Рецидивирующая боль в животе у детей школьного возраста: распространенность и структура жалоб в соответствии с критериями ROME III // Вопр. дет. диетол. – 2008. – № 6(3). – С. 27-32.
35. Эверт Л.С., Потупчик Т.В., Бахшиева С.А., Гришкевич Н.Ю., Паничева Е.С. Социально-гигиенические и клинично-функциональные аспекты компьютерных нагрузок у студентов // Рос. мед. журн. – 2015. – № 4. – С. 4-8.
36. Эверт Л.С., Потупчик Т.В., Зайцева О.И., Паничева Е.С., Соловьева А.А., Гришкевич Н.Ю., Бахшиева С.А. Социально-психологическая адаптация подростков в современной образовательной среде // Российский педиатрический журнал. – 2015. – Т. 18, № 6. – С. 16-19.
37. Эверт Л.С., Реушева С.В., Зайцева О.И., Терещенко С.Ю., Паничева Е.С., Прахин Е.И., Гришкевич Н.Ю., Бахшиева С.А., Боброва Е.И., Власова Е.Н., Быкова Е.В. Способ оценки психосоматического статуса у детей с дисплазией соединительной ткани (медицинская технология). – Красноярск-Абакан, 2015.
38. Юхименко Ж.В. Особенности течения заболеваний верхних отделов пищеварительной системы у детей разных типов психосоматической конституции // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. 16, № 2. – С. 188-190.
39. Apley J., Naish N. Children with recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children // Arch. Dis. Child. – 1978. – № 33. – P. 165-170.
40. Aro H., Paronen O., Aro S. Psychosomatic symptoms among 14–16 year old Finnish adolescents // Soc. Psychiatr. – 1978. – № 22. – P. 171-176.
41. Balague F., Dutoit G., Waldburger M. Low back pain in schoolchildren // Scand. J. Rehab. Med. – 1988. – № 20. – P. 175-179.
42. Beyer J.E., Wells N. The assessment of pain in children // Pediatr. Clin. N. Am. – 1989. – № 36. – P. 837-854.

43. Brill S.R., Patel D.R., MacDonald E. Psychosomatic disorders in pediatrics // *Indian J. Pediatr.* – 2001. – № 68 (7). – P. 597-603.
44. Collin C., Hockaday J.M., Waters W.E. Headache and school absens // *Arch. Dis. Child.* – 1985. – № 60. – P. 245-247.
45. Collishaw S. et al. Time trends in adolescent mental health // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2004. – № 45. – P. 1350-1362.
46. Duckworth A.L., Kim B., Tsukayama E. Life stress impairs self-control in early adolescence // *Front. Psychol.* – 2012. – № 3. – P. 608. Published online 2013 January 11. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00608.
47. Fleitlich-Bilyk B., Goodman R. The prevalence of child psychiatric disorders in Southeast Brazil. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* – 2004. – № 43. – P. 727-734.
48. Goodman R.G., Slobodskaya H.R., Knyazev G.G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // *European Child and Adolescent Psychiatry.* – 2005. – № 14. – C. 28-33.
49. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S. et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2005. – № 15. – 435 p.
50. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders 2-nd Edition 1-st revision (May, 2005) // *Cephalalgia.* – 2005. – № 25. – P. 460-465.
51. Lucini D., Pagani M. From stress to functional syndromes: An internist's point of view // *Eur J Intern Med.* – 2012. – № 23(4). – P. 295-301.
52. Meltzer H. et al. Mental health of children and adolescents in Great Britain. – London: The Stationery Office. – 2000.
53. Yoo Y.S., Popp J., Robinson J. Maternal distress influences young children's family representations through maternal view of child behavior and parent-child interactions // *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2013. Apr 9: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.