

НАЧАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ СИМПТОМАМИ

Альберт Вазенович Погосов, Ангелина Олеговна Николаевская

*Курский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и психосоматики,
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3, e-mail: angelinasevostyanova@yandex.ru*

Реферат. Установлено, что до 40% больных, страдающих соматизированными психическими расстройствами, обращаются за помощью к врачам поликлиники на амбулаторном приеме. Факт необходимости выявления указанных расстройств на начальных этапах течения заболевания с целью последующего своевременного эффективного лечения признан многими исследователями, поскольку несет в себе профилактический и реабилитационный потенциалы, уменьшает стигматизацию. Соматизированные психические расстройства относятся к числу распространенной и недостаточно изученной патологии, встречающейся в поликлинической, общесоматической и психиатрической практике, что делает актуальным изучение начальных клинических проявлений соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми симптомами.

Ключевые слова: психиатрия, соматизированные психические расстройства.

EARLY CLINICAL FEATURES OF SOMATIZED MENTAL DISORDERS WITH CARDIOVASCULAR SYMPTOMS

Albert V. Pogosov, Angelina O. Nikolaevskaya

Kursk State Medical University, Department of psychiatry and psychosomatics, 305041, Kursk, K. Marx street, 3,
e-mail: angelinasevostyanova@yandex.ru

It was established that about 40% of patients with somatized mental disorders apply for medical care to specialists in primary health care. Many investigators are recognizing the need to identify somatized mental disorders at the early stages of their development. Early diagnosis is contributes the preventive, rehabilitation potential and decreased of stigmatization. Somatized mental disorders are common and unexplored pathology that occurs in the city polyclinics, somatic and psychiatric practice. Therefore is necessary to study the peculiarities of somatized mental disorders at the early stages of disease in patients of city polyclinics.

Key words: psychiatry somatized mental disorders.

До 40% больных, страдающих соматизированными психическими расстройствами, обращаются за помощью к врачам поликлиники на амбулаторном приеме [2, 18, 23, 24]. Многочисленными исследованиями показано, что психические расстройства порой не имеют четких клинических форм и нозологической специфичности, отличаются размытостью границ, что не позволяет их отнести ни к норме,

ни к патологии [1, 3, 13, 17]. Факт необходимости выявления соматизированных психических расстройств на начальных этапах течения заболевания с целью последующего своевременного эффективного лечения признан многими исследователями, поскольку несет в себе профилактический и реабилитационный потенциал, уменьшает стигматизацию [4, 9, 15, 16, 20, 22]. В последние годы для обозначения расстройств невротического уровня, проявляющихся множественными, изменяющимися, функциональными соматическими симптомами стали употреблять понятие «соматизированные психические расстройства» [16]. Исследователями показано, что сердечно-сосудистые симптомы – наиболее часто фиксируемые при органоневротических расстройствах, характерных для пациентов городской поликлиники [5, 7, 10]. Соматизированные психические расстройства с сердечно-сосудистыми проявлениями включают полисимптоматическую истерию (соматизированное расстройство) [8, 21], сердечно-дыхательную разновидность соматизированного расстройства [11], ипохондрическое расстройство (кардиофобия) [6], соматоформную вегетативную дисфункцию сердечно-сосудистой системы [14], кардиалгический тип соматизированной депрессии [19]. Следует отметить, что соматизированные психические расстройства относятся к числу распространенной и недостаточно изученной патологии, встречающейся в поликлинической, общесоматической и психиатрической практике [11, 12].

Целью настоящего исследования являлось изучение начальных клинических проявлений соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми симптомами у больных городской поликлиники. Были обследованы 218 больных соматизированными психическими расстройствами различной тяжести с сердечно-сосудистыми симптомами. Обозна-

ченные расстройства включали полисимптоматическую истерию (соматизированное расстройство); соматизированную депрессию; паническое расстройство. У 88 больных была диагностирована полисимптоматическая истерия – соматизированное расстройство (основная группа – 38, контрольная – 50). У 32 (основная группа) из 63 больных было диагностировано расстройство адаптации с проявлениями соматизированной депрессии, у 31 (контрольная группа) – соматизированная депрессия; у 67 – паническое расстройство (основная группа – 30, контрольная – 37). Больных по основной и контрольной группам распределяли с учетом тяжести клинических проявлений заболевания. Основную группу (100 чел.) составили больные с начальными клиническими проявлениями соматизированных психи-

года до 5 лет. Они находились на стационарном лечении у психиатра в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы, дневных стационарах № 1, № 2 Курского клинического психоневрологического диспансера. Исследованием охватывали тех больных, которые не имели соматических заболеваний. Их социально-демографические показатели выглядели следующим образом: преобладали жители сельской местности – 125 (57,33 %) человек, лица женского пола – 160 (73,39%). От 20 до 30 лет было 87 (39,90 %) человек, от 31 до 40 – 74 (33,94 %), от 41 до 50 – 57 (26,16 %). Наибольший удельный вес приходился на лиц со средне-специальным образованием – 116 (53,21%). Большинство больных имели постоянную работу – 117 (53,66 %), состояли в браке 140 (64,22 %).

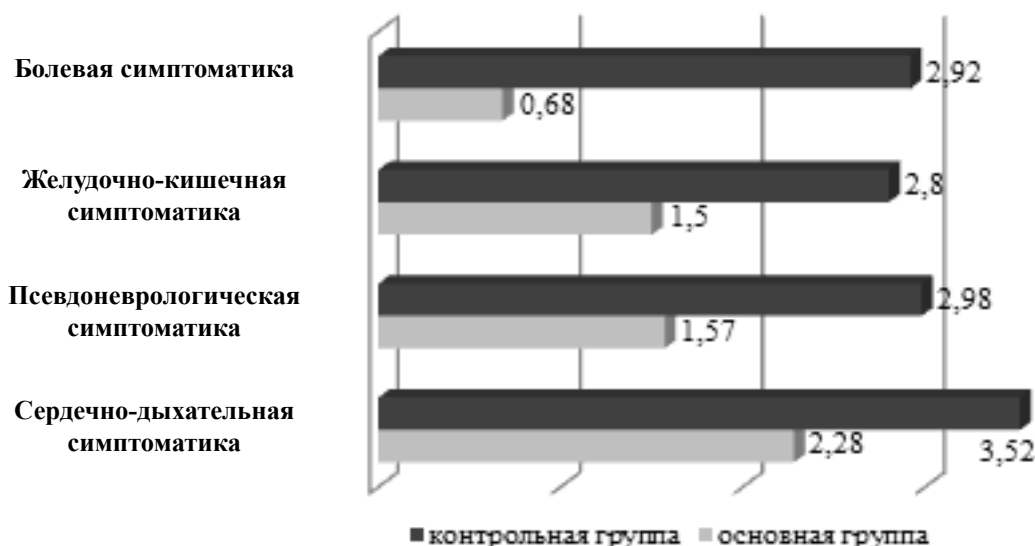


Рис. 1. Сравнительная оценка распределения диагностических симптомов полисимптоматической истерии (соматизированного расстройства) в основной и контрольной группах в расчете на одного больного.

ческих расстройств с сердечно-сосудистыми симптомами, неполностью сформированной клинической картиной, длительностью заболевания до одного года. Такие больные обращались за медицинской помощью к терапевту, неврологу, кардиологу, эндокринологу и выявлялись в условиях поликлиник № 1, № 5 г. Курска. Изначально в выборку вошли также 11 больных ипохондрией с сердечно-сосудистыми проявлениями и 6 больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца, однако из-за их малочисленности окончательную группу сформировать не удалось. Контрольную группу (118 чел.) составили больные с развернутой клинической картиной заболевания длительностью от одного

При проведении исследования использовались клинко-психопатологический, клинко-динамический и статистический методы. Были задействованы следующие статистические технологии: 1) описательная статистика; 2) ф-критерий Фишера, который позволяет оценить достоверность различий между процентными долями и частотой двух выборок. Для статистического анализа применяли программу Statistica (версия 6.0) Stat Soft.

Остановимся на проявлениях полисимптоматической истерии – соматизированного расстройства (рис. 1).

Среди диагностических симптомов полисимптоматической истерии (соматизированного

расстройства) преобладали функциональные нарушения со стороны сердца и дыхательной системы, что подтверждает целесообразность выделения сердечно-дыхательной её разновидности.

нечеткость зрения (соответственно у 34,21% и 60,00%; $p<0,05$), паралич или мышечная слабость (у 21,05% и 50,00%; $p<0,05$) статистически достоверно реже встречались у больных основной группы. Тенденция к статистической достовер-

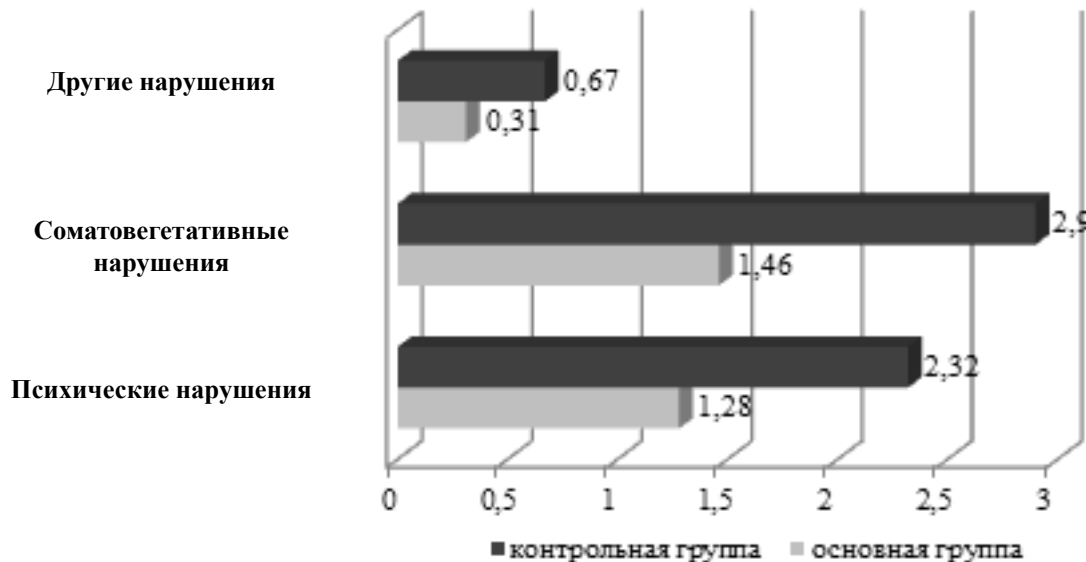


Рис. 2. Сравнительная оценка распределения диагностических симптомов соматизированной депрессии в основной и контрольной группах в расчете на одного больного.

При сравнительном анализе частотного распределения диагностических симптомов полисимптоматической истерии (соматизированного расстройства) в группах были установлены статистически значимые различия в отношении проявлений со стороны сердца и дыхательной системы, которые реже встречались у больных основной группы: поверхностное дыхание – в основной группе у 60,52%, в контрольной у 88,00% ($p<0,001$), сердцебиение – соответственно у 68,42% и 90,00% ($p<0,05$), боли в грудной клетке – у 55,26% и 82,00% ($p<0,05$), головокружение – у 44,73% и 92,00% ($p<0,001$). Сравнительная оценка желудочно-кишечных симптомов показала, что такие проявления, как боли в животе и диарея достоверно реже наблюдались у больных основной группы по сравнению с контрольной – соответственно 50,00% и 76,00% ($p<0,05$), а также у 7,89% и 46,00% ($p<0,001$). В отношении таких симптомов, как рвота, тошнота, вздутие живота (газы), установлены различия на уровне статистической тенденции: в основной – у 10,52%, 21,05%, 28,94%, в контрольной – у 26,00%, 38,00%, 46,00% ($p>0,05$ – $p<0,1$). Среди псевдоневрологических симптомов затрудненное глотание (в основной группе у 7,89%, в контрольной у 32,00%; $p<0,05$),

ности установлена при сравнении симптома пошатывания при ходьбе (в основной группе у 26,31%, в контрольной у 46,00%; $p>0,05$ – $p<0,1$). Такие болевые симптомы, как боли в конечностях (соответственно по группам у 15,78% и 80,00%; $p<0,001$), в спине (у 10,52% и 88,00%; $p<0,001$), в суставах (у 10,52% и 66,00%; $p<0,001$) статистически достоверно реже фиксировались у больных основной группы по сравнению с контрольной.

Как видно, у больных основной группы на начальном этапе течения полисимптоматической истерии (соматизированного расстройства) наблюдается меньшее количество симптомов по сравнению с таковыми в контрольной группе, характеризующейся развернутой клинической картиной. Среднее число диагностических симптомов в расчете на одного больного основной группы (6,05) меньше, чем в контрольной (12,22). Это связано с тем, что у больных основной группы на начальном этапе течения полисимптоматической истерии (соматизированного расстройства) клиническая картина заболевания была сформирована неполностью (рис. 2).

На первом месте по частоте в клинической картине соматизированной депрессии независимо от тяжести заболевания находились соматове-

гетативные нарушения, на втором – психические (эмоциональные, когнитивные, волевые), на третьем – другие нарушения (снижение аппетита, потеря массы тела, нарушение сна).

В контрольной группе среди эмоциональных нарушений наиболее часто наблюдалось уныние – у 9 (29,03%), печаль у 8 (25,80%), угнетенность – у 7 (22,58%). Редкими были разочарование –



Рис. 3. Сравнительная оценка частотного распределения диагностических симптомов панического расстройства в основной и контрольной группах.

В основной группе среди эмоциональных нарушений доминировала угнетенность – у 5 (15,62%), далее уныние – у 4 (12,50%). Печаль и разочарование наблюдались реже – соответственно у 9,37% и 6,25%. Среди когнитивных нарушений преобладала частота замедленности мышления – у 5 (15,62%). Несколько реже определялись пессимизм – у 4 (12,50%) и размышления о плохих сторонах жизни – у 3 (9,37%). Что касается волевых нарушений, то в порядке убывания были зафиксированы утомляемость – у 6 (18,75%), снижение энергии – у 5 (18,75%) и уменьшение активности – у 4 (12,50%). Часто нарушался сон – у 4 (12,50%). 9,37% обследованных отмечали у себя снижение аппетита и потерю массы тела. 11 (34,37%) больных испытывали неприятные ощущения в груди, 9 (28,12%) – ощущение нехватки воздуха, по 8 (25,00%) – перебои в работе сердца, перепады кровяного давления и лабильность пульса. Наиболее редко жаловались на ощущение остановки сердца – у 3 (9,37%). Среди больных основной группы было зафиксировано 98 симптомов соматизированной депрессии. На одного больного приходилось в среднем 3,06 симптома.

у 5 (16,12%). Замедленность мышления, размышления о плохих сторонах жизни и пессимизм встречались соответственно у 9 (29,03%), 8 (25,80%) и 6 (19,35%). По 7 (22,58%) больных чувствовали снижение энергии и уменьшение активности, 6 (19,35%) – утомляемость. Среди соматовегетативных нарушений чаще выявлялись неприятные ощущения в груди – у 20 (64,51%). Примерно с одинаковой частотой испытывали ощущение нехватки воздуха 18 (58,06%) и перебои в работе сердца – 17 (54,83%). Перепады кровяного давления беспокоили 13 (41,93%) больных, лабильность пульса – 12 (38,70%). Наиболее редко ими фиксировалось ощущение остановки сердца – 10 (32,25%) случаев. Нарушения сна имели место у 9 (29,03%) больных, снижение аппетита и потеря массы тела – по 6 (19,35%). В контрольной группе было зафиксировано 183 симптома соматизированной депрессии, их среднее число составило 5,90.

Сравнительный анализ симптомов соматизированной депрессии в обследованных группах показал, что всех больных больше беспокоили проявления со стороны сердечно-сосудистой системы, в то время как клиника классической

депрессии отошла на второй план. С течением времени симптомы соматизированной депрессии становились более многочисленными, а функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы по-прежнему преобладали в клинике заболевания.

Распределение диагностических симптомов панического расстройства в анализируемых группах отражено на рис. 3.

Изучение вегетативных синдромов панической атаки показало, что как в основной, так и в контрольной группе наиболее часто встречались сердцебиение, учащенный пульс (основная группа – 63,33%; контрольная группа – 97,29%; $p < 0,001$). В основной группе на втором месте по частоте фиксировались боль, дискомфорт в левой половине грудной клетки (33,33%). 9 (30,00%) больных ощущали нехватку воздуха, одышку, 8 (26,66%) – затруднение дыхания, удушье, 7 (23,33%) – потливость, 5 (16,66%) – тошноту, абдоминальный дискомфорт, 4 (13,33%) – ощущение онемения, покалывания. Жар, волны жара, ощущение головокружения, неустойчивости, легкости в голове, предобморочное состояние – по 3 (10,00%) случая. Обращает на себя внимание тот факт, что психические симптомы панической атаки (деперсонализация, дереализация и страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок) у больных основной группы встречались в единичных случаях (по 3,33%). Страх смерти наблюдался в 7 (23,33%) случаях.

В контрольной группе второе место по частоте в панической атаке занимали ощущение нехватки воздуха, одышка (91,89%; $p < 0,001$), реже – жар, волны жара (83,78%; $p < 0,001$), потливость (78,37%; $p < 0,001$). Боль, дискомфорт в левой половине грудной клетки и тремор наблюдались с одинаковой частотой – в 28 (75,67%) случаях ($p < 0,001$). Далее в порядке убывания следовали головокружение, неустойчивость, легкость в голове, предобморочное состояние (67,56%; $p < 0,001$), ощущение онемения, покалывания и тошнота (по 56,75%; $p < 0,001$), затруднение дыхания, удушье (54,05%; $p > 0,05$ – $p < 0,1$). Страх смерти встречался достаточно часто – в 29 (78,37%) из 37 случаев ($p < 0,001$). Страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок (24,32%; $p < 0,05$) и ощущение деперсонализации, дереализации (8,10%) регистрировались редко. При сравнительном анализе частотного распределения диагностических симптомов панического

расстройства было установлено, что все диагностические симптомы панической атаки, за исключением ощущения деперсонализации, дереализации, достоверно реже встречались в основной группе: среднее их число составляло 2,63, что в 3,22 раза меньше, чем в контрольной группе (8,48). Соотношение психических и вегетативных симптомов в основной группе составляло 1:7,77, в контрольной – 1:6,65. Приведенные цифры свидетельствуют о меньшем количестве психических симптомов панической атаки на начальном этапе течения заболевания. В динамике при сформированной картине заболевания в клинике панической атаки увеличивается количество психических симптомов.

Анализ клиники периода между паническими атаками показал, что у преобладающего большинства больных контрольной группы статистически достоверно чаще наблюдались опасения, связанные с возможностью развития новых панических атак – тревога предвосхищения. Указанные проявления, по данным А.В. Погосова и др. (2003), целесообразно рассматривать как проявление навязчивого расстройства – аффективную навязчивость (36–97,29% случаев; $p < 0,001$), поскольку они характеризовались не состоянием эмоционального дискомфорта («волнение в груди», «предчувствие беды»), а внезапно возникающими мыслями, опасениями с критической их оценкой и попытками борьбы с ними. Когнитивные симптомы в межприступном периоде панического расстройства проявлялись также навязчивой ипохондрией (в основной группе у 3,33%, в контрольной у 56,75 %; $p < 0,001$), сверхценными ипохондрическими идеями (соответственно у 3,33% и 75,67%; $p < 0,001$). Предлагаемое трактование тревоги предвосхищения подтверждалось наличием у больных защитного поведения. Оно было достаточно разнообразным и не ограничивалось частичным или полным избеганием фобических ситуаций со скоплением большого количества людей (общественный транспорт, магазины, рынки, улицы). Другими способами защиты являлись ношение с собой лекарств, автоматических приборов для измерения пульса и артериального давления. Распределение поведенческих симптомов у больных основной и контрольной групп показало, что на начальном этапе течения заболевания они встречались редко (5 случаев из 30). Что касается частоты возникновения панических атак, то больные основной группы в своем большинстве испытывали их менее одного раза в

неделю (86,66 %; $p < 0,001$), в контрольной – более
раза в неделю (59,45 %; $p < 0,001$).

Таким образом, нами были выделены общие
и частные особенности клинической картины
начального этапа соматизированных психических
расстройств с сердечно-сосудистыми симпто-
мами. К числу общих особенностей относятся
невысокая тяжесть клинических проявлений,
небольшие сроки заболевания и количество
симптомов в клинике, нацеленность на обследо-
вание у врачей общего профиля из-за стиг-
матизации. Частными особенностями клиники
начального этапа соматизированных психических
расстройств с сердечно-сосудистыми симптомами
при полисимптоматической истерии (соматизиро-
ванных расстройствах) являются наличие не более
6 симптомов из четырех диагностических групп
(нарушения со стороны сердца и дыхательной
системы, псевдоневрологические, желудочно-
кишечные, болевые симптомы), длительность
заболевания до одного года; при соматизиро-
ванной депрессии в рамках расстройства адап-
тации – небольшая тяжесть заболевания (набор
симптомов для диагностики составляет не более
3), преобладание в клинической картине сома-
товегетативных функциональных симптомов со
стороны сердечно-сосудистой системы, которые
носят сенестопатический оттенок, небольшая (до
полугода) длительность заболевания; у больных
паническим расстройством – небольшое коли-
чество диагностических симптомов в клинике
панической атаки (не более 3), фиксируемые
в единичных случаях психические симптомы,
межприступный период без тревоги предвос-
хищения, навязчивой ипохондрии, сверхценных
ипохондрических идей, невысокая частота
панических атак (менее одного раза в неделю),
длительность заболевания до одного года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические
расстройства. Руководство для врачей. 4-е изд., перераб. и
доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 720 с.
2. Барышева Н.М. Клинико-психологические
характеристики больных с сердечно-сосудистыми
соматизированными нарушениями: Автореф. дис. ... канд.
мед. наук. М., 2009. 24 с.
3. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные
расстройства. М.: Информационные технологии, 2001. 191 с.
4. Бобров А.Е. Взаимодействие психотерапевта и
участковых терапевтов поликлиники: сравнение результатов
работы по консультативной модели и модели сопровождения // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 3. С. 72–78.
5. Вертоградова О.П. Кардиофобический синдром
(клиника, динамика, терапия) / Психические расстройства
и сердечно-сосудистая патология. Сборник статей [под ред.
А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин]. М., 1994. 192 с.
6. Волель Б.А. Небредовая ипохондрия при
соматических, психических заболеваниях и расстройствах
личности: психосоматические соотношения, психопатология,
терапия: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2009. 47 с.
7. Григорьева К.В. Медведев В.Э. Психические
расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях // Медицина неотложных состояний. 2010. № 1-2. С. 32–33.
8. Дмитриева Т.Б. Клиническая психиатрия. М.:
ГЭОТАР Медицина, 1998. 505 с.
9. Краснов В.Н. Психиатрия в первичном звене
здравоохранения: новое решение старой проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. №4. С. 5–13.
10. Медведев В.Э. Лечение большого депрессивного
расстройства легкой и средней степени тяжести
Вальдоксаном (агомелатином) в кардиологической практике:
результаты observational национальной многоцентровой
программы ПУЛЬС // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. № 5. С. 30–36.
11. Погосов А.В. Соматизированные расстройства
(клиника, диагностика, терапия). Курск: КГМУ Росздрава,
2008. 268 с.
12. Семке В.Я. Панические расстройства (клиника,
факторы риска, лечение). Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. 191
с.
13. Семке В.Я. Психическое здоровье юных сибиря-
ков – залог будущего // Сибирский вестник психиатрии и
наркологии. 2013. № 2 (77). С. 5-6.
14. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М.,
2001. С. 38–52.
15. Смулевич А.Б. Предисловие к монографии
«Соматизация и соматоформные расстройства». Иркутск,
2014. 304 с.
16. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные
расстройства. Иркутск, 2014. 304 с.
17. Сухотина Н.К. Донозологические формы
нервно-психических расстройств у детей (сообщение 1) // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. №1. С. 75–80.
18. Тювина Н.А., Прохорова С.В., Смирнова В.Н.
Диагностика и лечение депрессий в амбулаторной практике
// Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. № 2. С. 14–18.
19. Цыганков Б.Д. Психиатрия. Руководство для
врачей. М.: ГЭОТАР-медиа, 2011. 489 с.
20. Fink P., Schröder A. One single diagnosis, bodily
distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories
of functional somatic syndromes and somatoform disorders // Journal of Psychosomatic Research. 2010. Vol. 68. P. 415–426.
21. Guze S.B. The validity and significance of the clinical
diagnose of hysteria (Briquet's syndrome) // Amer. J. Psychiatry. 1975. №132. P. 138–141.
22. Hanel G. Depression, anxiety, and somatoform
disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results
from a large cross-sectional study // Journal of Psychosomatic
Research. 2009. Vol. 67. P. 189–197.
23. Rief W., Mohanb I. The future of somatoform disorders:
somatic symptom disorder, bodily distress disorder or functional
syndromes? // Current Opinion in Psychiatry. 2014. Vol. 27.
P. 315–319.
24. Steinbrecher N. The prevalence of medically
unexplained symptoms in primary care // Psychosomatics. 2011.
Vol. 52. P. 263–271.

REFERENCES

1. Aleksandrovskii Yu.A. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva. Rukovodstvo dlya vrachei*. 4-e izd., pererab. i dop. Moscow: GEOTAR-Media, 2007. 720 p. (in Russian)
2. Barysheva N.M. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Moscow, 2009. 24 p. (in Russian)
3. Berezantsev A.Yu. *Psikhosomatika i somatoformnye rasstroistva*. Moscow: Informatsionnye tekhnologii, 2001. 191 p. (in Russian)
4. Bobrov A.E. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2013. № 3. pp. 72–78. (in Russian)
5. Vertogradova O.P. In: *Psikhicheskie rasstroistva i serdechno-sosudistaya patologiya. Sbornik statei [pod red. A.B. Smulevich, A.L. Syrkin]*. Moscow, 1994. 192 p. (in Russian)
6. Volel' B.A. *Extended abstract of MD dissertation (Medicine)*. Moscow, 2009. 47 p. (in Russian)
7. Grigor'eva K.V. Medvedev V.E. *Meditsina neotlozhnykh sostoyanii*. 2010. № 1-2. p. 32–33. (in Russian)
8. Dmitrieva T.B. *Klinicheskaya psikhiatriya*. Moscow: GEOTAR Meditsina, 1998. 505 p. (in Russian)
9. Krasnov V.N. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2013. №4. pp. 5–13. (in Russian)
10. Medvedev V.E. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2011. № 5. pp. 30–36. (in Russian)
11. Pogosov A.V. *Somatizirovannye rasstroistva (klinika, diagnostika, terapiya)*. Kursk: KGMU Roszdrava, 2008. 268 p. (in Russian)
12. Semke V.Ya. *Panicheskie rasstroistva (klinika, faktory riska, lechenie)*. Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 2003. 191 p. (in Russian)
13. Semke V.Ya. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii*. 2013. № 2 (77). pp. 5–6. (in Russian)
14. Smulevich A.B. *Depressii v obshchei meditsine*. Moscow, 2001. pp. 38–52. (in Russian)
15. Smulevich A.B. *Predislovie k monografii «Somatizatsiya i somatoformnye rasstroistva»*. Irkutsk, 2014. 304 p. (in Russian)
16. Sobennikov V.S. *Somatizatsiya i somatoformnye rasstroistva*. Irkutsk, 2014. 304 p. (in Russian)
17. Sukhotina N.K. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2008. №1. pp. 75–80. (in Russian)
18. Tyuvina N.A., Prokhorova S.V., Smirnova V.N. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2011. № 2. pp. 14–18.
19. Tsygankov B.D. *Psikhiatriya. Rukovodstvo dlya vrachei*. Moscow: GEOTAR-media, 2011. 489 s. (in Russian)
20. Fink P., Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010. Vol. 68. pp. 415–426.
21. Guze S.B. The validity and significance of the clinical diagnose of hysteria (Briquet's syndrome). *Amer. J. Psychiatry*. 1975. №132. pp. 138–141.
22. Hanel G. Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009. Vol. 67. pp. 189–197.
23. Rief W., Mohanb I. The future of somatoform disorders: somatic symptom disorder, bodily distress disorder or functional syndromes? *Current Opinion in Psychiatry*. 2014. Vol. 27. pp. 315–319.
24. Steinbrecher N. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011. Vol. 52. pp. 263–271.

Поступила 15.07.15.