

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

С.А. АЛТЫНБЕКОВ, Н.Н. РАСПОПОВА

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ

Методические рекомендации

Алматы
2012

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

Утверждено и рекомендовано к печати
решением рабочей комиссии ТОО
«Республиканский центр инновационных
технологий медицинского образования и науки»
(протокол № 7 от «22» июня 2012 года)

С.А. АЛТЫНБЕКОВ, И.И. РАСПОПОВА

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

(методические рекомендации)

Алматы
2012

Составители:

Алтынбеков С.А. – доктор медицинских наук, профессор, директор РНПЦ ППН МЗ РК.

Распопова Н.И. – кандидат медицинских наук, заведующая научным отделом «Центр сомицидологии и эпидемиологии» РНПЦ ППН МЗ РК.

Рецензенты:

1 Базарбаева Л.Е. – доктор медицинских наук, заведующая научным отделом социальной и судебной психиатрии РНПЦ ППН МЗ РК.

2 Нашкенова А.М. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии КазНМУ им. С.Д.Асфендирова.

В методических рекомендациях описаны и систематизированы основные клинические варианты психосоматических и соматопсихических соотношений у пациентов общей медицинской практики. Представлены современные теории этиопатогенеза невротических и связанных со стрессом психических расстройств. Описаны особенности диагностики и современные подходы к терапии психосоматических и соматоформных психических расстройств, выявляемых у пациентов общей клинической практики.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров и врачей общей медицинской практики, они могут быть использованы для обучения студентов медицинских вузов и постдипломной подготовки врачей-терапевтов и психиатров.

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК и рекомендованы к печати (председатель – д.м.н., профессор С.А. Алтынбеков, протокол № 2 от 15.02.2012 г.)

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.....	5
1 Теоретические аспекты психосоматических и сомитопсихических соотношений в клинической практике.....	5
2 Психосоматические расстройства.....	7
3 Соматоформные и соматизированные психические расстройства.....	8
4 Современные подходы к терапии психосоматических и соматоформных психических расстройств у пациентов общей медицинской практики.....	11
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	23
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	24

ВВЕДЕНИЕ

Согласно многочисленным эпидемиологическим и клиническим исследованиям среди больных, обращавшихся к врачам общего профиля, количество лиц с состояниями, относимыми к широкому кругу психосоматических и соматоформных психических расстройств, продолжает расти [1, 2]. Абсолютным большинством авторов подобная картина связывается с изменявшимися социально-психологическими условиями жизни общества, а также с патоморфозом как психических, так и соматических заболеваний [3].

Частое сочетание расстройств психической и соматической сферы предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общей практики. Тенденция к интеграции психиатрической и общесоматической помощи привели к известному взаимному обогащению интернистов и психиатров знаниями о взаимоотношениях соматической и психической патологии.

Психосоматические и соматоформные психические расстройства представляют для врачей общей клинической практики значительные диагностические трудности, в связи с тем, что психические расстройства либо «симулируют» соматическую патологию, либо истинные соматические расстройства развиваются у личности, уже имеющей те или иные психические нарушения, либо сама соматическая патология провоцирует развитие психических нарушений. Кроме того, психические расстройства часто являются коморбидными другим, соматическим заболеваниям, и в таких случаях заболевания двух разных сфер – психической и соматической – усугубляют друг друга, значительно снижая качество жизни пациентов и порой приводя к тяжелым последствиям.

Эмоциональные расстройства занимают третье место среди причин медицинских консультаций в развитых странах. По поводу этих расстройств женщины в 2–3 раза чаще, чем мужчины, обращаются за помощью к врачу первичного звена здравоохранения [4]. Они ассоциируются с чрезмерным использованием медицинской помощи ("синдром большой истории болезни"). В частности, независимо от наличия других заболеваний, больные с тревогой и депрессией обращаются в амбулаторные учреждения здравоохранения чаще в 1,5 раза, стационарируются в 1,7 раза и инвалидизируются в 1,78 раза, чем пациенты без этих расстройств.

Социальная и экономическая значимость проблемы психосоматических и соматоформных психических расстройств вызывает необходимость внедрения в общую клиническую практику современных методов их диагностики и лечения, чему посвящены данные методические рекомендации.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1 Теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических соотношений в клинической практике

О.П.Вертоградова [3] в своих работах указывает на то, что среди депрессий, наблюдавшихся в общемедицинской практике, наиболее четко выделяются 3 группы. В первых двух группах отчетливо выявляется роль психогенного фактора. При этом в первой из них, психогенные механизмы выступают в качестве основной причины, вызывающей аффективные реакции и состояния, развивающиеся в едином комплексе с вегетативными и, отчасти, эндокринными нарушениями. В динамике это может приводить к формированию собственно психосоматических расстройств и даже заболеваний.

Во второй группе психогенные аффективные нарушения проявляются опосредованно на фоне соматического заболевания, с соответствующими поражениями определенных органов и систем, как реакция личности на соматическое неблагополучие, содержащее угрозу физическому существованию или возможность утраты социальных ролевых позиций. Эта группа требует специального анализа и прежде всего рассмотрения значимости соматогенных и психогенных влияний в развитии депрессии. Согласно наблюдениям автора, несмотря на наличие соматического заболевания, истинные соматогенные механизмы, не являясь ведущими в генезе аффективных нарушений, создают, однако, «настенический фон», облегчающий формирование депрессии по закономерностям пасаротического реагирования. Современная интенсивная терапия соматических заболеваний, снижая уровень интоксикации и астенизации, сводит до минимума вероятность развития острых психотических состояний экзогенного типа. В свою очередь, это повышает роль личности в оценке ситуации болезни и способствует формированию психогенной депрессии.

Отмеченные соотношения приводят к парадоксальному положению, в котором причиной дезадаптации со снижением или временной утратой трудоспособности оказывается не расстройство соматического уровня, а аффективные нарушения, выступающие в тесной взаимосвязи с ними, но являющиеся генетически более сложными.

Для третьей группы влияние психогенных факторов не всегда очевидно, а сами состояния выступают в своих фасадных проявлениях как трудно диагностируемые, характеризующиеся превалированием соматических жалоб и ощущений. Именно вокруг этой группы, обозначаемой обычно как маскированные депрессии, сосредоточиваются интересы исследователей.

Таким образом, в результате многолетних исследований, проведенных сотрудниками Московского НИИ психиатрии под руководством проф. О.П.Вертоградовой [2], были выделены три группы депрессивных расстройств, наиболее часто встречающихся в общемедицинской практике:

- 1) депрессивные расстройства при психосоматических заболеваниях;
- 2) аффективные нарушения, развивающиеся на фоне соматической болезни;
- 3) маскированные депрессии.

Наиболее полно структура психосоматических и соматопсихических соотношений представлена в методическом пособии, выполненным в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского группой авторов в составе: Л.В. Ромасенко, И.В. Абрамовой, М.Г. Артоховой И.М. Пархоменко [5], в котором выделяются три группы состояний:

1). **Симптоматические соотношения**, при которых психические расстройства развиваются как преимущественно соматогенные или психогенные (нозогенные) – личностные и невротические реакции на факт установления у пациента соматического заболевания. При этом у каждого пациента формируется сугубо индивидуальное представление о своем заболевании и отношение к нему, характеризующееся внутренней картиной болезни, которая может быть отнесена к трем основным типам:

-**адекватная внутренняя картина болезни** – правильное отношение к своему заболеванию, при котором больные адекватно оценивают тяжесть имеющегося расстройства, это прогноз, охотно прилеркиваются рекомендаций врача по лечению, соблюдению режима и диеты.

-**недекватная внутренняя картина болезни** – иррациональное отношение к болезни, когда у больных отмечается ипохондрическая переоценка своего состояния, легко развиваются тревожные, тревожно-фобические и депрессивные реакции.

-**анозогенная внутренняя картина болезни** – пренебрежительное отношение к болезни, её отрицание. Эти больные недооценивают серьезность соматических расстройств и возможных неблагоприятных последствий, отказываются от дополнительных обследований и лечения, необоснованно прекращают наблюдение у специалистов.

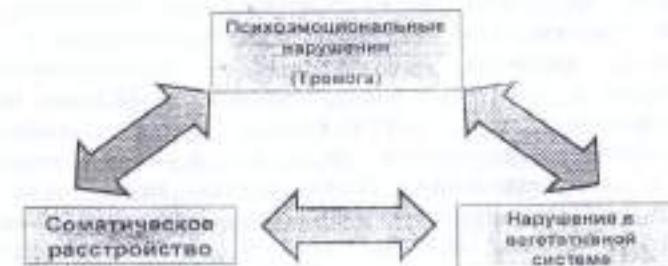
2). **Заместительный тип соотношений**, когда психические расстройства имитируют соматическую патологию и проявляются в форме маскированных, соматизированных психических расстройств (невротические, соматоформные, аффективные). При этом отмечается не соответствие характера и тяжести жалоб пациента объективным данным клинического обследования и выявленным расстройствам, отсутствие эффекта от проводимой адекватной терапии.

3). **Независимые соотношения**, при которых соматические и психические расстройства сосуществуют. Сочетание психического и соматического заболевания представляет трудности диагностики и связи с искажением характера жалоб, патогенетическим изменением клиники, в которой отражается сосуществование симптомов как соматического, так и психического расстройства.

2 Психосоматические расстройства

Наиболее актуальные психические расстройства, наблюдаемые в общесоматической практике, обнаруживают связь с психогенными влияниями. Психогенные механизмы, вступая в сложные взаимоотношения с соматогенными и личностными факторами, формируют различные варианты психосоматических взаимоотношений, при которых значимость каждого фактора, также как и удельный вес аффективных компонентов, определяют структуру расстройств депрессивного круга при так называемых заболеваниях «психосоматического спектра» [6].

Формула психических и соматических взаимоотношений А. М. Вейна



*из книги А.М. Вейна «Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение»

Рисунок 1 – Взаимоотношения психической и соматической сферы в формировании психосоматических расстройств.

В происхождении психических расстройств наблюдавемых в общесоматической практике, определенную роль играют психогенные механизмы, которые, вступая в сложные взаимоотношения с соматогенными и личностными факторами, формируют психосоматические расстройства. Структуру психосоматических расстройств в значительной степени определяют аффективные расстройства [7].

Наиболее сложны для оценки соотношения аффективных и соматических расстройств в группе заболеваний, традиционно относимых к психосоматическим – гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, заболевания желудочно-кишечного тракта и др. Наряду с существующими представлениями о психосоматических расстройствах на этапе невротического развития [8], высказывается мысль о близости патогенетических механизмов психосоматических состояний и депрессий [9].

Полученные Вергоградовой О.Л. [2] данные по изучению гипертонической болезни отражают общие закономерности динамики аффективных нарушений в условиях психогенно-тревожающей (стрессовой) ситуации с учетом индивидуальных и средовых особенностей реагирования. По наблюдениям автора тревожные депрессии первых этапов, выступающие как единый психосоматический комплекс, сменяются постепенно формирующими стойкими пролонгированными состояниями с нарастанием удельного веса тоскливых компонентов и эндоформности структуры. Сопоставимые закономерности отмечаются и в зарубежной литературе [10]. При заболеваниях, обнаруживающих элементы фазности, были выявлены иные закономерности. При таких болезнях, как язва желудка и двенадцатиперстной кишки, диагностически неясная группа сердечных заболеваний с болевым синдромом и нарушениями ритма, аффективные расстройства чаще выявлялись как эпизоды или достаточно очерченные фазы выраженной или маскированной депрессии. Причем для начальных этапов более характерны тревожно-депрессивные состояния, а для отдаленных — тоскливые с выраженностью витального компонента.

Указанные варианты депрессий схожи с «стимуляционными эквивалентами» и «синдромом сдвиг», описанными J.J.Loper Bog [11], характеризующимися по наблюдениям авторов чередованием психосоматических и депрессивных расстройств и участием психогенных моментов в их происхождении. Наряду с этим, значительное участие психогенных факторов в происхождении описываемых вариантов депрессий в значительной степени сближает их с группой психосоматических заболеваний и позволяет выделить общие черты их структуры и, в особенности, динамики [12]. Тесная связь, «координированность» аффективных, вегетативных и психосоматических расстройств отчетливо выступает в картире депрессивных (тревожных) раптов, развивающихся передко в манифесте депрессий — чаще эндогенной природы. Эти состояния, возникающие передко в тесной зависимости от экзогенных влияний, благодаря остроте, выраженности вегетативных реакций и аффекта тревоги или страха расцениваются невадекватно и, благодаря этому длительное время оказываются вне поля зрения психиатров. Однако, несмотря на установленную связь этих состояний с депрессиями, их не следует рассматривать в рамках маскированных депрессий, в большей мере это вегетативно-аффективные кризы, в которых «живущие» по К. Шнейдеру чувства перекрывают «психические» [13].

3 Соматоформные и соматизированные психические расстройства

Соматизированные расстройства относятся к широкому кругу маскированных (ларькованных) депрессивных состояний [14, 15]. В зарубежной литературе имеется тенденция отождествлять маскированные депрессии с соматизированными [16, 17], что, по мнению отдельных российских авторов, неправильно, учитывая возможность и других

клинических вариантов маскированной депрессии, в частности обсессивно-фобического, алкогольного и др. [18].

Наблюдения ряда российских психиатров [18, 19] свидетельствуют о том, что соматизация депрессивных состояний при психогенных заболеваниях, (реактивных состояниях, неврозах, невротических развитиях личности) встречается не реже, а, возможно, даже чаще, чем при эндогенных депрессиях.

В.В.Ковалев [18] считает, что соматизированные эндогенные и психогенные депрессии — это частное выражение общего явления соматизации психических расстройств, характерного для патоморфоза психических заболеваний в последние десятилетия. Автор с позиций развиваемой им концепции психического диногенеза указывает на то, что механизм соматизации психических расстройств может быть понят как переход на онтогенетически наиболее ранний уровень сомато-вегетативно-инстинктивного нервно-психического реагирования вследствие болезненного подавления или дезорганизации деятельности более зрелых в онтогенетическом отношении уровней нервно-психического реагирования. По мнению автора, причины такого онтогенетического регресса психопатологического реагирования остаются неясными и требуют мультидисциплинарного изучения (включая социобиологические, социально-психологические и психофизиологические исследования). Высказывается предположение, что возможно, определенная роль в его происхождении принадлежит отставанию скорости протекания психофизиологических и особенно соматических реакций организма от постоянно ускоряющихся ритмов социальной жизни.

А.М. Понизовский [20], описывая клинику маскированной депрессии, указывает на то, что жалобы больных носят исключительно соматический или вегетативный характер, что может направить врача по ложному диагностическому пути. Наиболее часты жалобы на болевой синдром различной локализации и интенсивности. Это могут быть головная, зубная боль, боль в области шеи, спины или поясницы, в горле, приступообразная оструя боль в животе и т.п.

Т.Г. Вознесенская [21] также считает, что одной из наиболее распространенных масок депрессивного состояния являются стойкие (хронические) боли (алгии), которые могут локализоваться практически в любой части тела. Так, описываются кардиалгии [22] — ноющие или щемящие боли в верхушечной или прекоронарной области, слабой или умеренной интенсивности, длительностью до нескольких часов, часто сопровождающиеся ощущениями "проколов" той же локализации, а также жжение в прекоронарной или паракоронарной области, сопровождающееся гипералгезией межреберных промежутков. В ряде публикаций сообщается о стойких абдоминальных, являющихся масками депрессии [23-25]. Эти боли носят характер диффузных тупых, постоянных ощущений, охватывают несколько отделов живота, отличаются упорством и выраженностью. В 70% случаев сопровождается нарушением моторики кишечника (понес или

запор). Возможна атипичная проекция болевых ощущений, не совпадающая с анатомическим расположением толстой кишки.

Среди алгических масок депрессии описывается эссенциальная головная боль [26]. Она характеризуется как ноющая, монотонная, распирающая, давящая или стягивающая (но не пульсирующая), с ощущением давления вокруг или позади глаз. Как правило, такие боли локализованы в затылочной, височной или лобной области.

К алгическим маскам депрессии относят также атипичные или идиопатические лицевые боли [27] - пульсирующие, сверлящие, поющие ощущения, одно- или двусторонние, диффузные, локализующиеся в области верхней и нижней челюсти, лба, щек, вокруг рта. Как правило, распространение болевых ощущений не соответствует зонам иннервации. Боли мигрируют по всей поверхности лица, отличаются значительной продолжительностью (недели, месяцы и даже годы), упорным течением. Разновидностями лицевых болевых ощущений являются глюосалгия и стоматалгия, локализующиеся в соответствующих участках ротовой полости (язык, десны, слизистая оболочка рта и глотки). По характеру они могут быть сжимающими, жгучими, распирающими или покалывающими.

Помимо болей, в спектр депрессивных «масок», по мнению ряда авторов [20, 28], включаются парестезии, шпорексия, приступы астмы, экземы, зритемы, поориаза и дерматозов, кардиоваскулярные, гастроинтестинальные и респираторно-легочные «эквиваленты», периодическая рвота и т. д. Поскольку соматические маски депрессий могут охватывать довольно широкий спектр вегетативных расстройств и органическо-функциональных симптомов, они способны «симулировать» симптоматику практически любого известного заболевания.

А.М. Понизовский [20] из симптомов, наиболее часто встречающихся в качестве «масок» депрессивных расстройств приводит следующие: нарушения сна — 98%, усталость — 83%, нарушение аппетита — 7.1 %, потеря массы тела — 63 %, головная боль — 42 %, болевой синдром (шея, спина) — 42 %, желудочно-кишечные симптомы — 36 %, сердечные — 25 %.

А.Д. Дояльницкая [29] в своих исследованиях описывает возрастные особенности маскированных депрессий. Автор указывает, что в детском возрасте маскированная депрессия может проявляться только характерологическими изменениями, снижением школьной успеваемости, приступами возбуждения или периодическим плачем, энурезом, сосанием пальцев. Для юношеского возраста характерно психозатоподобное поведение, криминальные действия. И только в среднем и пожилом возрасте соматические и вегетативные нарушения выступают на первое место в клинической картине маскированной депрессии.

Наибольшие трудности вызывает дифференциальная диагностика маскированных депрессий у больных в подростковой группе на начальных этапах заболевания, т. к. для этой возрастной категории вообще характерны разнообразные телесные ощущения, вызванные висцеро-вегетативными сдвигами. Это и понятно, потому что с возрастом происходит перестройка

всех систем организма на новый функциональный уровень, в том числе и гипоталамической области, которая тесно связана с вегетативными функциями. Являясь важнейшим звеном в системе активаций, гипоталамическая область активирует кору больших полушарий, без чего невозможны дифференцированные раздражения и адекватный ответ в соответствии с разнообразными как соматическими, так и висцеральными импульсами. Измененный с возрастом биологический фон способствует более легкому возникновению сомато-неврологических заболеваний, за которыми, в ряде случаев, просматривается скрытая депрессия в пожилом возрасте.

Диагностика маскированных депрессий в условиях общемедицинской практики крайне сложна. К.И. Арициевской и О.Ф. Брошовым [28] было исследовано 104 больных маниакально-депрессивным психозом, лечившихся в поликлиниках общесоматических стационарах (главным образом: терапевтических или хирургических). При этом 79 больных лечились амбулаторно, а 25 находились в стационаре. Как правило, до этого в течении нескольких месяцев многочисленные лабораторные исследования не обнаруживали отчетливых отклонений от нормы, а симптоматические средства, назначаемые пациентам, не приносили им сколько-нибудь заметного облегчения.

Л.В. Ромасенко [6] в своих работах указывает на то, что для диагностики маскированной депрессии имеет значение тщательный анализ анамнестических и катамнестических данных – преодоличность и фазность течения, внезапность возникновение и редукция соматовегетативных расстройств, их сезонность, суточные колебания выраженности соматовегетативных расстройств, полиморфизм симптоматики, возможность смены у одного и того же пациента жалоб в соответствии с меняющимися функциональными расстройствами, стойкие нарушения сна и др.

Лечение этого контингента больных у врачей общесоматической сети, которые применяют симптоматические средства, не влияющие на базисную симптоматику может способствовать затяжному течению указанных состояний. Таким образом, вопросы диагностики и дифференцированного лечения соматоформных (соматизированных) психических расстройств представляют собой одну из важных проблем, как психиатрии, так и многих других клинических дисциплин.

4 Современные подходы к терапии психосоматических и соматоформных психических расстройств у пациентов общей медицинской практики

Лечение больных с психосоматическими и соматоформными психическими расстройствами у врачей общей клинической практики, которые применяют симптоматические средства, не влияющие на базисную симптоматику, может способствовать затяжному течению указанных состояний. Таким образом, вопросы диагностики и дифференцированного лечения психосоматических и соматоформных расстройств представляют

собой одну из важных проблем как психиатрии, так и многих других клинических дисциплин.

Обследование сотрудниками РНПЦ ППН МЗ РК пациентов, обращавшихся в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) г. Алматы и Алматинской области показало, что более чем у трети больных (35,8%) наряду с имеющейся соматической патологией выявлялись признаки психогенных тревожно-депрессивных расстройств, обусловленных психотравмирующей ситуацией, предшествовавшей или совпадавшей по времени с появлением соматической патологии (arterиальная гипертензия, бронхиальная астма, сахарный диабет и др.). У этих больных наблюдался параллелизм в течении психических и соматических расстройств: при дополнительных психотравмирующих ситуациях, углублении тревожно-депрессивных расстройств, ухудшалось и соматическое состояние этих больных, что позволяло квалифицировать заболевание как *психосоматическое расстройство* (с позиции оценки психического состояния по МКБ-10, оно квалифицировалось как *сменяющее тревожное и депрессивное расстройство - F41.2*). Постоянное чувство тревоги, которое испытывали эти пациенты, в основном было связано с опасениями за свое здоровье, часто переходящее в страх «внезапной смерти от сердечного приступа» (кардиофобия) или внезапной смерти от инсульта при повышении артериального давления. Приступы тревоги и страха по своим клиническим проявлениям были схожи с паническими атаками и сопровождались массивными соматовегетативными расстройствами: сердцебиение, ощущение перебоев в сердце, повышение артериального давления, ощущение жара, сменяющееся ознобом, чувство нехватки воздуха и т.п. Особенностью этих состояний было их учащение при углублении депрессивных расстройств, связанном с дополнительными психотравмирующими факторами. В анамнезе этих больных часто имелись указания на внезапную смерть близкого человека в связи с заболеванием сердца или инсультом. При расспросе эти пациенты, как правило, не предъявляли жалоб на тревогу, страхи и подавленное настроение. Они были полностью фиксированы на соматических ощущениях и активно предъявляли жалобы на приступы сердцебиений, одышку, подъемы АД, сопровождающиеся «полуобморочным» состоянием с чувством онемения различных частей лица и конечностей. Свое подавленное настроение они считали «нормальным» для человека, страдающего тяжелым соматическим заболеванием. Постоянное чувство тревоги они связывали с ожиданием «сердечного приступа» или «гипертонического криза», опасались остаться в этот момент без посторонней помощи, поэтому часто настаивали на стационарном лечении, так как под наблюдением медперсонала приступы становились реже или совсем прекращались.

Соматоформные расстройства (F45.0-F45.3) были выявлены у 13,6% терапевтических больных ПМСП. Психическое состояние этих пациентов в синдромальном отношении можно было квалифицировать как сенесто-индохондрические депрессии. В соответствии с диагностическими критериями

МКБ – 10 в данную группу были отнесены пациенты ПМСП, которые настойчиво предъявляли жалобы на соматические расстройства и постоянно требовали проведения различных обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии объективных признаков соматического заболевания. Даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов, установлении связи возникновения симптоматики с негативными событиями и психотравмами, эти пациенты категорически отвергали возможность психогенной обусловленности имеющихся расстройств. Они негативно относились к беседе с психиатром, соглашались на клинико-психопатологическое обследование только для того, чтобы доказать свое психическое здоровье. Они трудно поддавались психотерапевтической коррекции, продолжали настаивать на физической природе своего заболевания и необходимости продолжения дальнейшего обследования. Демонстративность в поведении этих больных, манерность, особая эмоциональность в представлении жалоб и описании тяжести своего состояния, свидетельствовали об участии в формировании соматоформных расстройств истерических черт личности этих больных.

Эти больные предъявили массу жалоб, которые носили полисистемный характер, иногда с преобладающей фиксацией на сердечно-сосудистой и дыхательной системах. Это были жалобы на головные боли и головокружения, боли в груди с нетипичной для истинных кардиальных болей иррадиацией (изверг в шею и голову), одышку с приступами нехватки воздуха и ощущением «кома» в горле, спастические боли в животе и тошноту, общую слабость, периодическое повышение температуры тела, покраснение и зуд отдельных участков кожи и т.п. Несмотря на многочисленные обследования, соматической патологии у этих пациентов не выявлялось либо тяжкие субъективные ощущения больного не соответствовали объективно выражаемой соматической патологии. В связи с постоянным чувством неудовлетворенности в проводимых обследованиях эти больные были раздражительны, спазмированы, заявляли о том, что в связи с болезнью, общей слабостью они не способны выполнять свои обязанности, вынуждены оставить работу. Фон настроения этих больных был подавлен с ощущением безнадежности, иногда больные говорили, что их беспокоят мысли о смерти. Суицидальные высказывания чаще носили демонстративно-шантажный характер с целью добиться очередного обследования или госпитализации.

Преувеличение опасений за свое здоровье, чрезмерная фиксация на мнимых симптомах соматического заболевания, постоянное стремление к многочисленным обследованиям, противопоставление собственных представлений о природе имеющихся расстройств результатам объективных обследований позволяли квалифицировать имеющиеся у этих пациентов расстройства как сенесто-индохондрические депрессии.

Главной стратегией фармакотерапии тревожно-депрессивных расстройств у пациентов общемедицинской практики является её комплексный характер, обеспечивающий устранение или ослабление всего

спектра клинических проявлений, включающего не только тревогу и депрессию, но и разнообразные вегетативные расстройства, эмоционально-волевую неустойчивость, раздражительную слабость, расстройства сна, повышенную утомляемость и истощаемость психических процессов.

Для снятия тревожного компонента психомоциональных нарушений, наблюдавшихся у пациентов общеклинической практики, врачи терапевты и невропатологи наиболее часто использовали применение транквилизаторов, в частности бензодиазепинов, обладающих выраженным анксиолитическим эффектом. Вместе с тем бензодиазепины, практически не обладают вегетостабилизирующими свойствами. Снимая аффективный компонент тревоги, они практически не оказывали положительного влияния на её соматизированный компонент, проявлявшийся различными вегетативными дисфункциями. При этом больные отмечали некоторое общее «успокоение», улучшение сна, но продолжали предъявлять массу необоснованных жалоб соматического характера. Таким образом, несмотря на широкую популярность транквилизаторов, им были присущи общезвестные недостатки, характерные для всех бензодиазепиновых анксиолитиков: общая заторможенность, сонливость, вялость, снижение работоспособности, миорелаксация, ослабление когнитивных функций, нарушение концентрации внимания, развитие толерантности и привыкания при длительном неконтролируемом приеме, синдром отмены, широкий спектр межлекарственного взаимодействия.

Второй группой лекарственных средств, широко используемой в лечении тревожных и депрессивных расстройств, являются антидепрессанты. В последние годы они все более активно внедряются в общеклиническую практику. Это и селективные ингибиторы обратного нейронального захвата серотонина (СИОЗС), и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Не умоляя их достоинств, все же следует отметить, что применение их в общеклинической практике требует тщательного индивидуального подбора препарата с учетом его преимущественного стимулирующего или седативного эффекта. Так, некоторые из антидепрессантов, обладающие выраженным стимулирующим действием, оказывая несомненно положительный тимоаналитический (улучшающий настроение) эффект, могут не только не снижать уровень тревоги, но даже его усиливать. Растворяющий эффект может усиливать скрытые суицидальные тенденции и провоцировать реализацию суицидальных намерений. Поэтому применение отдельных видов антидепрессантов должно быть строго аргументировано клиническим типом депрессии, определение которого для врачей общей практики бывает крайне затруднительно.

Все вышесказанное заставляет обратить серьезное внимание на поиск адекватных и безопасных средств терапии психосоматических и соматоформных расстройств среди представителей других фармакологических групп.

Одной из наиболее широко применяемых в настоящее время групп психотропных средств являются нейролептики. Эти препараты давно используются в психиатрии, но у врачей общеизделической практики не пользуются популярностью. Это связано с необоснованно сложившимся мнением о том, что препараты этой группы предназначены только для лечения тяжелых психических расстройств, таких как шизофрения и другие психозы. Многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями уже давно доказано, что сфера их применения далеко перешагнула границы психиатрической практики и охватывает чрезвычайно широкий спектр психических расстройств пограничного уровня, включая психосоматические и соматоформные расстройства.

Перспективы, связанные с возможностью применения нейролептиков в неврологии и общей соматической практике, стали прослеживаться с введением в клиническую медицину так называемых «атипичных», «малых» нейролептиков. Из представителей этой группы особое внимание врачей самых различных специальностей в последние годы привлекает препарат – Бетамакс, главной особенностью которого является широкий спектр одновременных клинико-фармакологических эффектов, совокупность которых столь необходима при терапии психосоматических и соматоформных расстройств.

Уникальностью препарата Бетамакс является его сочетанное действие: антидепрессивное, анксиолитическое, антифобическое, антидепрессивное, психостимулирующее и вегетостабилизирующее. Таким образом, Бетамакс является нейролептиком, антидепрессантом и транквилизатором одновременно, при этом клинические эффекты воздействия Бетамакса дозозависимые.

СПЕКТР СИНДРОМОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ БЕТАМАКСА



Рисунок 2 – Психотропные и соматотропные эффекты

фармакотерапии Бетамаксом.

Таблица 1 - Дозозависимые клинические эффекты Бетамакса

№ п/п	Клинические эффекты	Дозы
<i>Предтрансляторные процессы торможения в ЦНС</i>		
1.	Легкое антидепрессивное действие	50/250 мг. в сутки
2.	Активизирующее, придающее энергию действие	50/250 мг. в сутки
<i>Анксиолитическое действие</i>		
3.	Псевдовегротический уровень психических расстройств	200/400 мг. в сутки
4.	Нашивочные ипохондрические идеи	200/400 мг. в сутки
5.	Сверхценные ипохондрические идеи	200/400 мг. в сутки
6.	Бредовые ипохондрические идеи	600/800 мг. в сутки
7.	Психические (инсхотические) нарушения у ложных людей	400/600 мг. в сутки

В малых и средних дозах (до 250 мг в сутки) Бетамакс обладает стимулирующим и антидепрессивным действиями. В больших дозах (от 200 до 400 мг в сутки) у него отчетливо преобладает седативное и анксиолитическое действие. Однако повышение дозировки до 400-600 мг. в сутки приводит к развитию нейролептического синдрома, нивелируя различия между Бетамаксом и типичными нейролептиками.

Применение Бетамакса для лечения психосоматических, соматизированных и соматоформных расстройств позволяет эффективно редуцировать полиморфную симптоматику (тревогу, депрессию, раздражительность, вегетативные расстройства, нарушения сна и др.) и при этом избежать полиграфии, удешевить лечение. Он без осложнений сочетается с основными препаратами, применяемыми в терапевтической практике, и хорошо переносится больными, даже страдающими серьезной сопутствующей соматической патологией.

Благодаря сродству как к дофаминергическим, так и серотонинергическим receptorам данный препарат, наряду с анксиолитическим действием, обладает также антидепрессивным и анксиолитическим действием, не оказывая при этом подавляющего воздействия на интеллектуально-мнестические функции, а его экстрапирамидный побочный эффект оценивается как очень слабый.

Клиническая практика показала, что Бетамакс является препаратом быстрого действия. При приеме внутрь Бетамакс быстро всасывается и легко проходит через гематоэнцефалический барьер. Его седативный эффект развивается уже через 20-30 минут после приема. Препарат также быстро выводится из организма. Факт быстрого выведения препарата снижает риск его кумуляции и опасность передозировки.

В психиатрии и наркологии возможности использования Бетамакса, как это следует из особенностей его лечебных свойств и как это доказано

многолетней практикой, практически не ограничены: шизофрения, шизоаффективные расстройства, эндогенная депрессия, экзогенно-органические расстройства, неврозы, алкоголизм, наркомания, токсикомания, инволюционные психозы, психосоматические и соматоформные расстройства.

Выраженное анксиолитическое действие Бетамакса, сочетающееся с мягким антидепрессивным эффектом определяет его широкое применение при соматоформных расстройствах, тевожно-фобических состояниях, маскированной депрессии с сенесто-ипохондрическими и вегетативно-сосудистыми проявлениями, причем, нозологическая принадлежность этих состояний не влияет на выбор доз препарата и длительность лечения. Для лечения психосоматических, соматизированных и соматоформных расстройств в общей клинической практике рекомендуется применять Бетамакс в дозе 100 мг/сутки. Терапевтический эффект наступает уже на 5-6-е сутки. Курс лечения составляет не менее 3-4 недель и при необходимости может быть индивидуально продлен.

В целях разработки рекомендаций по повышению эффективности терапии соматоформных расстройств проведен анализ 64 наблюдений больных с соматоформными расстройствами, находившихся на амбулаторном обследовании и лечении в учреждениях ПМСП г. Алматы, а также в НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК. При обследовании у этих больных объективных признаков какого-либо соматического заболевания не выявлялось, в связи с чем, у лечащих врачей возникали достаточно обоснованные подозрения в психогенной природе предъявляемых больными жалоб, что служило основанием для рекомендации консультации психиатра, тем более, что в анамнезе этих больных в 83% случаев выявлялись острые и пролонгированные психотравмирующие факторы.

В структуре соматоформных расстройств у пациентов общей клинической практики преобладали различные варианты соматоформной вегетативной дисфункции (40,6%), на втором месте по частоте стоят соматизированные расстройства (18,8%), а также довольно часто встречалось ипохондрическое расстройство (15,6%), что продемонстрировано в таблице 1

Таблица 2 - Клиническая структура соматоформных расстройств у пациентов общей клинической практики

Соматоформные расстройства F45	Общее число наблюдений		Из них труднокурабельные случаи	
	А.ч.	%	А.ч.	%
Соматизированное расстройство F45.0	12	18,8	2	3,1
Недифференцированное соматоформное расстройство F45.1	4	6,3	2	3,1
Ипохондрическое расстройство	10	15,6	9	14,1

F45.2					
Соматоформная вегетативная дисфункция F45.3	26	40,6	6	9,4	
Хроническое соматоформное болевое расстройство F45.4	7	10,9	6	9,4	
Другие соматоформные расстройства F45.8	5	7,8	2	3,1	
Итого:	64	100%	27	42,2%	

Проводимое лечение соматоформных расстройств традиционным сочетанием антидепрессантов с транквилизаторами, как и ожидалось, оказалось достаточно эффективным для большей части больных (57,8%). В то же время у значительной части больных (27 пациентов - 42,2%) к концу первого месяца лечения психотропными препаратами оставались жалобы соматического характера, больные продолжали предпринимать попытки дальнейшего обследования, обращаясь к различным специалистам и народным целителям.

Проведенный анализ позволил выявить отдельные виды соматоформных расстройств, терапия которых сочетанием антидепрессантов с транквилизаторами оказалась недостаточной, а в ряде случаев и малозэффективной. Это ипохондрическое расстройство (14,1% - 1/3 всех труднокурабельных больных), соматоформная вегетативная дисфункция и хроническое соматоформное болевое расстройство (по 9,4% - 22,2% от числа всех труднокурабельных больных).

Дальнейшее лечение соматоформных расстройств у труднокурабельных больных проводилось нейролептиком - Бетамаксом, который в Казахстане хорошо себя зарекомендовал и с успехом применяется в психиатрической практике, как препарат широкого спектра действия - «полифармакология в одной таблетке». При лечении соматоформных расстройств Бетамакс япониялся в дозировке 100 мг. в сутки. Результаты наблюдений по эффективности использования Бетамакса для лечения труднокурабельных соматоформных расстройств показаны в таблице 2.

Таблица 3 - Эффективность терапии Бетамаксом соматоформных расстройств

Соматоформные расстройства F45	Незначительное улучшение		Улучшение		Значительное улучшение	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Соматизированное расстройство F45.0	-	-	1	3,7	1	3,7
Недифференцированное соматоформное расстройство F45.1	1	3,7	-	-	1	3,7
Ипохондрическое расстройство F45.2	2	7,4	2	7,4	5	18,5
Соматоформная вегетативная	-	-	1	3,7	5	18,5

дисфункция F45.3						
Хроническое соматоформное болевое расстройство F45.4	1	3,7	1	3,7	4	14,9
Другие соматоформные расстройства F45.8	-	-	1	3,7	1	3,7
Итого:	4	14,8	6	22,2	17	63,0

Анализ эффективности терапии труднокурабельных соматоформных расстройств монотерапией препаратом Бетамакс показал хорошую его эффективность при лечении соматоформных вегетативных дисфункций (83,3% - значительное улучшение среди труднокурабельных больных), хронического соматоформного болевого расстройства (80% - значительное улучшение от общего числа труднокурабельных больных) и ипохондрических расстройств (55,6% значительное улучшение среди труднокурабельных больных). Адресное воздействие Бетамакса отмечено на сенестоалгии при соматоформных вегетативных дисфункциях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что клинически проявлялось в уменьшении приступов тошноты и рвоты, спазмов желудочно-кишечного тракта и желчных путей, нормализации перистальтики кишечника и стула. Это позволяет рекомендовать Бетамакс как препарат выбора при лечении не только соматоформных вегетативных дисфункций ЖКТ, но в комплексной терапии отдельных видах соматической патологии: «стресовая» язва желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, дискинезия желчных путей, функциональная тошнота и рвота.

Анализ практических наблюдений также показал, что Бетамакс следует рекомендовать при лечении соматоформных расстройств, в клинической структуре которых на фоне тревожно-депрессивного эффекта выявляются нарушения ассоциативных процессов мышления в форме навязчивостей, фобий и сверхценных идей ипохондрического содержания или ипохондрическая фиксация на имеющихся слабо выраженных соматических расстройствах.

Необходимо отметить, что при консультативном осмотре в условиях соматического стационара иногда бывает трудно отграничить собственно соматоформные расстройства от неврозоподобной симптоматики в рамках нынешнего эндогенного процесса («псевдоневротическая шизофрения», как вариант шизотипического расстройства - F21 по МКБ-10). В подобных случаях даже без четкой дифференциации патологии, основываясь лишь на синдромальной структуре состояния можно смело назначать Бетамакс, эффективность которого доказана в обоих случаях.

Значительную долю пациентов соматического стационара традиционно составляют люди преклонного возраста с различной степенью выраженности органической церебральной патологии сосудистого генеза, что осложняет применение психотропных препаратов. По литературным данным и практическим наблюдениям Бетамакс является наиболее безопасным нейролептиком, применяемым в позднем возрасте. Препарат редко вызывает

неврологические осложнения и орогестиническую гипотензию. Наиболее часто он назначается для нормализации сна. По сравнению с транквилизаторами, часто применяемыми врачами-интернами для коррекции сна, Бетамакс имеет ряд преимуществ: не вызывает лекарственной зависимости («привыкания»), позволяет избежать нежелательной мышечной релаксации и дневного последействия транквилизаторов. При нормализации сна, больные легко переходят на эпизодический прием препарата.

Следует также отметить, что Бетамакс имеет высокую фармакоэкономическую оценку, что особенно актуально в условиях постоянного дефицита бюджетных средств. Учитывая высокую терапевтическую эффективность, безопасность в применении и доступность по цене для приобретения его пациентами, Бетамакс может быть широко рекомендован как препарат выбора для лечения психосоматических и соматоформных расстройств.

В качестве клинического примера успешного применения препарата Бетамакс при лечении соматоформной вегетативной дисфункции желудочно-кишечного тракта (F45.32) приводится следующее клиническое наблюдение.

Больной Р., 20 лет, находился на лечении в НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК с диагнозом: Синдром раздраженного кишечника.

Из анамнеза известно, что наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в сельской местности, в семье чабана, старшим из трех детей. В детстве перенес детские инфекции без осложнений. С детских лет был общительным, но в компании сверстников к лидерству не стремился. Род послушным, помогал отцу пасти скот. В школе начал обучаться своевременно, успеваемость была средней. После окончания школы родители настояли на том, чтобы он продолжил учиться в г. Алматы, хотя сам особого желания продолжить обучение не имел. Осенью 2010г. с трудом поступил на платное отделение экономического ВУЗа. Вскоре начал осознавать, что из-за недостатка знаний ему будет трудно получить высшее образование. Пропал интерес к учебе, стал пропускать занятия, время проводил бесцельно, снизилось настроение, нарушился сон, появились мысли о собственной несостоятельности. Нарастала тревога, связанная с предстоящей сессией и необходимостью сдачи экзаменов, к которым он был не подготовлен. Не знал, как сможет объяснить и возместить родителям напрасно потраченные на него деньги. На фоне тревожно-подавленного настроения появились спазмы в кишечнике, расстройства стула, что он связывал с возможным употреблением в пищу недоброкачественных продуктов. В течение короткого времени потерял в весе 7 кг. Появилось ощущение общего недомогания, слабости, в связи с чем, был вынужден обратиться к врачу студенческой поликлиники, и был направлен на обследование и лечение НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, где был осмотрен психиатром.

При осмотре предъявлял жалобы на общую слабость, плохой сон, «дискомфорт в животе», спастические боли в кишечнике, жидкий стул с

частотой до 5-6 раз в сутки, подавленное настроение. Внешне выглядел подавленным, во время беседы периодически на глазах покапались слезы. Эмоционально был неустойчив, легко разражался, когда речь заходила о его учебе в институте, которую он оставил, мотивируя ухудшением здоровья. Эмоциональный фон представлялся сниженным. Обнаруживал снижение способности к концентрации внимания, забывчивость. Высказывал заботливость по поводу своего соматического неблагополучия, был фиксирован на неприятных ощущениях в области живота, которые носили мигрирующий и разноплановый характер. С раздражением говорил о том, что врачи у него «ничего не могут найти», а он уже «устал болеть». Демонстративно заявлял, что из-за частых позывов на дефекацию он вынужден отказаться от учебы в институте, но в то же время не отрицал, что «все равно бы учиться не смог». В личностной сфере выявлялись тревожномнительные и истерические черты характера. Таким образом, психическое состояние больного можно было квалифицировать как пролонгированную депрессивную реакцию в рамках расстройства адаптации (F43.21) с соматоформной вегетативной дисфункцией желудочно-кишечного тракта (F45.32). С учетом выявленных психических расстройств, в комплекс соматической терапии был добавлен седативный антидепрессант из группы СИОЭС - фенотиазин по 50мг. на ночь. Состояние несколько улучшилось: на фоне соматической терапии удалось снять болезненные спазмы в кишечнике, нормализовать стул, стал лучше спать, выровнялось настроение, и с улучшением был выписан по месту жительства.

После выписки около месяца чувствовал себя неплохо, но стойкого улучшения состояния не отмечалось. Самостоятельно обратился к психиатру с жалобами на усилившуюся раздражительность, подавленное настроение, постоянные мысли о своем соматическом нездоровье. Заявлял, что постоянно «прислушивается» к работе кишечника, опасается непроизвольного акта дефекации, из-за этого не может выходить из дома, вести нормальный образ жизни. В эмоциональной сфере выявлялись признаки раздражительной слабости и лабильности.

Дальнейшее лечение было продолжено препаратом Бетамакс в дозе 100мг. в сутки. В результате проводимого лечения уже к концу первой недели приема препарата в психическом состоянии больного стала прослеживаться положительная динамика: исчезла тревога, настроение улучшилось, сон восстановился, стал более активным, появилось ощущение восстановления сил. Улучшилось и соматическое состояние: исчезли неприятные ощущения в области кишечника, улучшился аппетит, нормализовался стул. В процессе психотерапевтической коррекции у больного удалось выработать критичное отношение к имеющим место психическим расстройствам и положительные установки на будущее. Стабильное улучшение состояния с полной редукцией сенесто-ипохондрических и депрессивных расстройств наступило после систематического приема данного препарата в течение 2 месяцев.

Таким образом, анализ литературных данных и практических наблюдений показал, что Бетамаксо, по своим психофармакологическим характеристикам является препаратом широкого спектра действия, обнаруживает высокую терапевтическую эффективность и безопасность в применении его в общей соматической практике для лечения психосоматических и соматоформных психических расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психосоматические и соматоформные психические расстройства являются наиболее распространенными формами психической патологии среди пациентов общей клинической практики. Социальные и экономические потери, связанные с данными расстройствами являются значительными и часто недооцененными в связи с неоказанием своевременной помощи и недостаточным лечением. Многочисленными исследованиями доказано, что лица, страдающие психосоматическими и соматоформными психическими расстройствами, чаще обращаются за помощью к врачам общемедицинской практики и лишь в редких случаях – к психиатрам, психотерапевтам и медицинским психологам. В связи с чем, возрастает роль врачей общей практики в их своевременном выявлении и адекватном лечения, так как они осложняют течение соматических заболеваний, значительно снижают качество жизни и уровень социального функционирования пациентов.

Учет психосоматических и соматопсихических соотношений необходим для обоснования алгоритма врачебной тактики в каждом конкретном случае – построения адекватной клинической модели болезни, этапов обследования и терапии, реализации междисциплинарного принципа ведения больного с учетом компетенции смежных специалистов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Costa-e-Silva J.- A. Facing depression/ Editorial. WPA Teaching Buff Dep 1993. - 1:1:1
- 2 Вергоградова О.П. Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех. - 1997. №2:4. - С 10-12
- 3 Вергоградова О. П. Депрессии в общемедицинской практике (раниная диагностика, профилактика, лечение) // Первый съезд психиатров социалистических стран. - М., 1987. - С. 41 - 45
- 4 Depression guideline panel. Clinical practice guideline № 5. // Depression in Primary Care: Vol. 1. Detection and diagnosis. — Rockville: US Dept. of Health and Human Services, 1993. — Agency for Health Care Policy and Research publication, 93-0550
- 5 Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике// Предварительные результаты программы КОМПАС. Кардиология. 2004. № 1. - С.48-55
- 6 Ромасенко Л.В., Абрамова И.В., Артиухова М.Г., Пархоменко И.М./ Диагностика и терапия психических расстройств у пациентов общемедицинской практики. Пособие для врачей. - М., 2006. - 31с
- 7 Измайлова Н.Т. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике и некоторые аспекты их лечения // Медицина. - 2002. - №6. - С. 86 - 88
- 8 Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. - М., 1970
- 9 Huapaya L., Ananth J. Depression Associated with hypertension. // Psychiatr J. of Univers of Ottawa. - 1980. № 5.1. - P. 58-62
- 10 Lesse S. Relationship of anxiety to depression // Am. J. Psychother. - 1982. - V. 36. - N 3. - P. 332-349
- 11 Loper Ibor J.J. Depressive egunvalents // In: Masked depression - Bern - Stuttgart - Vienna, 1973. - P. 97 - 118
- 12 Ромасенко Л. Б., Хлобникова Л. Ю. Типология депрессий у пациентов терапевтического стационара. // Рос. психиатр. журн. - 2003. - № 3. - С.30-33.
- 13 Schneider K. / Klinische Psychopathologie. Stuttgart. - 1955
- 14 Kielholz P. In: Masked Depression. Stuttgart - Vienna. - 1973, P. 11-13
- 15 Bayer von W. Larvierte und atipische Depressionen als internistisches und allgemeinarztliches Problem. - Internist. - 1974. - Bd. 1. - P.227
- 16 Hippius H., Vuller J. In: Masked Depression. Stuttgart - Vienna. - 1973. - P. 198-203
- 17 Schmidlin P. In: Masked Depression. Stuttgart - Vienna. - 1973 . - P. 14-25
- 18 Ковалев В.В. Соматопсихический и психосоматический аспекты депрессий у больных общесоматической практики // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике - М.- 1984. - С. 5 - 11
- 19 Ануфриев А.К. Предисловие, «Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами. // Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях». - М. - 1979. - С. 5 - 7, 8 - 24
- 20 Понизовский А.М. Маскированная депрессия //Фельдшер и акушерка. - М.,- 1988. - №12. - С. 36-40
- 21 Вознесенская Т.Г. и др. Депрессии в неврологической практике. - М.- 1998. - С. 56-70
- 22 Хэггин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М.: Триада-Х. - 2001.
- 23 Lorenzo CD, Youssef NN et al. Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. // J Pediatr 2001. - 139 (6). - P. 838-43
- 24 Sanz de la Garza CL, Gamez Guerrero S, Serrano Guerra E, Gutierrez Casares JR. Recurrent abdominal pain in primary care: study of functional recurrent abdominal pain. //An Esp Pediatr 2000. - 53 (5).-P. 458-68
- 25 Sperber AD, Drossman DA. Chronic Functional Abdominal Pain (CFAP) / Curr Treat Options Gastroenterol 2000. - №3 (4). - P. 315-289
- 26 Гхайер Д., Головная боль. В кн.: Неврология. / Пол редакций М. Самуэльса. Пер. с англ. М.: Практика. - 1997.
- 27 Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL et al. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-typeheadaches // Headache 2000. - 40 (1) P. 3-16
- 28 Арцадьева К.Н., Ерышев О.Ф. Скрытые депрессии в общесоматической практике // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. Ленинград. - 1994. - 25с.
- 29 Донлынишина А.Д. Диагностика маскированной депрессии у пожилых людей в амбулаторных условиях //Методические рекомендации, Ленинград. - 1991. - 19с.