

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ И ГОРОДСКОЙ МЕСТНОСТЯХ

*Кафедра психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;
тел. (861) 268-09-26. E-mail: natakos73@mail.ru*

В статье представлены клинико-дифференцированные критерии отбора больных с пограничной психической патологией, относящихся к диагностическим рубрикам МКБ-10 F4 «Невротические и соматоформные расстройства», для целенаправленного комплексного изучения качества их жизни с учетом нозологической принадлежности.

Статистически представлена диагностическая группа в количестве 402 больных в абсолютных и процентных соотношениях с учетом их пола, места жительства: сельских – 143 (35,6%), в т. ч. мужчин – 43 (30,1%), женщин – 100 (69,9%); городских больных – 259 (64,4%), в т. ч. мужчин – 71 (27,4%), женщин – 188 (72,6%).

Представленная выборка больных с пограничной психической патологией будет подлежать системному анализу выявления медико-демографических, социально-экономических, профессионально-производственных и других факторов, оказывающих негативное влияние на качество жизни, а также разработке рекомендаций по их устранению.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, МКБ-10, демография, диагностические группы.

N. A. KOSENKO, V. V. SURIKOVA, V. E. LUGOVOI, V. G. KOSENKO, U. V. GRIDINA, M. I. AGEEV

CLINICO- STATISTICAL APPROACHES STUDYING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH NEUROTIC AND SOMATOFORM DISORDERS IN RURAL AND URBAN AREAS

*Department of psychiatry, faculty of training and retraining of primary
state educational institution of higher education Kuban state medical university Russian ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4; tel. (861) 268-09-26. E-mail: natakos73@mail.ru*

The article presents the clinical- differentiated criteria for selection of patients with borderline mental disorders related to the diagnostic category of ICD-10 F4 «Neurotic and somatoform disorders» for targeted comprehensive study of the quality of their lives based on nosology. Statistically represented diagnostic group in an amount of 402 's of patients in both absolute and percentages with regard to their place of residence and sex : rural – 143 (35,6%), including 43 men (30,1%), 100 women (69,9%), urban patients – 259 (64,4%), including men – 71 (27,4%), women – 188 (72,6%). Presented sample of patients with borderline mental disorders will be subject to the system analysis to identify demographic and health, socio-economic, professional production, and other factors that adversely affect the quality of life, with the development of recommendations to address them.

Key words: somatoform disorders, ICD-10, demography, diagnostic group.

Введение

Целесообразность углубленного изучения качества жизни лиц с невротическими и соматоформными расстройствами обусловлена высокой распространенностью среди контингента больных с пограничными нервно-психическими расстройствами в структуре психических заболеваний и их дальнейшим ростом среди населения. В то же время соматизированные расстройства, проявляющиеся множественными полиморфными жало-

бами соматического характера, относятся к числу распространенной и недостаточно изученной патологии, встречающейся в общемедицинской и психиатрической практике [2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

Материалы и методы исследования

В настоящем исследовании представлены клинико-диагностические обоснования диагноза, наиболее часто встречающиеся жалобы на

психо-соматическое состояние и медико-социальные характеристики больных с невротическими и соматоформными расстройствами с дифференциацией их по полу, находящихся на обследовании и лечении как в стационарных, так и во внебольничных психиатрических учреждениях Краснодарского края. Ввиду того, что село и город все еще кардинально различные группы в социально-экономическом, хозяйственно-производственном и бытовом плане, это обстоятельство – место жительства – нами особо учитывалось при осуществлении системного анализа, выявления и оценки изучаемых факторов: клинических, медико-демографических, социально-экономических и профессионально-производственных.

Статистическая обработка производилась на основе исследования всего комплекса изучаемых характеристик. На каждого пациента, относящегося к настоящему исследованию, нами заполнялась разработанная индивидуальная карта медико-социального обследования, которая была утверждена на расширенном заседании кафедры психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ РФ.

Результаты исследования

В нашу выборку вошли 402 пациента в возрасте от 16 лет и старше, в том числе 143 сельских жителя (мужчин – 43, женщин – 100) и 259 городских (мужчин – 71, женщин – 188) с различными невротическими и соматоформными расстройствами согласно МКБ-10, соответственно F40 и F45, основными симптомами у которых на протяжении двух и более лет были неоднократно возникающие и обостряющиеся психофизические жалобы на «болезненное» состояние своего здоровья. По этим причинам они неоднократно инициировали различные диагностические обследования в территориальных и региональных, государственных и коммерческих медицинских учреждениях, в которых констатировалось отсутствие у них какой-либо значимой патологии. Однако почти все они считали на момент настоящего исследования (2-й квартал 2013 года), что их жалобы, тревоги, сомнения все-таки оставались недооцененными по различным причинам, что-то не учли, не дообследовали, и они настроены искать диагностическую «правду» уже в федеральных и даже международных медицинских учреждениях. Часто они самостоятельно изучали специальную литературу, тематическую медицинскую рекламу и «нужную» информацию в Интернете, сопоставляя ее с результатами имеющихся у них медицинских заключений и рекомендаций. Причем такие пациенты до обращения к врачу-психиатру всячески игнорировали рекомендации врачей соматических медицинских учреждений о необходимости консультации, а возможно, и дальнейшем лечении у врача-пси-

хиатра, психотерапевта, клинического психолога, по причине наличия у них различной степени выраженности пограничных нервно-психических или аффективных расстройств.

При добровольном поступлении в отделение пограничных психических расстройств либо обращении в диспансерное отделение психиатрического учреждения у больных сохранялись большие мотивационные сомнения в правильности своего выбора. Такое обращение пациенты, как правило, объясняли желанием доказать ранее наблюдавшим их врачам-соматикам, что заключения были несостоятельны, они психически здоровы и сами авторитетно и окончательно хотят в этом убедиться. При целенаправленном отборе больных, относящихся к диагностическим рубрикам МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства», мы также руководствовались клиническими характеристиками при их нозологической дифференциации, предложенными ведущими специалистами в области пограничной психиатрии [1, 4, 7, 8, 9].

Находясь первые дни в психиатрическом учреждении, такие пациенты требовали и настаивали на соматическом дообследовании со стороны различных врачей-консультантов. Например, пациенты, относящиеся к диагностической рубрике F45.30 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой систем», упорно настаивали на консультации кардиолога, флеболога, сосудистого хирурга и даже кардиохирурга.

Пациенты, относящиеся к диагностической рубрике F45.34 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы мочеполовых органов», убеждали врача-психиатра в необходимости обследования у врачей уролога, андролога, сексолога и даже полостного хирурга. Подобные требования высказывали и другие пациенты, клинически относящиеся к диагностическим рубрикам «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней (F45.31) и нижней части (F45.32) желудочно-кишечного тракта», органов дыхания (F45.33), других органов (F45.38) и т. д.

Обследуемые нами пациенты, особенно в первые дни общения с врачами-психиатрами и даже клиническими психологами, реагировали в большинстве случаев не только безучастно, но даже протестно – нехотя, с различного рода аффективными вкраплениями на углубленное и целенаправленное психолого-психиатрическое обследование. При этом их психическое состояние отчетливо имело психодинамическую симптоматику: депрессивную, ипохондрическую, тревожную, фобическую, вегетативно-обусловленную.

В исследуемую выборку в соответствии с МКБ-10 нами были отнесены пациенты с невротическими и соматическими расстройствами, различ-

ными по степени выраженности, интенсивности и полноте, продолжительность которых составляла от 6 месяцев до 2 и более лет.

Основанием для включения в исследуемую группу явилось обязательное отсутствие достоверных сведений об органических либо соматических расстройствах. Многие пациенты высказывали множество соматически обусловленных жалоб с акцентом на локализацию и различные по интенсивности болезненные ощущения.

К диагностической рубрике F45.0 «Соматизированное расстройство» мы относили только тех пациентов, у которых имели место множественные, повторяющиеся на протяжении длительного времени, но не менее 2 лет видоизменяющиеся соматические симптомы. Болезненные ощущения возникали в различных частях тела или органа; течение носило затяжной и неустойчивый характер, часто с нарушениями семейно-бытовых и профессионально-производственных отношений.

В диагностическую группу больных, характеризующую F45.1 «Недифференцированное соматоформное расстройство», мы включали тех пациентов, у которых были доминирующими множественные переменные и устойчивые соматические жалобы при отсутствии типичной картины соматизированного расстройства. Их семейно-бытовые и профессионально-производственные отношения в большинстве случаев не были нарушены болезнью.

Больные с наличием ипохондрического расстройства, относящиеся к диагностической рубрике F45.2, в нашем исследовании учитывались в том случае, если у них имелась устойчивая фиксационная озабоченность какими-либо соматически обусловленными заболеваниями. Такие пациенты называли конкретно тот или иной якобы больной орган. Почти все больные с ипохондрическими расстройствами дополнительно высказывали соматически обусловленные жалобы на возможное у них сочетанное заболевание.

Больные, относящиеся к диагностической рубрике «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» (F45.3), нами включались в исследование на основании быстротечных жалоб на те или иные конкретные соматические расстройства, которые находятся под влиянием вегетативной нервной системы в соответствии с МКБ-10. При этом незначительные объективные нарушения физиологических функций (икота, одышка, потливость, сердцебиение, покраснение, тремор и т. д.) не нарушали физиологического функционирования соответствующего органа и системы. В данную группу мы отнесли лиц, относящихся к следующим диагностическим рубрикам:

«Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы» (F45.30). Доминирующими жалобами

у пациентов этой группы являлись немотивированные сердцебиения, приливы к коже лица и покраснения кожных покровов шеи, груди, незначительная лабильность АД (100–135/65–80 мм рт. ст.), чувство покалывания, легкого жжения в области сердца, сомнительно верная пульсация, кровенаполнение в крупных сосудах, одышка без физической нагрузки, тахикардия;

«Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы: верхней (F45.31) и нижней (F45.32) части ЖКТ». Основанием для включения в данную выборку служили жалобы на наличие дурного запаха изо рта, сомнительные эпизодические отложения на языке и неприятный вкус во рту, отрыжку, эпигастральный дискомфорт, затруднения в глотании, неприятные ощущения в области печени и желчного пузыря. Часть больных жаловалась на чувство распирания и перенаполнения кишечника газами, их бурного «отхождения», частый жидкий стул, запоры;

«Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания» (F45.33). Пациенты данной группы жаловались на нехватку воздуха, чувство духоты, затрудненное носовое дыхание, учащенное легочное дыхание, покашливание, потребность дышать открытым ртом;

«Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы мочеполовых органов» (F45.34) проявлялась жалобами на учащенное мочеиспускание и чувство неопорожненности мочевого пузыря, неприятные ощущения в половых органах и в паховой области, сомнительные выделения из влагалища, половую фригидность;

«Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы других органов» (F45.38) нами диагностировалась крайне редко. Основной жалобой у таких пациентов был немотивированный шум в ушах, усиливающийся в вечернее время или пасмурную погоду. Также жаловались на дискомфорт в глазах, неприятное ощущение сухости, расплывчатости, слезливости. В обоих случаях патологии со стороны ЛОР-органов и глаз выявлено не было.

Пациент с наличием жалоб, характеризующих «Устойчивое соматоформное болевое расстройство» (F45.4), в нашем исследовании представлен единичным случаем (пациент предъявлял жалобы на эпизодически возникающие тягостные затяжные боли, чаще в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и крупных суставах, чувство онемения в кистях рук; общий фон настроения был пессимистичен, т. е. отмечались апатия, депрессивное настроение, уныние).

Пациенты, у которых диагностировались «Другие соматоформные расстройства» (F45.8), включались нами в данную диагностическую группу при отсутствии у них выраженных органических расстройств и наличия типоспецифических

Диагностические группы больных с невротическими и соматоформными расстройствами в соответствии с МКБ-10 применительно к месту жительства (село, город) и полу (Муж., Жен.) в абсолютных и процентных соотношениях в исследуемой выборке

Шифр МКБ-10	Диагностические группы	Общее количество больных		В том числе:					
		Абс.	%	Место проживания			Пол обследуемых		
				Село/город	Абс.	%	Муж/жен.	Абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(F.4) Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства									
F.40	Фобические тревожные расстройства (F40.0-40.1)	113	28,1	Село	25	22,1	Муж.	6	24,0
							Жен.	19	76,0
				Город	88	77,9	Муж.	22	25,0
							Жен.	66	75,0
F.42	Обсессивно-компульсивное расстройство (F42.0-42.9)	11	2,7	Село			Муж.		
							Жен.		
				Город	11	100,0	Муж.	3	27,2
							Жен.	8	72,8
F.43	Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43.0-43.9)	95	23,7	Село	32	33,7	Муж.	10	31,3
							Жен.	22	68,7
				Город	63	66,3	Муж.	14	22,2
							Жен.	49	77,8
F.44	Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.0-44.9)	7	1,7	Село	1	14,3	Муж.	1	100
							Жен.		
				Город	6	85,7	Муж.		
							Жен.	6	100
F.45	Соматоформные расстройства (F45.0-45.2)	124	30,8	Село	68	54,8	Муж.	22	32,4
							Жен.	46	67,6
				Город	56	45,2	Муж.	19	33,9
							Жен.	37	66,1
F.48	Другие невротические расстройства (F48.0-48.9)	42	10,5	Село	13	31,0	Муж.	4	30,8
							Жен.	9	69,2
				Город	29	69,0	Муж.	13	44,8
							Жен.	16	55,2
F.50	Расстройства приема пищи (F50.0-50.9)	4	1,0	Село			Муж.		
							Жен.		
				Город	4	100,	Муж.		
							Жен.	4	100
F.51; 52;68	Прочие невротические, личностные и соматоформные дисфункции невротической этиологии в других диагностических рубриках МКБ-10	6	1,5	Село	4	66,7	Муж.		
							Жен.	4	100
				Город	2	33,3	Муж.		
							Жен.	2	100

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Всего больных по изучаемой выборке		402	100	Село	143	35,6	Муж.	43	30,1
							Жен.	100	69,9
				Город	259	64,4	Муж.	71	27,4
							Жен.	188	72,6
Всего только по полу (село+город)		402	100				Муж.	114	28,6
							Жен.	288	71,6

Примечание: 1) распределение больных в этой и следующей таблицах по диагностическим группам и %-ным соотношениям рассчитано от общего количества обследуемых;
 2) распределение больных в этой и следующей таблицах по месту жительства (село, город) и %-ным соотношениям рассчитано от общего количества больных в данной диагностической группе (например, от 113 больных, относящихся к F40);
 3) распределение больных в этой и следующей таблицах по полу (мужчины, женщины) и %-ным соотношениям рассчитано от их количества применительно к месту жительства (например, от 25 проживающих в сельской местности).

жалоб, которые возникали и достаточно продолжительное время (от нескольких дней и даже месяцев) их беспокоили: покалывания и судорожные подергивания в области внутренней поверхности бедер, голени и пальцев стоп, чувство онемения в области затылка, волосистой части головы и т. п.

К диагностической рубрике «Соматоформное расстройство неуточненное» (F45.9) из нашей выборки был отнесен единственный случай, когда отмечались затруднения в уточнении принадлежности к соматоформному расстройству ввиду множества разноречивых соматизированных высказываний без четкой локализации, но отчетливо ухудшающих общее психофизическое состояние здоровья.

Суммарная выборка диагностических групп больных с невротическими и соматоформными расстройствами (МКБ-10) применительно к их месту жительства (село, город) и полу в абсолютных и процентных соотношениях представлена в таблице 1.

Как следует из таблицы 1, обследуемая нами группа в количестве 402 больных (мужчины – 114, женщины – 288) с невротическими и соматоформными расстройствами, относящихся к диагностическим рубрикам F40-48, F50-52, F68, представлена 143 жителями сельской местности (мужчины – 43, женщины – 100) и 259 больными городской местности (мужчины – 71, женщины – 188). Следует констатировать, что женщины вне зависимости от места жительства – сельская или городская местность – значительно доминируют по количеству лиц, находящихся на обследовании и лечении в психиатрических учреждениях, не только в целом по всей выборке, но также в разрезе каждой диагностической рубрики по МКБ-10, относящейся к разделу «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства».

Наибольшее количество больных в нашей выборке – это лица, относящиеся к рубрике F45 «Соматоформные расстройства». Всего 124 (30,8%), из них жители сельской местности – 68 (54,8%), в т. ч. мужчины – 22 (32,4%), женщины – 46 (67,6%), жители городской местности – 56 (45,2%), в т. ч. мужчины – 19 (33,9%), женщины – 37 (66,1%). Вторая по количественной значимости от общей выборки (113 человек, 28,1%) – это группа больных, относящихся к диагностической рубрике F40 «Фобические тревожные расстройства». Она представлена жителями сельской местности – 25 (22,1%), в т. ч. мужчины – 6 (24,0%), женщины – 19 (76,0%), жителями городской местности – 88 (77,9%), в т. ч. мужчины – 22 (25,0%), женщины – 66 (75,0%).

Третье место по численности – у группы больных, относящихся к диагностической рубрике F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», – 95 человек (23,7%) от общей выборки. Эта группа представлена жителями сельской местности – 32 (33,7%), в т. ч. мужчины – 10 (31,3%), женщины – 22 (68,7%), жителями городской местности – 63 (66,3%), в т. ч. мужчины – 14 (22,2%), женщины – 49 (77,8%). Остальные диагностические группы по количественному составу представлены в идентичных арифметических соотношениях применительно к месту жительства и полу по мере их убывания. Диагностическая рубрика F48 «Другие невротические расстройства» представлена 42 больными (10,5%); F42 «Обсессивно-компульсивное расстройство» – 11 (2,7%); F44 «Диссоциативные (конверсионные) расстройства» – 7 (1,7%); F51, 52, 68 «Прочие невротические, личностные и соматоформные дисфункции неорганической этиологии», относящиеся к другим диагностическим рубрикам МКБ-10, представлены 6 (1,5%) и F50 «Расстройства приема пищи» – 4 обследуемыми (1,0%).

Диагностические группы больных с соматоформными расстройствами и их клинические разновидности в соответствии с МКБ-10 применительно к месту жительства (Село, Город) и полу (Муж., Жен.) в абсолютных и процентных соотношениях в исследуемой выборке

Шифр МКБ-10	Диагностические группы	Общее кол-во больных		В том числе:					
				Место проживания			Пол обследуемых		
		Абс.	%	Село/город	Абс.	%	Муж/жен.	Абс.	%
(F.4) Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства									
F.45	Соматоформные расстройства (F45.0-45.9)	124	100	Село	68	54,8	Муж.	22	32,4
							Жен.	46	67,6
				Город	56	45,2	Муж.	19	33,9
							Жен.	37	66,1
F.45.0	Соматизированное расстройство	22	17,7	Село	15	68,2	Муж.	6	40,0
							Жен.	9	60,0
				Город	7	31,8	Муж.	3	42,9
							Жен.	4	57,1
F.45.1	Недифференцированное соматоформное расстройство	3	2,4	Село	1	33,3	Муж.	1	100
							Жен.		
				Город	2	66,7	Муж.	1	50,0
							Жен.	1	50,0
F.45.2	Ипохондрическое расстройство	27	21,8	Село	11	40,7	Муж.	4	36,4
							Жен.	7	63,6
				Город	16	59,3	Муж.	6	37,5
							Жен.	10	62,5
F.45.3	Соматоформная дисфункция ВНС	61	49,2	Село	22	36,1	Муж.	8	36,4
							Жен.	14	63,6
				Город	39	63,9	Муж.	11	28,2
							Жен.	28	71,8
F.45.4	Устойчивое соматоформное болевое расстройство	8	6,5	Село	5	62,5	Муж.	3	60,0
							Жен.	2	40,0
				Город	3	37,5	Муж.	1	33,3
							Жен.	2	66,7
F.45.8	Другие соматоформные расстройства	2	1,6	Село	1	50,0	Муж.	1	100
							Жен.		
				Город	1	50,0	Муж.		
							Жен.	1	100
F.45.9	Соматоформное расстройство неуточненное	1	0,8	Село	1	100	Муж.	1	100
							Жен.		
				Город			Муж.		
							Жен.		
Всего больных по диагностическим рубрикам F45.0-45.2, F45.4-45.9		124	100	Село	68	54,8	Муж.	22	32,4
							Жен.	46	67,6
				Город	56	45,2	Муж.	19	33,9
							Жен.	37	66,1
Всего только по полу (Село+Город)		124	100				Муж.	41	33,1
							Жен.	83	66,9

Из таблицы 1 следует, что из 402 обследуемых нами больных с невротическими и соматоформными расстройствами (применительно ко всем диагностическим группам) доля больных женщин почти в 2,5 раза больше, чем доля больных мужчин, т. е. 71,6% и 28,4% соответственно.

Для более детального изучения клинических, медико-демографических, социально-экономи-

ческих и профессионально-производственных закономерностей, имеющих место у больных, относящихся к диагностической рубрике F45 «Соматоформные расстройства», в зависимости от места их проживания (сельская или городская местность) они нами были строго количественно дифференцированы и представлены в таблице 2.

Из таблицы 2 следует, что из 124 больных, относящихся к рубрике F45 «Соматоформные расстройства», почти половина – 61, или 49,2%, – это пациенты, которые по своим клиническим проявлениям нами были отнесены к рубрике F45.3 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы». Вторая по количеству больных группа – 27, или 21,8%, – это относящиеся к рубрике F45.2 «Ипохондрическое расстройство». Третья по численности – 22 человека, или 17,7%, – группа больных, относящаяся к рубрике F45.0 «Соматоформное расстройство».

Из таблицы 2 также следует, что данный вид психической патологии от общего количества больных диагностических рубрик F45.0–45.9 гораздо чаще имеет место среди жителей сельской местности – 68 (54,8%), нежели городской – 56 (45,2%). Больные женщины во всех диагностических группах вне зависимости от места их проживания имеют доминирующую численность.

Обсуждение результатов

Предложенная нами комплексная методика изучения качества жизни больных с невротическими и соматоформными расстройствами позволит углубленно проанализировать макро- и микросоциальные условия жизни этих больных с детальной дифференциацией факторов, способствующих развитию данного вида психической патологии.

По завершении данного тематического исследования нами будут разработаны научно-практические рекомендации для целенаправленной профилактической деятельности возможных причин возникновения невротических и соматоформных расстройств, а также внедрены в стационарные и внебольничные психиатрические учреждения Российской Федерации (вне зависимости от форм собственности) и оценочные критерии качества жизни таких больных, которые могут использоваться в осуществлении организационной и медико-социальной оптимизирующей помощи. Полученные научно обоснованные сведения будут также внесены в региональные Законодательные собрания Южного федерального округа с конкретными предложениями по улучшению качества жизни больных с пограничной психической патологией территориального населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства // Психиатрия: Национальное руководство / Под редакцией Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Т. Кузнецова, В. Я. Семко, А. С. Пеганова. – Москва, 2009. – С. 544–545.
2. Белялов Ф. И., Собенников В. С., Мальцева Л. Е. Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике // Материалы VI Байкальской межрегиональной конференции. – Иркутск, 2010. – 114 с.

3. Березанцев А. Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (часть 2) // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 10–15.
4. Казаковцев Б. А., Голланд В. Б. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99), (класс V МКБ–10, адаптированный для использования в Российской Федерации). – Москва, 1998. – С. 206–295.
6. Северный А. А. Психическая патология в общепедиатрической клинике (К вопросу о психовегетативном диатезе) // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113. № 5. – С. 23–28.
7. Смулевич А. Б., Дороженко И. Ю., Романов Д. В., Львов А. Н. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова) // Журнал «Психические расстройства в общей медицине». – М., 2012. – № 1. – С. 4–14.
8. Собенников В. С., Белялов Ф. И. Соматизация и психические расстройства (монография). – Иркутск, 2010. – 230 с.
9. Собенников В. С. Аффективные расстройства и соматизация (К построению психопатологической модели) // Журнал «Психическое здоровье в общей медицине». – М., 2012. – № 1. – С. 15–19.
10. Сухотина Н. К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113. № 5. – С. 16–22.
11. Шевченко Ю. С. Онтогенетическая концепция комплексной многоуровневой терапии психогенных психосоматических расстройств у детей // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113. № 5. – С. 29–34.
12. Читилова В. В. О работе школы профессоров «Актуальные проблемы психосоматических и аффективных расстройств» // Дневник психиатра. – М., 2013. – № 3. – С. 12–14.
13. Driessen E. et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis // Clin. psychol. rev. – 2010. Feb. – Vol. 30. № 1. – P. 25–36.
14. Creed F. A. Systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis / F. Creed, A. Barsky // J. psychosom. res. – 2004. Apr. – № 56 (4). – P. 391–408.
15. Holm J. The somatizing patient. Frustrating for the physician not to be able to help because of insufficient according to a questionnaire / J. Holm, T. Nilstun et al. // Zakartidningen. – 2005. Jan.-Feb. – № 102 (5). – P. 307–309.
16. Kapfhammer H. P. Somatoform and factitious disorders in clinical medicine // Wien. med. wochenschr. – 2005. – Dec. № 155 (23–24). – P. 524–536.
17. Mai F. Somatization disorder: a practical review // Can. j. psychiatry. – 2004. – Oct. № 49 (10). – P. 652–662.
18. Schweickhardt A. Differentiation of somatizing patients in primary care: why the effects of treatment are always moderate / A. Schweickhardt, A. Zarisch, K. Fritzsche // J. nerv. ment. dis. – 2005. – Dec. № 193 (12). – P. 813–819.
19. Zarzalda M. E., Raynand J. P. Brain, mind and developmental psychopathology in childhood. UK. 2012: International association of child and adolescent psychiatry and allied professions (JACAPAP). – 2012. – P. 317.