

Ромасенко Л.В.¹, Махов В.М.², Чичкова Н.В.²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия; ²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия
¹119034, Москва, Кропоткинский пер., 23; ²119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицинской практике

Цель исследования — выявление психосоматических и соматопсихических соотношений в клинической картине расстройств, определяемых врачами-интернистами как функциональные расстройства (ФР) необъяснимого или недостаточно объяснимого происхождения.

Пациенты и методы. С 2000 по 2017 г. в клинике внутренних болезней проведено совместное обследование (интернист — психиатр) 640 больных (175 мужчин, 465 женщин; средний возраст обследованных в кардиологической практике 27,52±9,03 года; в гастроэнтерологической практике 42,44±17,2 года; в пульмонологической практике 40,20±11,4 года) с различными ФР, которые на протяжении многих лет исчерпывали клиническую картину заболевания: нейрциркуляторной дистонией (НЦД), синдромом раздраженного кишечника (СРК), функциональной диспепсией (ФД), гипервентиляционным синдромом (ГВС), термоневрозом (ТН) — основная группа. В группу сравнения включено 245 пациентов (81 мужчина и 164 женщины; средний возраст соответственно 38,78±8,07 и 48,12±10,92 года) с верифицированными соматическими заболеваниями: артериальной гипертензией, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмой, воспалительными заболеваниями кишечника. Пациенты обследованы с помощью клинических и параклинических методов в соответствии со стандартами для указанных заболеваний, а также с помощью психопатологического, психометрического методов.

Результаты и обсуждение. По данным сравнительного междисциплинарного исследования, у пациентов общей медицинской практики с НЦД, СРК, ФД, ГВС, ТН установлены два этиопатогенетически разных клинических варианта ФР: а) ФР как клиническая суть текущего соматического заболевания и б) ФР, коморбидные определенным психопатологическим расстройствам: аффективным (F30–F39) — 57,9%, невротическим (F40–F48) — 27,1%, шизотипическим (F21) — 15,0%. В структуре сложных психосоматических синдромов, которые часто встречаются в терапевтической практике, они представляют собой стержневые проявления болезни, адекватная диагностика которых предполагает необходимость междисциплинарного сотрудничества.

Заключение. Таким образом, наше многолетнее исследование, в основу которого положен единый междисциплинарный подход, позволило сформулировать современную концепцию единства клинического стереотипа развития психосоматических синдромов.

Ключевые слова: общая медицинская практика; психосоматические расстройства; клинические закономерности.

Контакты: Любовь Владимировна Ромасенко; lromasenko@mail.ru

Для ссылки: Ромасенко ЛВ, Махов ВМ, Чичкова НВ. Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицинской практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(3):69–73.

Functional (psychosomatic) disorders in general medical practice

Romasenko L.V.¹, Makhov V.M.², Chichkova N.V.²

¹V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

¹23, Kropotkinsky Lane, Moscow 119034; ²8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991

Objective: to identify psychosomatic and somatopsychic ratios in the clinical picture of disorders detected by internists as functional disorders (FD) of unexplainable or insufficiently explainable origin.

Patients and methods. In 2000 to 2017, an internist and a psychiatrist in the Internal Medicine Clinic made a joint examination of 640 patients (175 men and 465 women; the mean age of those in cardiology practice was 27.52±9.03 years; that of those in gastroenterology practice was 42.44±17.2 years, and that of those in pulmonology practice was 40.20±11.4 years) with various risk factors (RFs), who had for many years exhausted the clinical picture of diseases: neurocirculatory dystonia (NCD), irritable bowel syndrome (IBS), functional dyspepsia (FD), hyper-ventilation syndrome (HVS), and thermoneurosis (TN) (a study group). A comparison group included 245 patients (81 men and 164 women; their mean age was 38.78±8.07 and 48.12±10.92 years, respectively) with verified somatic diseases: hypertension, duodenal ulcer, asthma, and inflammatory bowel diseases. The patients were examined using both clinical and paraclinical studies in accordance with the standards for the above diseases and applying psychopathological and psychometric tests.

Results and discussion. A comparative interdisciplinary study established that the general medical practice patients with NCD, IBS, FD, HVS, and TN had two etiopathogenetically different clinical RFs: a) RF as the clinical essence of the current somatic disease and b) RF comorbid in certain psychopathological disorders: affective (F30–F39) (57.9%), neurotic (F40–F48) (27.1%), and schizotypic (F21) (15.0%). In the structure of complex psychosomatic syndromes that are often encountered in therapeutic practice, they represent the pivotal manifestations of disease, the adequate diagnosis of which is supposed to require cooperative interdisciplinary work.

Conclusion. Thus, our long-term study that is based on a single interdisciplinary approach has allowed us to formulate a modern concept of unity of the clinical stereotype of development of psychosomatic syndromes.

Keywords: *general medical practice; psychosomatic disorders; clinical patterns.*

Contact: *Lyubov Vladimirovna Romasenko; lromasenko@mail.ru*

For reference: *Romasenko LV, Makhov VM, Chichkova NV. Functional (psychosomatic) disorders in general medical practice. Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2019;11(3):69–73.*

DOI: *10.14412/2074-2711-2019-3-69-73*

В общей медицинской практике с функциональными расстройствами (ФР) часто встречаются врачи разных специальностей. Существует множество терминов, определяющих эти расстройства: «соматически необъяснимые жалобы», «соматические функциональные, соматоформные синдромы», «bodily distress syndrome» [1, 2]. В клинической гастроэнтерологии, в частности, диагностика ФР желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) осуществляется с учетом постоянно действующих Римских согласительных критериев. Обновленные в 2016 г. Римские критерии 4-го пересмотра трактуют эти расстройства как нарушения взаимодействия между головным мозгом и ЖКТ (disorders of gut-brain interaction) [3]. При разработке МКБ-11 обсуждаются новые подходы к классификации этих расстройств и их дефиниции. В происхождении расстройств выделяют *предрасполагающие факторы*: биологические (генетические), психологические, социальные; *преципитующие факторы*: инфекционные или соматические заболевания, физические травмы, эмоциональные травмы, длительный стресс; *хронифицирующие факторы*: нарушение когнитивных процессов, болезненное дисфункциональное поведение, ятрогении, центральная сенситизация, социальные причины [4].

В общей медицине ФР принято относить к категории синдромов, не имеющих субстрата болезни; соответственно, эти расстройства с позиций общей патологии не могут существовать как таковые, поскольку нарушение функции в процессе становления болезни потенциально предполагает формирование и ее субстрата [5]. По мнению И.В. Давыдовского [6], любая функциональная система организма имеет структурно-функциональное единство, и развитие ФР возможно по механизму висцеро-висцерального рефлекса.

В психиатрической практике соматические ФР, не объяснимые с позиций внутренних заболеваний, по существу отождествляются с различными соматизированными психическими расстройствами. Концепция неврозов трактует это заболевание как психогенное, поражающее психику парциально, с сохранностью критического отношения к болезни, принципиально обратимое [7, 8], и предполагает возможность соматических ФР в клинической картине невротических, истерического и фобического неврозов, при невротической депрессии, ипохондрическом неврозе. В медицине и, в частности, в психиатрии существуют понятия «органного невроза», «системных неврозов» [9, 10], которые представляют собой первичные психогенные нарушения высшей нервной деятельности локального характера определенной структуры корково-подкорковой системы головного мозга и обуславливают избирательные расстройства функциональной деятельности отдельных анатомо-физиологических систем (сердечно-сосудистой, пищеварительной и др.). В процессе развития болезни первичные психогенные расстройства сменяются клинической картиной определенного невроза. Органные неврозы имеют гетерогенное происхождение вследствие различных соматопсихических соотношений при соматической патологии и психиче-

ских заболеваниях; занимают промежуточное положение между соматическими заболеваниями, усложненными различными психопатологическими синдромами, и психической патологией; их клиническая картина включает широкий спектр психогенных, личностных, аффективных расстройств и вялотекущей шизофрении [11]. В МКБ-10 диагностическая категория «органный невроз» представлена в разделе «Невротические, соматоформные и связанные со стрессом расстройства» (в рубрике F45, «Соматоформная вегетативная дисфункция нервной системы») и служит для квалификации функциональных соматических синдромов – нейроциркуляторной дистонии (НЦД), синдрома раздраженного кишечника (СРК), функциональной диспепсии (ФД) и др.

Другая плодотворная концепция, объясняющая происхождение соматоформных психических расстройств, сформировалась в рамках исследований соматизированной депрессии (ларвированной, скрытой, тимопатических эквивалентов, маскированной, вегетативной, «депрессии без депрессии», циклосомии, субсиндромальной). Большинство исследователей относят эти депрессии к разряду эндогенных (циклотимия, биполярное расстройство, шизофрения) [12]. Соматоформные психические расстройства рассматриваются также в структуре различных вариантов ипохондрии: первичной, сенестоипохондрии, органо-невротической шизофрении, небредовой ипохондрии [11, 13].

Единые представления о происхождении соматических ФР, не обусловленных конкретным заболеванием, особенностях их клинической картины, определяющих специфические трудности диагностики и лечебную тактику, отсутствуют.

Цель исследования – выявление психосоматических и соматопсихических соотношений в клинической картине расстройств, определяемых как ФР необъяснимого или недостаточно объяснимого происхождения.

Пациенты и методы. В клинике кафедры факультетской терапии №1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) с 2000 по 2017 г. проведено клиническое обследование 640 пациентов (175 лиц мужского пола и 465 женского, средний возраст обследованных в кардиологической практике $27,52 \pm 9,03$ года, в гастроэнтерологической практике – $42,44 \pm 17,2$ года, в пульмонологической практике – $40,20 \pm 11,4$ года), составивших основную группу. Всем пациентам основной группы был установлен диагноз соматического ФР в форме НЦД, СРК, ФД, синдрома гипервентиляции (ГВС), термоневроза (ТН) с коморбидными психическими расстройствами. В группу сравнения вошли 245 пациентов (81 пациент мужского пола и 164 женского, средний возраст соответственно $38,78 \pm 8,07$ и $48,12 \pm 10,92$ года) без актуальных ФР в картине соматического заболевания. Гипертоническая болезнь была у 80 пациентов этой группы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 50, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – у 50, бронхиальная аст-

Таблица 1. Частота ФР у пациентов основной группы и группы сравнения

Группа пациентов	ФР, %				
	СРК	ФД	НЦД	ГВС	ТН
Основная	40,9	28,9	21,7	6,1	2,3
Сравнения	4,9	1,2	4,5	4,1	0,4
p (по критерию Фишера)	≤0,001	≤0,001	≤0,05	—	—

ма — у 50, воспалительные заболевания кишечника — у 15. Структура болезненного состояния была сложной и практически всегда характеризовалась атипичными жалобами в рамках клинической картины и течения соматического заболевания. Если на определенном этапе обследования становилось очевидным, что актуальная патология (жалобы, ощущения пациента) не могла быть квалифицирована в рамках конкретного соматического или неврологического заболевания, то на условиях информированного согласия пациентов консультировали психиатры отделения психосоматических расстройств Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского. При психиатрическом обследовании использовались клиничко-психопатологический метод для оценки выявленных расстройств на синдромальном уровне, критерии МКБ-10 для нозологической верификации синдромов. Психометрическое обследование осуществлялось с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List, SCL-90), шкалы госпитальной тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), шкалы депрессии Гамильтона-21, (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), опросника для оценки качества жизни больных с гастроэнтерологическими заболеваниями (Gastrointestinal Symptom Rating Scale, GSRS), шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, опросников для выявления акцентуации личности К. Леонгарда, личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) [14–16].

Для анализа данных были использованы методы описательной статистики. Статистические расчеты выполнены с помощью компьютерных пакетов Excel, SPSS и Statistica (выявление достоверности коморбидных связей).

Результаты. По данным психиатрического обследования, коморбидные психические расстройства дифференцированы в рамках синдромов: 1) невротического; 2) аффективного; 3) сенесто-ипохондрического.

Невротические расстройства выявлены у 153 (27,1%) пациентов и были представлены преимущественно синдромами тревожно-фобического спектра, диссоциативными и соматоформными расстройствами. Эти синдромы развивались, как правило, у пациентов с личностной патологией (преимущественно шизоидной, истерической).

Аффективные расстройства (ипохондрическая депрессия, депрессия с тревожно-фобическими и паническими расстройствами с агорафобией и без нее, депрессия с деперсонализацией, синдром соматизированной дистимии, смешанное депрессивное расстройство, маскированная депрессия) выявлены у 372 (57,9%) пациентов: при циклотимии (F34.0) — у 30%, дистимии (F34.1) — у 6%, депрессивном эпизоде (F32) — у 11%, рекуррентной депрессии (F33) —

у 45%, биполярном аффективном расстройстве (F31.3) — у 8%.

Сенесто-ипохондрические расстройства (истероипохондрическая, сверхценная ипохондрия, навязчивая ипохондрия) имелись у 125 (15%) пациентов с шизотипическим расстройством (F21), а также у пациентов с клинической картиной депрессивных и смешанных аффективных расстройств (в подавляющем большинстве случаев в качестве содержательной характеристики переживаний).

Данные психопатологического анализа исследованных состояний соотносятся с результатами психометрического обследования. Так, у пациентов основной группы были зарегистрированы повышенные показатели по шкалам депрессии, тревоги, фобии и соматизации (опросник SCL-90), легкие и умеренно выраженные тревожно-депрессивные расстройства (от 8,52±4,19 до 9,36±4,38 балла) по HADS. Показатели шкалы HDRS у 1/3 пациентов соответствовали уровню малого депрессивного эпизода (7–15 баллов), у 2/3 пациентов — умеренно выраженного и большого эпизода (≥16 баллов). Обследование с использованием опросника GSRS показало, что у пациентов с ФР более выраженным психопатологическим расстройствам соответствуют более интенсивные соматические жалобы. Была установлена положительная корреляция показателей шкал соматизации (r=0,92), тревоги (r=0,78) и депрессии (r=0,83) теста SCL-90 и степени выраженности соматических симптомов теста GSRS. Выявлена также положительная корреляция между уровнем тревоги и депрессии по шкале HADS и степенью соматических симптомов в тесте GSRS (r=0,61 для тревоги и r=0,73 для депрессии). Высокий уровень тревожности (как личностной, так и ситуационной) установлен у обследованных и при использовании шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина. По данным опросника для выявления акцентуации личности Леонгарда, актуальными оказались такие патохарактерологические паттерны, как эмотивность, циклоидность, демонстративность, шизоидность. При исследовании внутренней картины болезни с применением ЛОБИ у пациентов с актуальными ФР отмечено нерациональное отношение к болезни, соответствующее ведущему психопатологическому синдрому, в частности, при депрессивных расстройствах — тревожному, ипохондрическому, сенситивному.

Данные табл. 1 свидетельствуют о наличии отчетливой связи определенных ФР с психической патологией.

В табл. 2 приведены результаты статистического анализа выявленных достоверных различий частоты ФР при попарном сравнении выборок с актуальной психической патологией.

Представленные данные наглядно демонстрируют значимость отдельных психопатологических расстройств на синдромальном уровне (прежде всего аффективных, невротических) для формирования клинической картины и определенных функциональных синдромов. Исключение составляют синдромы ГВС и ТН.

Оценка условий возникновения необъяснимых соматических жалоб показала, что при невротических расстройствах болезненные переживания формируются либо на фоне психогенных ситуаций: тяжелые потери, прежде всего

смерть близких (30%), тяжелое заболевание (20%), иные объективно и субъективно значимые психогении (50%). Эти события нарушают адаптацию пациентов, провоцируют развитие аффективных фаз, тревожных невротических расстройств, личностной патологии. Аффективные расстройства у пациентов возникали чаще всего аутохтонно, хотя имели значение и провоцирующие (чаще психогенные) факторы. У большинства таких пациентов (70%) аффективные расстройства выявлялись уже в анамнезе, носили рекуррентный, нередко сезонный характер. Неврозо- и психопатоподобные синдромы при шизотипическом расстройстве с сенесто-ипохондрией имели свой стереотип развития, характерный для эндогенного вялотекущего процесса: аффективные фазовые расстройства, обострения болезни в форме сдвигов, abortивных приступов, неврозо- и психопатоподобной симптоматики. В дальнейшем отмечалось постепенное становление дефицитарных симптомов и специфических изменений личности в виде астенического дефекта, дефензивности, чужаковатости, монотонной активности, регрессивной синтонности.

Обсуждение. Результаты сравнительного междисциплинарного исследования пациентов общей медицинской практики подтвердили наличие двух этиопатогенетически принципиально разных клинических вариантов ФР (НЦД, СРК, ФД, ГВС, ТН): а) ФР как клиническая суть текущего соматического заболевания и б) ФР, коморбидные психической патологии. В первом случае клинико-динамические параметры ФР соотносятся с закономерностями течения соматической болезни. Во втором случае ФР представляют собой соматизированные психопатологические синдромы со специфическим оформлением и клинической динамикой: они отличаются хроническим течением, при благоприятном прогнозе соматического заболевания нередко наступает инвалидизация по психическому состоянию. Эти расстройства следует квалифицировать как варианты соматовегетативных дисфункций, не имеющих анатомического субстрата [17, 18]. Кроме того, ФР нозологически и синдромально также гетерогенны, формируются в рамках личностных расстройств, аффективной патологии, шизотипического расстройства [19].

На синдромальном уровне при личностной патологии соматизированный синдром (психосоматический синдром) был представлен соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы и минимальными соматическими расстройствами (соматические симптомы могут и отсутствовать), которые имеют облигатные коморбидные связи с каким-либо невротическим расстройством — астеническим, тревожно-фобическим, паническим, ипохондрическим, конверсионным, синдромом невротической депрессии. При аффективной патологии синдром вегетативной дисфункции нервной системы имеет облигатные коморбидные связи с депрессивным синдромом различной структуры и выраженности (преимущественно легким и умеренно выра-

Таблица 2. Частота ФР с учетом характера коморбидной психической патологии у пациентов основной группы (n=640)

Коморбидные психические расстройства	СРК	ФД	ФР, % НЦД	ГВС	ТН
Аффективные	166 (63,4)	96 (51,9)	74 (53,2)	14 (35,9)	12 (80)
Невротические	44 (16,8)	3 (1,6)	51 (36,7)	5 (12,8)	0
Диссоциативные	2 (0,8)	38 (20,5)	0	10 (25,6)	0
Шизотипические	50 (19,1)	48 (25,9)	14 (10,1)	10 (25,6)	3 (20,0)
p	*	*	**		*
	**	**	***		**
	***	***	****		
	****	****	*****		
	*****	*****			

Примечание. Различия достоверны ($p \leq 0,01$) при попарном сравнении групп по критерию Фишера: * — аффективные — невротические расстройства; ** — аффективные — диссоциативные расстройства; *** — аффективные — шизотипические расстройства; **** — невротические — диссоциативные расстройства; ***** — невротические — шизотипические расстройства; ***** — диссоциативные — шизотипические расстройства.

женным), реже — со смешанным аффективным расстройством. При шизотипическом расстройстве соматизированный синдром представлен соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы с облигатными коморбидными связями с синдромом сенестоипохондри (истерической, навязчивой, сверхценной).

Соматоформная вегетативная дисфункция может сочетаться с минимальными соматическими расстройствами; эти связи в структуре синдрома имеют комплементарный характер. Соматические расстройства актуализируются только при наличии коморбидности с психопатологическими расстройствами (по механизму психосоматической синтропии). Психопатологическую основу столь сложного синдрома составляет изменение общего чувства — кайнестопатия [20]. Именно эта патология предопределяет феноменологическое сходство различных по происхождению расстройств, их единый синдромальный уровень, синдромальную ограниченность. Наполнение этой «конструкции» вегетативными расстройствами различных функциональных систем определяет феноменологическое разнообразие психосоматических синдромов.

Построение клинической модели в каждом конкретном случае осуществляется в процессе дифференциальной диагностики соматических и психических расстройств, а затем отдельных форм психических расстройств. Такой клинический подход, предопределяющий сложный дифференциальный диагноз психической и соматической патологии, а также собственно психических расстройств, требует интеграции медицинских знаний. Представление об общей структуре психосоматического синдрома позволяет в каждом конкретном случае сопоставить имеющийся соматоформный синдром с синдромом иного психического расстройства (невротического, аффективного, шизотипического) и таким образом определить актуальное психосоматическое расстройство. Наиболее плодотворно использование этого подхода при междисциплинарном сотрудничестве

Заключение. Результаты нашего исследования объединяют и дополняют клинические положения известных концепций соматизированных психических расстройств, а

также данные многочисленных исследований ФР, свидетельствующие об их коморбидности расстройствам тревожно-депрессивного спектра и ипохондрии, органо-неврогической шизофрении. Настоящее многолетнее исследование, в основу которого положен единый междисциплинарный подход, позволило сформулировать современную концепцию единства клинического стереотипа развития психосоматических синдромов. Несмотря на гетерогенность изученных расстройств, их единство обусловлено общностью клинической картины в виде соматоформной дис-

функции вегетативной нервной системы, наличием/отсутствием соматической патологии, облигатностью связи с иным коморбидным психическим расстройством. Именно эти коморбидные психические расстройства определяют сложность общей клинической картины болезни и ее динамику. Полученные данные подтверждают единство соматических и психических расстройств, объединяемых патологией общего чувства. Положение о полисоматоформной, полисиндромальной природе ФР представляет большой интерес для клиницистов [21].

ЛИТЕРАТУРА

- Schmulson MJ, Drossman DA. What Is New in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil.* 2017 Apr 30;23(2):151-163. doi: 10.5056/jnm16214.
- Henningsen P, Ziptel S, Sattel H, Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychother Psychosom.* 2018;87(1):12-31. doi: 10.1159/000484413. Epub 2018 Jan 6.
- Самсонов АА, Лобанова ЕГ, Михеева ОМ и др. Современные подходы к лечению перекреста функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. *Consilium medicum.* 2017;19(8.2):17-26. [Samsonov AA, Lobanova EG, Mikheeva OM, et al. Modern approaches to the treatment of the intersection of functional diseases of the gastrointestinal tract. *Consilium medicum.* 2017;19(8.2):17-26. (In Russ.).]
- Budtz-Lille A, Schroder A, Rex M, et al. Bodily distress syndrome: a new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract.* 2015 Dec 15;16:180. doi: 10.1186/s12875-015-0393-8.
- Саркисов ДС. Существуют ли так называемые функциональные болезни? Клиническая медицина. 1994;(2):71-4. [Sarkisov DS. Are there so-called functional diseases? *Klinicheskaya meditsina.* 1994;(2):71-4. (In Russ.).]
- Давыдовский ИВ. Вопросы локализации и органопатологии в свете учения Сеченова, Павлова, Введенского. Москва: Медгиз; 1954. 134 с. [Davydovskii IV. *Voprosy lokalizatsii i organopatologii v svete ucheniya Sechenova, Pavlova, Vvedenskogo* [The issues of localization and pathology of organs in light of the teachings of Sechenov, Pavlov, Vvedensky]. Moscow: Medgiz; 1954. 134 p.]
- Кербиков ОВ. Клиническая динамика психопатий и неврозов (актовая речь). Избранные труды. Москва: Медицина; 1971. 313 с. [Kerbikov OV. *Klinicheskaya dinamika psikhopatii i неврозов (aktovaya rech')*. *Izbrannye trudy* [Clinical dynamics of psychopathy and neurosis (commencement speech). Selected works]. Moscow: Meditsina; 1971. 313 p.]
- Карвасарский БД. Неврозы: руководство для врачей. Москва: Медицина; 1980. 448 с. [Karvasarskii BD. *Nevrozy: rukovodstvo dlya vrachei* [Neuroses. A guide for doctors]. Moscow: Meditsina; 1980. 448 p.]
- Мясищев ВН. Личность и неврозы. Ленинград: Издательство Ленинградского университета; 1960. 426 с. [Myasishchev VN. *Lichnost' i nevrozy* [Personality and neuroses]. Leningrad: Izdatel'stvo Leningradskogo Universiteta; 1960. 426 p.]
- Аптер ИМ. Клинико-физиологический анализ некоторых форм системных неврозов. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1964;(12):1858-63. [Apter IM. Clinical and physiological analysis of some forms of systemic neuroses. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 1964;(12):1858-63. (In Russ.).]
- Иванов СВ. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия. Автореф. дис. докт. мед. наук. Москва; 2002. 41 с. [Ivanov SV. *Somatoform disorders (organ neurosis): epidemiology, comorbide psychosomatic relationships, therapy.* Autoref. dis. doct. med. sci. Moscow; 2002. 41 p.]
- Ануфриев АК. Избранные труды по психиатрии. Москва: Логос; 2013. 352 с. [Anufriev AK. *Izbrannye trudy po psikiatrii* [Selected works on psychiatry]. Moscow: Logos; 2013. 352 p.]
- Смулевич АБ, редактор. Психические расстройства в клинической практике. Москва: МЕДпресс-информ; 2012. 720 с. [Smulevich AB, editor. *Psikhicheskie rassstroistva v klinicheskoi praktike* [Mental disorders in clinical practice]. Moscow: MEDpress-inform; 2012. 720 p.]
- Веденяпина ОЮ. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у больных с патологией сердечно-сосудистой системы. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва; 2001. 24 с. [Vedenyapina OYu. Some aspects of psychosomatic correlations in patients with pathology of the cardiovascular system. Autoref. dis. cand. med. sci. Moscow; 2001. 24 p.]
- Кашеварова СС. Клиническая картина, личностные особенности, психологический статус и качество жизни больных с функциональной диспепсией. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва; 2011. 21 с. [Kashevarova SS. *Clinical picture, personal characteristics, psychological status and quality of life of patients with functional dyspepsia.* Autoref. dis. cand. med. sci. Moscow; 2011. 21 p.]
- Ромасенко ЛВ, Чичкова НВ, Пархоменко ИМ. Соматизированные депрессивные расстройства, коморбидные термоневрозу: клиника, терапия. Российский психиатрический журнал. 2015;(5):73-8. [Romashenko LV, Chichkova NV, Parkhomenko IM. *Somatized depressive disorders, comorbid thermoneurosis: clinical, therapy.* *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal.* 2015;(5):73-8. (In Russ.).]
- Pateraki E, Vance Y, Morris P. The interaction between asthma and anxiety: an interpretative phenomenological analysis of young people's experiences. *J Clin Psychol Med Settings.* 2018 Mar;25(1):20-31. doi: 10.1007/s10880-017-9528-5.
- Boudreau M, Bacon SL, Paine NJ, et al. Impact of panic attacks on bronchoconstriction and subjective distress in asthma patients with and without disorder. *Psychosom Med.* 2017 Jun;79(5):576-584. doi: 10.1097/PSY.0000000000000443.
- Губачев ЮМ, Стабровский ЕМ. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Москва: Медицина; 1981. 216 с. [Gubachev YuM, Stabrovskii EM. *Kliniko-fiziologicheskie osnovy psikhosomaticheskikh sootnoshenii* [Clinical and physiological basis of psychosomatic relations]. Moscow: Meditsina; 1981. 216 p.]
- Краснушкин ЕК. О роли вегетативной нервной системы при психических расстройствах: избранные труды. Москва: Медгиз; 1960. С. 474-88. [Krasnushkin EK. *O roli vegetativnoi nervnoi sistemy pri psikhicheskikh rassstroistvakh: izbrannye trudy* [On the role of the autonomic nervous system in mental disorders]. Moscow: Medgiz; 1960.]
- North CS. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological considerations. *Behav Sci (Basel).* 2015 Nov 6;5(4):496-517. doi: 10.3390/bs5040496.

Поступила 21.05.2019

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.