

Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии

Часть 1

А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян

Московский НИИ психиатрии Росздрава

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНЯТИЮ «СОМАТИЗАЦИЯ»

Понятие соматизации было предложено психоаналитиком W. Steckel в 1943 году как дополнительное для обозначения конверсионных расстройств, то есть истероформных соматических нарушений, рассматриваемых в психоанализе как символическое выражение бессознательного конфликта, как правило, сексуального по своей природе.

Позднее произошло расширение этого понятия, и оно стало применяться для обозначения соматических заболеваний, в происхождении которых большая роль отводится психологическим факторам. Эти заболевания получили название психосоматических.

Однако постепенно понятие соматизации, как акцентирующее психологические факторы в происхождении соматических болезней, отходит на второй план и начинает употребляться опять в несколько ином значении, а именно, в значении функционального расстройства, под которым понимаются нарушения функционирования той или иной системы без достаточного органического основания, но при важной роли психологических факторов. Так, в известной и многократно переиздаваемой коллективной монографии «Психосоматическая медицина» под редакцией Т. Uexkuel (Uexkuel, 1996) термин соматизация употребляется всего несколько раз в вышеупомянутом значении функционального расстройства. При этом подчёркивается сложная многофакторная биопсихосоциальная природа такого рода расстройств и необходимость сложных многоуровневых исследований. Однако пути реализации таких исследований являются предметом дискуссий в силу чрезвычайной сложности построения конкретных связей между реальностями (организм и психика), описываемыми разными научными языками (А.Ш. Тхостов, 2002).

В последние десятилетия понятие «соматизации» всё больше закрепляется за функциональными расстройствами при акцентировании ведущей роли социальных и психологических факторов. Обобщая итоги дискуссий и обсуждений, J. Lipowsky определил соматизацию как склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне (J. Lipowsky, 1989). Сходные определения предлагаются другими авторами: «Выражение личного и социального дистресса посредством телес-

ных жалоб с поиском медицинской помощи» (A. Kleinman, цит. по R. Kellner, 1990, с. 151); «Использование соматических симптомов для достижения психологических целей» (Ford, 1986, цит. по R. Kellner, 1990, с.151). Разные авторы подчёркивают, что соматизация перекрывает различные клинические категории, представляя собой, таким образом, клинически неоднородное явление и не может быть представлена в виде однородного патологического процесса (R. Kellner, 1990).

В своем фундаментальном обзоре по соматизации R. Kellner отождествляет её с функциональными соматическими симптомами и, обобщая разные точки зрения, даёт ей следующее определение: «Соматизация означает один или несколько соматических симптомов таких, как усталость, гастрointеральные или уринальные боли, для которых при соответствующих обследованиях либо не находят никакой органической основы (в виде соматического расстройства или последствия травмы), либо физические жалобы и связанные с ними социальные и профессиональные ограничения сильно преувеличены в сравнении с выявляемой органической патологией.» (R. Kellner, 1990, с. 151).

Как видно, R. Kellner избегает указания на психологический механизм соматизации, оставляя этот вопрос открытым, что указывает на отсутствие единой точки зрения на этот счёт. Вместе с тем вышеприведенные обзоры и определения свидетельствуют, что в науке явно намечается консенсус относительно того, что подразумевать под соматизацией. В 1980 годы J.I. Escobar и соавт. (J.I. Escobar, Canino, 1980; J.I. Escobar и соавт. 1987) выделили три наиболее часто употребляемых в настоящее время понимания соматизации.

1. «Первичная» соматизация или соматизация в узком вышеупомянутом смысле этого слова, как функциональное или так называемое соматоформное расстройство. Главный критерий – присутствие телесных симптомов и озабоченность ими. Для постановки диагноза соматоформного расстройства из 37 наиболее типичных соматических проявлений по DSM-III должны присутствовать, по крайней мере, 4 симптома у мужчин и 6 симптомов у женщин. При этом систематическое исследование каждого симптома не должно выявлять явной органической этиологии этих симптомов.
2. Соматизация как «сопутствующее» вторичное расстройство. Соматизация или соматоформное расстройство, связанное с шизофренией, аффективными и тревожными расстройствами.
3. Соматизация как «маскированное» расстройство, когда при жалобах на соматические симптомы имеются явные указания на высокую вероятность депрессивного расстройства (например, указания в виде биологических – семейных, генетических предпосылок). Тогда предлагается говорить о скрытой депрессии или депрессивном «эквиваленте».

Наряду с тенденцией сужения понятия соматизации до группы соматоформных расстройств (W. Rief, W. Hiller, 1998) существует тенденция к их расширительной трактовке (A. Van Hemert, M. Hengeveld и соавт., 1993). Согласно последней точке зрения, пациент-соматизер – это любой пациент, предъявляющий соматические симптомы, не находящие подтверждения и объяснения с позиций общей медицины. По данным исследования А.М. Van Hemert и соавт. среди 192 больных, направленных в общемедицинскую амбулаторную сеть, около 52 % имеют необъяснимые с позиций общей медицины симптомы, что соответствует

проценту необъяснимых симптомов у больных с абдоминальной болью (A. Van Hemert, W. Hengeveld, 1993; Harley, Salih, Read, 1983), хронической усталостью (R. Cathebas, B. Haiton, 1992) и болью в области грудной клетки (R. Mayou, B. Bryant, C. Forfar, D. Clark, 1994). В свою очередь, среди больных-соматайзеров значительно чаще встречаются психические расстройства, чем среди больных с подтвержденным соматическим диагнозом. По данным того же А.М. Van Hemert, среди соматайзеров 42 % страдают психическим расстройством (A. Van Hemert, M. Hengeveld, 1993). По мнению W. Katon (Katon, 1984), лишь 33 % так называемых соматайзеров можно отнести к соматоформным расстройствам. Остальные составляют депрессивные и тревожные расстройства. Обобщая данные различных исследований, R. Kellner отмечает, что цифры распространённости соматизации в первичной медицинской сети колеблются от 10 до 30 % (R. Kellner, 1990). Такие различия, по его мнению, связаны с различными диагностическими критериями соматизации. По данным J.I. Escobar и соавт. распространённость множественных хронических функциональных соматических симптомов среди населения свыше 4 % (J. Escobar, M. Burnam, M. Karno, 1987).

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА – СТАТУС, КРИТЕРИИ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Обратимся к группе расстройств, объединённых общим названием соматоформные расстройства. Как уже упоминалось, именно в этом кластере сконцентрированы те нарушения, к которым в современной медицине применяется термин соматизация в узком смысле этого слова, т. е. в смысле телесных симптомов без органической причины.

В противоположность многим другим психическим расстройствам, соматоформные расстройства долгое время оставались малоизученной «целиной» (W. Rief, W. Hiller, 1998, стр. 1). В этом нет ничего удивительного, так как эти расстройства концентрируются, прежде всего, в общей медицине. Понятие соматоформные расстройства было введено в качестве самостоятельной клинической группы лишь в 1980 году в результате 3-го пересмотра американской диагностической системы. Однако, с другой стороны, само выделение этих расстройств в отдельную диагностическую группу можно связать с более тесным взаимодействием между психиатрией и общей медициной, а также эпидемиологическим ростом количества так называемых трудных больных или больных с телесными симптомами, но без объясняющего их соматического диагноза. Именно это дало толчок к интенсивной разработке и реформации понятия «соматизация» и закреплению этого понятия за определённой диагностической группой. В настоящее время число исследований, посвящённых соматоформным расстройствам, неуклонно растёт.

Соматоформные расстройства не являются гомогенной диагностической группой. Разнообразие симптоматики может быть очень значительным. Выделяются полисимптоматические и моносимптоматические нарушения. В первом случае речь идёт о разнообразных и изменяющихся с течением времени жалобах, когда в центр выдвигается предполагаемая дисфункция то одной, то другой системы. Во втором случае, напротив, жалобы ограничены по числу, относятся к одной системе и достаточно устойчивы во времени. И в том и в другом случае важным дополнительным диагностическим признаком является ложная интерпретация этого состояния как серьёзной или даже смертельной болезни.

В МКБ-10 соматоформные расстройства включены в главу F-4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». К полисимптоматическим относятся соматизированное расстройство (жалобы носят множественный и относительно изменчивый характер, зачастую предъявляются напористо и драматически, сопряжены с нарушениями семейного и социального функционирования); недифференцированное соматоформное расстройство (жалобы также множественны и варьируют, но нет типичного для соматизированного расстройства драматического эмоционального фона). Соматизированное расстройство, впервые введённое в классификации DSM-III в 1980 г. представляет собой фактически несколько видоизменённый синдром Брике, описанный С. Гуце в 60-х годах на основе работ известного французского психиатра и исследователя истерии. В 1972 г. этот синдром был описан С. Гуце и сотрудниками как заново сформулированный и операционализированный диагноз истерии. Одна из причин таких изменений заключается в стремлении составителей классификации бороться со стигматизацией и избавиться от негативно окрашенного контекста понятия «истерии».

К моносимптоматическим относится прежде всего хроническое соматоформное болевое расстройство, которое выражается в устойчивых жалобах на тот или иной болевой синдром и соматоформная вегетативная дисфункция (жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены расстройством какой-то одной системы или органа, находящегося под значительным влиянием вегетативной нервной системы, т. е. сердечно-сосудистой, дыхательной и т. д.). Классическое психиатрическое конверсионное расстройство (обычно моносимптоматическое и выражающееся в неврологических симптомах) в МКБ-10 вынесено за пределы группы соматоформных расстройств, в то время как в американской классификации оно находится внутри этой группы на основании её центрального признака – соматически необъяснимые телесные симптомы. Эти различия ещё раз указывают на преемственность и близость понятий соматизации и конверсии, с одной стороны, и гипотетические различия в их механизмах – с другой.

В рамках группы соматоформных расстройств в обеих классификациях помещено давно известное в психиатрии ипохондрическое расстройство, где главным признаком является сильный и устойчивый страх тяжёлого или даже смертельного заболевания. В МКБ-10 в подгруппу ипохондрических синдромов включено дисморфофобическое расстройство, которое в американской классификации выделено в самостоятельное внутри группы соматоформных расстройств. Как ипохондрическое, так и дисморфофобическое расстройства занимают, фактически, промежуточное положение между тревожными и соматоформными расстройствами.

Как видно, понятие «соматизации» и связанное с ним понятие соматоформных расстройств имеет сложную историю. Одни и те же феномены в истории медицины получали разные названия и имели разную концептуализацию. Многие принятые прежде в среде медиков обозначения фактически соответствуют современному понятию «соматоформного расстройства»: функциональные нарушения, психовегетативный синдром, психовегетативная лабильность, психосоматические нарушения, «globus hystericus», соматизированная или ларвированная депрессия, вегетативная дистония, синдром хронической усталости, предменструальный синдром (W. Rief, W. Hiller, 1998).

В отечественной соматической медицине самым распространённым аналогом соматоформного расстройства является вегето-сосудистая дистония. Врачи общей практики крайне злоупотребляют этим диагнозом в затруднительных случаях, что нередко ведёт к ятрогениям, фиксации на болезни и неправильному лечению. Диагноз соматоформного расстройства может быть поставлен только в том случае, если наряду с соматическими жалобами имеет место социальная, профессиональная или семейная дезадаптация и если человек испытывает субъективные страдания.

Соматоформные расстройства относят к психическим нарушениям, наиболее распространённым среди населения. Однако поскольку чаще всего эти больные попадают в поле зрения врачей общей практики, недостаточно знакомых с психиатрией, они не выявляются в качестве соматоформных и не получают соответствующего лечения. Кроме того, имеются все основания полагать, что эти больные часто обращаются к альтернативной медицине (гомеопатия, акупунктура, фитотерапия) или же к так называемым экстрасенсам. Наиболее надёжным эпидемиологическим исследованием соматоформных расстройств до сих пор считается американское ECA-исследование (ECA – Epidemiological Catchment Area), направленное на выявление соматизированного расстройства и проведённое в 80-х годах. Однако, по мнению некоторых авторов, критерии, использованные для диагностики, носили чрезмерно жесткий характер (W. Rief, W. Hiller, 1998). Поэтому, несмотря на участие в исследовании самых опытных экспертов и использование высокоструктурированного интервью, распространённость соматизированного расстройства среди населения, согласно данным этого проекта, не превышает 0,5 % (т. е. не более 5 человек на тысячу населения).

Эти данные находятся в противоречии с повседневной практикой и были подвергнуты критике. Пересчёт данных на основании более современных критериев (SSI 4–6 или Индекса Соматических Симптомов 4–6) даёт десятикратное увеличение процента соматизированного синдрома среди населения (4,4 % всех обследованных). Индекс соматических симптомов 4–6 является критерием, согласно которому о наличии соматизированного синдрома можно говорить при наличии не менее 6 соматических симптомов у женщин и не менее 4 соматических симптомов у мужчин, при этом соответствующие исследования должны подтвердить отсутствие сообразных по масштабу соматических причин для этих симптомов. Корректирующие оценки тех же американских данных свидетельствуют о том, что множественное соматизированное расстройство отмечается у 5–11 % населения (W. Rief, W. Hiller, 1998). Так же как при соматизированном расстройстве, у пациентов с синдромом соматизации 4–6 отмечается высокая коморбидность депрессивных расстройств, частые обращения за медицинской помощью и снижение трудоспособности.

Относительно других подгрупп соматоформных расстройств надёжные эпидемиологические данные фактически отсутствуют. Имеются лишь указания на очень незначительное распространение конверсионных расстройств (около 0,03 %) и на довольно широкое распространение соматоформного болевого расстройства.

В общемедицинской практике, по разным данным, наличие соматоформных расстройств оценивается как достаточно высокое – около 20 %. При этом следует учесть, что без выявления и при обычном лечении они обходятся медицине в

6–14 раз дороже средней суммы, затрачиваемой на лечение человека в западной популяции (W. Rief, W. Hiller, 1998, H. Wittchen, 2005).

Основная дифференциальная диагностика касается депрессивных, тревожных, личностных, а иногда и психотических расстройств. Наибольшие трудности связаны с дифференциальной диагностикой с тревожными и депрессивными расстройствами. Следует отметить, что эти трудности во многом обусловлены недостаточной проработанностью концепции соматоформных расстройств и их границ.

ПРОБЛЕМА КЛАССИФИКАЦИИ И КОМОРБИДНОСТИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

В рамках концепции расстройств аффективного спектра соматоформные расстройства рассматриваются как имеющие общую биологическую природу наряду с депрессивными, тревожными и некоторыми другими. Данной унитарной концепции, подчеркивающей общие черты, противостоит дифференциальная, направленная на поиск различий, позволяющих считать эти расстройства самостоятельными. Значительную трудность представляет дифференциальная диагностика соматоформных расстройств с депрессивными. Так, в отечественной традиции концепция соматизированной депрессии продолжает оставаться чрезвычайно популярной и часто ведёт к гипердиагностике депрессий при недооценке соматоформных расстройств, на значительную распространённость которых указывает ряд зарубежных эпидемиологических исследований.

Концепция ларвированной или соматизированной депрессии в её оригинальном западном варианте основывается на предположении, что соматические симптомы являются защитой от аффекта, который не допускается в сознание, т. е. соматизированная депрессия представляет собой своего рода подавленную, вытесненную депрессию, проявляющуюся через соматические симптомы, в т. ч. и потому, что согласно социокультурным нормам соматические симптомы встречают большее сочувствие и более серьёзное отношение, чем психические нарушения (феномен так называемой «вторичной выгоды симптома»).

В современной классификации выход из указанных противоречий отчасти достигается за счёт введения принципа коморбидности. Преимущество принципа коморбидности в современной классификации в том, что диагноз соматизированная депрессия может быть заменён двойным диагнозом: депрессия и соматоформное расстройство. Соматоформное расстройство может предшествовать депрессии и наоборот. W. Rief и W. Hiller приводят данные, согласно которым коморбидность депрессивных и соматоформных расстройств очень высока: около 50 % больных соматоформными расстройствами страдают большой депрессией и около 30 % – дистимией.

Дифференциальный диагноз с тревожными расстройствами нередко представляет большие трудности, так как тревога за здоровье – один из центральных симптомов соматоформных больных. Важнейшим дифференциальным признаком является непосредственная связь между пугающей ситуацией и возникновением телесных симптомов при тревожных расстройствах. Эта связь наиболее очевидна при фобиях и панических атаках. Наибольшие трудности представляет дифференциация соматоформных расстройств с генерализованной тревогой. Фокус соматоформных расстройств – телесные нарушения, в то время как при генерали-

зованной тревоге в центре оказываются аффективные компоненты, и жалобы на тревогу являются центральными. Тем не менее, в затруднительных случаях в современной диагностической системе всегда возможна и двойная диагностика.

W. Rief и W. Hiller, суммируя данные различных исследований проблемы коморбидности соматоформных расстройств, приводят следующее распределение частоты коморбидных тревожных расстройств – генерализованное тревожное расстройство – от 33 до 54 %, социальная фобия – от 31 до 40 %, панические атаки – от 20 до 34 %, специфическая фобия – от 18 до 34 %, обсессивно-компульсивное расстройство – 16–23 %, агорафобия без панических атак – от 3 до 5 %. Дополнительно приводятся данные о 16–26 % страдающих алкогольной зависимостью и 5–9 % – химической зависимостью. Ипохондрия особенно часто сочетается с различными тревожными расстройствами (свыше 80 % пациентов, страдающих ипохондрией, одновременно страдают каким-то тревожным расстройством и лишь 55 % – депрессивным).

Как отмечает один из ведущих немецких специалистов по соматоформным расстройствам В. Риф (W. Rief, 2005), высокая коморбидность депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств приводит к тому, что многие специалисты (представители унитарной концепции) считают их одним расстройством, рассматривая соматоформные расстройства как особый вариант депрессии (маскированную депрессию). Он обращает внимание на то, что ретроспективные исследования нередко выявляют тот факт, что соматоформные или тревожные расстройства предшествуют депрессии. Если многие отечественные специалисты склонны рассматривать такую динамику как продром депрессии, В. Риф полагает, что последняя может присоединяться как результат безуспешных попыток лечения и социальной изоляции больных при соматоформных и тревожных расстройствах. Аналогичная динамика может быть и в случае, когда первичным является депрессивное расстройство – соматоформное и тревожное могут присоединяться к нему на фоне развития соматических симптомов депрессии и негативного отношения многих депрессивных пациентов к своему телу. Таким образом, этот исследователь выдвигает гипотезу о взаимных факторах риска, согласно которой каждое из трёх расстройств является фактором риска для развития и присоединения другого. При этом он подчёркивает, что на сегодняшний день не получено убедительных доказательств их общей природы, в т. ч. биологической.

Дифференциальный диагноз с личностными расстройствами основан на степени включённости соматических симптомов с детства или ранней юности, существующие личностные изменения соответствуют известным личностным расстройствам. Исторически дифференциальный диагноз между истерией (современными соматизированным и конверсионным расстройствами) и истерической личностью (сегодня обозначаемой как гистрионная) относился к центральным проблемам дифференциальной диагностики (W. Rief, W. Hiller, 1998).

Согласно МКБ-10 и DSM-IV, истерическая личность характеризуется чрезмерной эмоциональностью, требовательностью и тенденцией к театральности и драматизации в человеческих контактах. Когда соматоформное расстройство развивается у истерической личности, оно сопровождается ярким аффектом и зачастую театральностью предъявления жалоб. В случае наличия как гистрионного, так и соматоформного расстройства ставится двойной диагноз.

W. Rief и W. Hiller приводят данные американского исследования, согласно которому отмечается очень высокая коморбидность соматоформных и личностных расстройств (W. Rief, W. Hiller, 1998). Из 94 пациентов с соматизированным расстройством 61 % имели коморбидные личностные расстройства, которые распределялись по частоте следующим образом: 27 % – избегающие личности, 21 % – параноидные, 17 % – обсессивно-компульсивные, 15 % – шизотипальные, 13 % – гистрионные, 11 % – пограничные и 3 % – нарциссические. Следует отметить, что согласно этим данным личностные расстройства у соматоформных пациентов встречаются значимо чаще, чем в контрольной группе больных из общемедицинской практики.

На основании проведённого анализа распространённости, классификации и коморбидности расстройств аффективного спектра можно сделать следующие выводы:

1. Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства отличает высокий уровень коморбидности друг с другом и с личностными расстройствами, имеется много общего в их феноменологии, в аспекте динамики существует высокая вероятность взаимных переходов, проблема их классификации является остро дискуссионной.
2. Дискуссионным является также вопрос об их самостоятельности и границах. Представление об их общей биологической природе, развиваемое в рамках концепции аффективного спектра, может быть дополнено представлениями о сходстве их психологических факторов и механизмов (унитарная концепция расстройств аффективного спектра). Унитарной концепции противостоит дифференциальный подход, обосновывающий необходимость выделения депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств в отдельные диагностические категории.
3. Необходимо дальнейшее исследование психологических факторов расстройств аффективного спектра с целью уточнения общего и различного, и выработки адекватных мишеней и методов психологической помощи.

Рекомендуемая литература

1. Алексеев Н.Г. Проектирование условий развития рефлексивного мышления. Дисс. ... докт. псих. наук. М.: 2002.
2. Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Смысловая регуляция решения творческих задач. Исследование проблем психологии творчества. М.: Наука, 1983; 62–101
3. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Ж-л невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985; 12: 1813–1819.
4. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журнал. 1989; 2: 122–132.
5. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии. Телесность человека: междисциплинарные исследования. М.: 1991; 80–89.
6. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002; 287.
7. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия и перспективы её развития в России // Московский психотерапевтический журнал. 2001; а: 4: 6–17.
8. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия и отечественная психология мышления // Московский психотерапевтический журнал. 2001; б: 4: 165–181.
9. Холмогорова А.Б. Многофакторная психосоциальная модель как основа интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Материалы XIV съезда психиатров России, 15–18 ноября 2005 г. М.: 2005; 429.
10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками (часть 1). Теоретико-экспериментальное обоснование подхода // Московский психотерапевтический журнал. 1994; 2: 29–50.
11. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. (часть 2). Мишени, этапы и техники психотерапии неврозов с соматическими масками // Московский психотерапевтический журнал. 1996; а: 1: 59–73.
12. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и динамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств

// МПЖ. 1996; 6: 3: 141–163.

13. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. Уч. пособие / Под ред. А.М. Боковой. М.: Когито-Центр, 2000; 224–267.

14. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни. Психология мотивации и эмоций. (Серия: Хрестоматия по психологии) / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. М.: 2002: 548–556.

15. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: Юнеско. МГППУ. 2006; 112.

16. Barsky A.J., Coeytaux R.R., Sarnie M.K. & Cleary P.D. Hypochondriacal patients beliefs about good health // American Journal of Psychiatry. 1993; 150: 1085–1089.

17. Barsky, A.J., Geringer E. & Wool C.A. A cognitive-educational treatment for hypochondriasis // General hospital Psychiatry. 1988; 10: 322–327.

18. Barsky A.J., Wyshak G.L. Hypochondriasis and somatosensory amplification // Brit. Journal of Psychiatry. 1990; 157: 404–409.

19. Berenbaum H., James T. Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia // Psychosom. Med. 1994; 56: 363–359.

20. Cathebras P.J., Robbins J.M. & Haiton B.C., Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome // Journal Gen Intern Med. 1992; N7.

21. Escobar J.I., Burnam M.A., Karno M., Forythe A., Golding J.M. Somatization in the community // Archives of General Psychiatry. 1987; 44: 713–718.

22. Katon W. Depression: Relation to somatization and chronic medical illness // Journal Clin. Psychiatry. 1984; 45: 3: 4–11.

23. Kellner R. Somatization. Theories and Research // Journal of Nervous and Mental Disease. 1990; 3: 150–160.

24. Kleiman A., Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China // Cult. Med. Psychiatry. 1982; N6.

25. Kholmogorova A.B., Garanian N.G. Integration of cognitive and psychodynamic approaches in the psychotherapy of somatoform disorders // Journal of Russian and East European Psychology. 1997; 35: 6: 29–54.

26. Kholmogorova A.B., Garanian N.G. The integration of cognitive and dynamic approaches in the psychotherapy of emotional disorders // The Journal of the association of European psychiatrists, Standards of psychiatry. Copenhagen, 20–24 September, 1998; 272.

27. Kholmogorova A.B., Garanian N.G. Vernuepfung kognitiver und psychodynamischer Komponenten in der Psychotherapie somatoformer Erkrankungen // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 2000; 51: 212–218.

28. Kleinberg J. Working with the alexithymic patient in groups // Psychoanalysis and Psychotherapy. 1996; 13: 1–12.

29. Krystal J.H. Integration and self-healing. Affect, trauma and alexithymia. Hillsdale. New Jersey: Analytic Press, 1988.

30. Leff J. Culture and differentiation of emotional states // Br. Journal of Psychiatry. 1973; 123: 299–306.

31. Lipowsky J. Somatization, the concept and its clinical application // Am. Journal of Psychiatry. 1988; 145: 1358–1368.

32. Lipowsky J. Somatisation: its definition and concept // American Journal of Psychiatry. 1989; 147: 7: 521–527.

33. Mayou R., Bryant B., Forfar C. & Clark D. Non-cardiac chest pain and benign palpitation in the cardiac clinic // Br. Heart J. 1994; 72.

34. Nickel R., Egle U. Somatoforme Störungen. Psychoanalytische Therapie. In Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch / Senf W. & Broda M. (Eds.). Stuttgart – New-York: Georg Thieme Verlag, 1999.; 418–424.

35. Rief W. Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Ätiologie/Bedingungsanalyse. In Lehrbuch: Klinische Psychologie – Psychotherapie (3 Auflage) / Perrez M., Baumann U. Bern: Verlag Hans Huber-Hogrefe AG, 2005; 947–956.

36. Rief W., Hiller W. Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Goettingen- Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe, Verlag fuer Psychologie, 1998.

37. Salkovskis P.M. Somatic problems. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide. / In: Havton K.E., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D.M. (Eds). Oxford: Oxford University Press, 1989.

38. Salkovskis P.M. Effective treatment of severe health anxiety (Hypochondria). Copenhagen: World Congress of Behavioral & Cognitive Therapies, 1995.

39. Sifneos P. et al. The phenomenon of alexithymia observations in neurotic and psychosom. patients // Psychother. Psychosom. 1977; 28: 1–4: 45–57.

40. Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment // Am. J. Psychiat. 1984; 141: 725–732.

41. Uexkuel T. Psychosomatische Medizin, Urban & Schwarzenberg. Muenchen-Wien-Baltimore. 1996; 1478.

42. Van Hemert A.M. Hengeveld M.W., Bolk J.H., Rooijmans H.G.M. & Vandenbroucke J.P. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic // Psychol. Med. 1993; 23.

43. Wittchen H.U. Отчёт рабочей группы Европейской Коллегии по нейропсихофармакологии (ECNP) и вопросам распространённости психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем (реферат) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2005; 4: 42–46.