

УДК 616-08-035: 158.972

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ В РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ: ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ПРОФЕСІЙНОГО ПІДХОДУ ДО ПАЦІЄНТІВ

Софія Фостяк¹, Юлія Мединська²

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна; ²КЗ ЛОР «Львівський обласний психоневрологічний диспансер», Львів, Україна, sofiyafostyak@gmail.com

Анотація. Лікарі загальної практики відіграють важливу роль у розпізнаванні та лікуванні психічних розладів. Особливе місце займають психосоматичні захворювання, що згідно з класифікацією МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб – 10-й перегляд) та DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V edition) зачислені до класу «Соматоформних розладів». Пацієнти, які мають ці розлади, використовують близько 20% усіх витрат на систему охорони здоров'я. Тому вміння розпізнати соматоформний розлад у пацієнта є важливим критерієм у виборі тактики лікування та побудові професійного діалогу. Розглянуто передумови та результати дослідження, які спрямовані на вивчення особливостей взаємодії лікаря загальної практики та пацієнтів із соматоформними розладами. Зокрема, зроблено огляд діагностичних рубрик у сфері соматоформних розладів, результати емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення частоти соматоформних розладів серед причин звернень до лікаря загальної практики, проаналізовано загальні принципи надання комплексної допомоги пацієнтам із соматоформними розладами та визначено рівень допомоги, який може надати спеціаліст загальної практики.

Ключові слова: ментальні розлади, психіатрія, психотерапія, сімейна медицина, загальна практика, психосоматика, медична етика та деонтологія.

SOMATOFORM DISORDERS IN GENERAL PRACTICE DOCTORS WORK: MAIN PRINCIPLES OF PROFESSIONAL APPROACH TO THE PATIENTS

Sofia Fostiak¹, Yulia Medynska²

¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; ²Lviv regional psychoneurological clinic, Lviv, Ukraine, sofiyafostyak@gmail.com

Summary. General practice doctors play a pivotal role in the recognition and treatment of psychiatric illnesses. Psychosomatic disorders, which according to ICD-10 (International Classification of Diseases-10th revision) and DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Vth edition) are assigned to class of «Somatoform disorders», take main part among them. Nearly 20% of all costs to healthcare system are used by this category of patients. That is why, it is very important to be able to recognize somatoform disorders to choose right treatment tactic and to build professional dialogue. In this paper are represented preconditions and results of research about general practice doctors and patients with somatoform disorder collaboration. The main aim of this research is finding new features to improve treatment process of patients with psychosomatic disorder. Particularly, are given a review of diagnostic criteria of somatoform disorders, results of empirical research that shows frequency of somatoform disorders among all the cases in general practitioner work which is nearly 21,9% (MWM De Waal, 2004). Also were analyzed general principles of complex medical aid

to patients with somatoform disorders and determined level of medical help, which can be provided by general practitioner. Analyze of all this data shows that frequency of somatoform disorders is very high. To verify diagnosis and to choose treatment strategy for "hard" therapeutical patients is recommended to make psychological tests (Toronto Alexithymia Scale, Hospital Scale of Anxiety and Depression). Pharmacological therapy provides usage of SSRIs (Selective serotonin reuptake inhibitors) or nonbenzodiazepine anxiolytics. For better results, pharmacological treatment should be accompanied by psychotherapy. It is necessary to remember that doctor have an authority before patient, so he need to be very careful with verbalization of his thoughts, and to build professional dialogue according to medical ethics and deontology rules.

Key words: *mental disorders, psychiatry, psychotherapy, general medicine, internal medicine, psychosomatic, medical ethic and deontology.*

У контексті проведення реформи охорони здоров'я в Україні, одним з основних напрямів якої є акцент на первинній медико-санітарній допомозі, питання компетентності лікаря загальної практики у вузьких спеціальностях, зокрема в психіатрії, постає особливо гостро. Не менш актуальною залишається проблема спілкування та взаємодії лікаря, як професіонала, з пацієнтами та колегами по роботі.

З-поміж усіх звернень у практиці сімейного лікаря, до окремої категорії можна зачислити так званих складних пацієнтів. Складність проведення якісної діагностики й адекватного лікування полягає у тому, що розлади цих пацієнтів перебувають на стику психіатрії, клініки внутрішніх хвороб і неврології. Такі пацієнти місяцями та навіть роками не знаходять розуміння й ефективної допомоги у лікарів-терапевтів, які не мають достатніх знань і досвіду психопатологічної діагностики, психофармакотерапії та психотерапії [14, с.6; 19]. Припускати, що у цієї категорії пацієнтів власне психогенний характер розладів, допомагають особливості клінічної симптоматики, стан психоемоційної сфери хворих і їхні поведінкові реакції в комплексі з негативними даними об'єктивних обстежень. Такі «складні випадки» потребують від лікаря загальної практики додаткових компетенцій у сфері психопатологічної діагностики та психотерапії, навиків комунікації з названою категорією пацієнтів, чіткого розуміння доцільності комплексного фармакологічного та психотерапевтичного лікування, що і стало темою цього дослідження.

Об'єкт дослідження – розлади, які у системі сучасних медичних знань і класифікацій, зачисляють до категорії соматоформних.

Предметом дослідження є основні принципи індивідуального підходу до пацієнтів із соматоформними розладами, враховуючи психологічну складову етіології названих розладів.

Матеріали та методи дослідження. Під час проведення дослідження застосовували аналіз та узагальнення даних спеціалізованої літератури відповідної тематики та проведено емпіричне дослідження. Зокрема, сформовано вибірку пацієнтів, які звернулись до лікаря загальної практики з ймовірними соматоформними розладами, і після попереднього лікарського огляду пройшли ультразвукову діагностику. Для проведення УЗД використали апарат Радмір ULTIMA PA і лінійний датчик зі змінною частотою 3,5 МГц. Пацієнтам, у яких не виявили органічних змін, запропонували заповнити опитувальник «Торонтська шкала алекситимії» [3], що є одним із опорних інструментів патопсихологічної діагностики для постановки діагнозу психосоматичного спектра.

Результати. Психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, які виникають на підставі взаємодії психічних і соматичних чинників і проявляються соматизацією порушень психіки, її розладами, що відображають реакцію на соматичне захворювання або розвиток соматичної патології під впливом психогенних чинників [29, с.466]. Стани, які зачисляють до психосоматичних розладів, включають не тільки психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміна («чиказька психосоматична сімка» [1], а й значно більше коло порушень: соматизовані розлади (соматоформні стани, соматизовані дистимії та інші), патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання, соматопсихічні акцентуації на рівні розладів особистості [29, с. 467].

Особливе місце серед психосоматичних захворювань посідають соматоформні розлади. Частота їхнього виявлення в Україні перебуває на рівні 10-26% від загальносоматичної лінії [29, с. 467]. Закордоном ці розлади діагностують у 21,9% випадків [8], зокрема данські дослідники подають результати від 18,1% до 20,2% [9]. На пацієнтів із соматоформними розладами витрачається близько 16% бюджетних коштів, що розраховані на сферу охорони здоров'я загалом [4]. Соматоформні розлади – це захворювання, які характеризуються фізичними патологічними симптомами, що нагадують соматичне захворювання, але у цьому випадку не виявляється жодних органічних порушень, які можна було б зарахувати до відомих медицині хвороб [17].

Етіологія та класифікація

Дослідження та теоретичні дискусії щодо виникнення психосоматичних розладів проводили з погляду двох кардинально різних концепцій. Перша з них – психоцентрична, згідно з якою провідну роль у формуванні дисфункції чи, згодом, органічного порушення, відіграє первинність психічних процесів. Прихильниками цієї теорії були І.П. Павлов (1955), Г. Сельє (1979), S. Freud (1983), А. Адлер (1997), F. Alexander (1932). Сьогодні розглядається інтегрована теорія, яка ґрунтується на концептах дисоціації, конверсії та соматизації психічних процесів [6]. Друга концепція – соматоцентрична. Головним етіологічним чинником постають соматичні процеси, які викликають реакції психіки на фактичні зміни в організмі [22]. Проводяться наукові дослідження на підтримку теорії мультифакторного генезу, яка, об'єднуючи дві перші концепції, максимально точно пояснювала би кожен з ланок патогенезу психогенних нозологій.

Етіологічно виділяють три основні причини виникнення соматоформних розладів: спадково-конституційні фактори (зокрема, морфологія ЦНС та характерологічні акцентуації); екзогенні фактори, які впливають на людину через психічну сферу і є досить сильними, щоб відігравати роль психогеній; органічні ураження різної етіології [18].

Класифікація соматоформних розладів проводиться у двох системах: рекомендованій ВОЗ Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10, використовується у

тім числі й в Україні) та в DSM-V (система Американської психіатричної асоціації).

Варто зауважити, що склад двох подібних діагностичних груп у домінуючих міжнародних класифікаціях не ідентичний. За МКХ-10 соматоформні розлади класифікують так: соматизований розлад (F45.0), недиференційований соматоформний розлад (F45.1), іпохондрія (F45.2), соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (F45.3), соматоформний больовий розлад (F45.4), інші соматоформні розлади (F45.8), соматоформний розлад не уточнений. (F45.9) [21]. Коротко охарактеризуємо названі розлади.

Соматизований розлад – порушення, яке характеризується поліморфними патологічними тілесними відчуттями і представлені алгіями, сила яких варіює від незначних до гострих алгічних феноменів. Також при соматизованому розладі спостерігаються вегетативні прояви, які імітують гострі ургентні стани та функціональні порушення діяльності внутрішніх органів і систем [29].

Іпохондрія – нереалістичне трактування соматичних симптомів і відчуттів, що приводить до стану, який характеризується охопленням відчуттям страху та впевненістю в наявності серйозного захворювання, навіть якщо немає жодного соматичного захворювання, яке могло б пояснювати ці фізичні симптоми чи відчуття. Іншими словами, іпохондрія визначається як надмірна увага до свого здоров'я, що не має реального підґрунтя, заклопотаність навіть незначним нездужанням чи переконаністю в наявності важкої хвороби, порушень у тілесній сфері чи каліцтва [24].

Соматоформний больовий розлад характеризується постійними стійкими больовими відчуттями, що варіюються за інтенсивністю та локалізацією і не мають органічного підґрунтя [24].

Недиференційований соматоформний розлад виявляється в тому випадку, якщо у хворого є численні стійкі різноманітні скарги, проте повністю вони не вписуються в клінічну картину соматизованого розладу [24].

Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи має свої відмінні риси. Це, зокрема, прояви таких вегетативних симптомів: підвищена пітливість кінцівок, їхнє тремтіння,

почервоніння шкіри, тахікардія тощо [24].

Інші соматоформні розлади – розлади, що не опосередковані через вегетативну нервову систему, обмежені певними системами або ділянками тіла і мають тісний часовий зв'язок з травмуючими подіями або проблемами. Сюди належить «істеричний клубок» («globus hystericus»), що викликає дисфагію, та інші форми дисфагії, психогенна кривошия, психогенний свербіж, психогенна дисменорея, скреготіння зубами [24].

У DSM-V виділена група порушень «Симптоми соматичних порушень» (Somatic Symptom Disorders – SSD), що поділяється на простий симптом соматичних порушень (Simple Somatic Symptom Disorder (SSSD)) і складний, або комплексний симптом соматичних порушень (Complex Somatic Symptom Disorder (CSSD)). Складний розподіляється на декілька підтипів: з переважанням соматичних скарг, з переважанням занепокоєння станом здоров'я та з переважанням больового синдрому. Для постановки діагнозу самих лише соматичних проявів недостатньо. Обов'язкові діагностичні критерії – наявність постійних думок, відчуттів і поведінки пацієнта, які пов'язані з соматичними симптомами [2, 11, 26].

Загальними ознаками, які дають підстави припустити наявність у пацієнта соматоформного розладу, є множинні клінічно-важливі соматичні скарги в драматичному викладі; поява скарг у віці до 30 років; шукання допомоги у лікарів різних спеціальностей; бажання обстежуватись, у тім числі й інвазивно; тривалість такого стану не менше двох років; неможливість пояснити симптоматику будь-яким відомим захворюванням; відсутність віри в медицину; соціальна або сімейна дезадаптація [18].

З клінічного погляду соматоформні розлади можуть бути представлені у вигляді больових синдромів, різноманітних сенсопатій і вегетативних дисфункцій. Серед дисфункцій у практиці лікаря-інтерніста найбільше значення мають вегето-дисфункційні розлади серцево-судинної, дихальної, сечостатевої систем і шлунково-кишкового тракту [12].

Оскільки соматоформні розлади за своєю природою впливають на психічну сферу та на фізичну, то їхня терапія, відповідно, має

передбачати комплексні заходи. Для забезпечення повноцінної підтримки пацієнтів із таким розладом потрібна одночасна співпраця лікаря загальної практики з психотерапевтом і лікарем-психіатром. Важливу роль у процесі лікування соматоформних розладів може виконати також психолог/клінічний психолог, який володіє техніками індивідуальної та/або групової психокорекції.

Поширеність розладів та порівняльне дослідження

Питання визначення поширення психосоматичних розладів в популяції є складним для дослідження і отримання точних даних через ряд причин. На думку авторів, серед них можна виділити дві провідні. По-перше, звернення пацієнтів до лікарів і лікарень психіатричного та загальносоматичного профілів, зумовлені різноманіттям клінічних симптомів, які виявляються у пацієнтів. По-друге, культуральні особливості суспільства, що включають схильність до містифікації захворювань, готовність пацієнтів звертатися до «нетрадиційної медицини» і використання ритуально-обрядових елементів у лікуванні. Тим не менше, дані, які вдалося отримати раніше, свідчать про таку частоту розповсюдження вищезгаданих розладів: серед населення від 15% до 50%, а серед пацієнтів первинної практики від 30% до 57% [29].

Для перевірки наведених даних у регіональному масштабі ми провели дослідження на базі терапевтичного відділення та відділення функціональної діагностики у Першій міській клінічній лікарні ім. князя Лева м. Львова. Серед 64 пацієнтів, які протягом одного місяця звернулись до сімейного лікаря, де склали загальну групу, для подальшого дослідження було відібрано 25 пацієнтів з симптоматикою, яка дозволяла запідозрити наявність розладу соматоформного спектру, оскільки в них не спостерігалось позитивних органічних уражень. Досліджувана група складалась з осіб віком 19-52 роки, з них 17 осіб – жінки, 8 осіб – чоловіки. Це були пацієнти, які скаржились на суб'єктивне відчуття стороннього тіла в горлі, дискомфорт під час ковтання, що гіпотетично можна було розглядати як симптоматику «істеричного клубка» («globus hystericus») із дисфагією різного ступеня (діагностична рубрика за МКХ-10: F45.8. Інші соматоформні розлади). Цих пацієнтів скерували на ультразвукову діагностику, додаткові лабораторні та

фізикальні обстеження для виключення органічного ураження щитовидної залози.

За результатами обстеження у 16 осіб (64%) не було виявлено жодних змін органічного характеру, у 9 пацієнтів (36%) діагностовано низку захворювань (гострий фарингіт, різні форми тиреоїдитів, гіпертиреозидизм). За гендерним розподілом у 11 жінок (64,7%) та 5 чоловіків (62,5%) органічних змін виявлено не було (див. табл.).

Розподіл діагностованих органічних змін за гендерним показником

Органічні зміни	Чоловіки, осіб, (%)	Жінки, осіб, (%)	Разом, осіб, (%)
Виявлено	3 (37,5%)	6 (35,3%)	9 (36%)
Не виявлено	5 (62,5%)	11 (64,7%)	16 (64%)
Всього обстежених	8 (100%)	17 (100%)	25 (100%)

Безперечно, такі показники дещо завищені порівняно з поширеністю захворювання в популяції, оскільки дослідження проводили серед найбільш очікуваної групи пацієнтів. Тим не менше, висока частота виявлення психосоматичних розладів зберігається і це свідчить про незмінну актуальність цієї теми.

Теорія «алекситимії» у патогенезі психосоматики

Багато авторів зазначають про специфічну особливість пацієнтів з психосоматичною патологією: при помітній бідності фантазії і конкретно-предметному мисленні вони виявляють певну «душевну сліпоту». Відбувається ніби «відщеплення», «блокування» почуттів, не розвивається здатність до символічного мислення. Вперше цей стан описав Юрген Рюш у 1948 р. [23]. Пізніше французькі психоаналітики Поль Марті і М. де М'юзан запропонували поняття операторного мислення (*pensee operateure*) – конкретно-предметного, буквального мисленевого процесу, який скерований тільки на предметно-подієву сторону реальності. При такому мисленні бідні сновидіння, мрії, міжособистісні взаємодії та емоційне вираження. J.C.Nemiah та P.E.Sifneos з Масачусетського госпіталю в Бостоні (США) ввели поняття «алекситимія» – нездатність сприймати та називати словом (*lexis*) почуття (*thymos*) [20]. Алекситимічні пацієнти нездатні рефлексувати свій емоційний стан і проявляти емпатію стосовно інших людей, яких вони,

в кращому випадку, уявляють такими самими, як вони самі.

Розвиток алекситимії й оперативного мислення прийнято пов'язувати з гіперопікаючою позицією матері («*mere calmante*»), яка не допускає проявів незадоволення у дитини. Мама, яка занадто добре доглядає, перешкоджає процесу диференціації дитини від матері. Вона ніби не дає дитині «відірватися» від себе, залишаючись в стані злиття з нею. У підсумку дитина не розвиває здатності самостійно заспокоювати себе, виражати свій стан за допомогою символів, фантазій, зрештою, – мови. Єдиною доступною для неї мовою вираження емоційного стану залишається мова тіла, яка стає основою розвитку психосоматичних порушень [5].

Пацієнтам, у яких не виявили органічних змін, запропонували пройти тест за Торонтською шкалою алекситимії (TAS, 1985), який є одним із опорних для постановки діагнозу психосоматичного спектру [3, 28]. За різними даними «алекситиміки» становлять до 64% серед всіх психосоматичних хворих [7]. Тест складається з 26 питань, на кожне з яких є п'ять варіантів відповіді. Результати розподіляють так: якщо респондент набрав 62 бали і нижче – це відповідає нормі, 63-73 бали – група ризику, 74 бали і вище – алекситимія.

Інтерпретація тесту серед досліджуваної групи (16 осіб) дала такі результати: 3 пацієнтів (18,75%) набрали вище 74 балів, що свідчить про явну алекситимію; 11 пацієнтів (68,75%) набрали від 62 до 74 балів, визначено схильність до алекситимії; 2 пацієнтів набрали нижче 62 балів – алекситимії немає (див. рис. 1).

Результати TAS



Рисунок 1. Результати й інтерпретації тесту Торонтська шкала алекситимії (TAS, 1985)

Отримані нами дані збігаються з результатами інших наукових досліджень, які свідчать про зв'язок між алекситимією у пацієнта та психосоматичним розладом на рівні 60-70% [13].

Як виявили результати тестування, більшість учасників дослідження мають проблеми у сфері емоційного інтелекту, про що свідчить високий рівень показника алекситимії. Це означає, що їхні труднощі у розпізнаванні власних емоційних станів, управлінні ними, здатності до конструктивного реагування різних емоцій та/або емоційного самозаспокоєння є недостатніми, що створює сприятливий ґрунт для процесів соматизації емоційної напруги, формування соматоформних розладів. Це має принципове значення для діагностики та для стратегії лікування таких пацієнтів: окрім фармакологічної терапії, доцільно звернутись за психологічною чи психотерапевтичною допомогою. Отже, психотерапію у разі соматоформних розладів розглядають як основний вид лікування пацієнта, фармакологічні препарати, натомість, виконують функцію підтримувальної терапії.

Основні принципи комплексного лікування соматоформних розладів

Фармакотерапія соматоформних розладів охоплює використання препаратів різних груп, серед яких є анксиолітики, антидепресанти, ноотропні препарати та нейролептики [18]. Більшість препаратів, які належать до цих груп, відпускають за рецептом, який може видати лише лікар-психіатр. У компетенції інтерніста залишаються седативні засоби (наприклад, препарати – похідні фенібуту), або «легкі» антидепресанти, зокрема з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Попри те, що рецепти на ці препарати може видати лікар загальної практики, необхідність консультації з профільним спеціалістом щодо дозування та кратності прийому зберігається.

Стратегії надання психологічної допомоги у лікуванні соматоформних розладів продовжують бути актуальною темою у рамках різних напрямів психотерапії. Психоаналітично-орієнтована, сімейна системна, клієнт-центрована, гештальттерапія розробляють власні концепції розуміння психічної етіології соматоформних розладів та, відповідно, стратегії їхнього лікування шляхом компенсації психологічних дефіцитів, усвідомлення та розв'язання позасвідомих кон-

фліктів, налагодження інтерперсональної комунікації у сімейних, родинних і, навіть, трансгенераційних системах тощо. Сучасні інтегративні тренди у сфері психотерапії та психокорекції дають змогу фахівцям різних психотерапевтичних напрямів взаємно збагачувати своє теоретичне розуміння та інструментарій впливу, застосовувати комплементарні психотерапевтичні підходи з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта [15, 16, 25, 26, 30].

Потрібно зауважити, що психотерапію може проводити лише кваліфікований фахівець, який пройшов навчання, має достатній рівень підготовки та всі належні документи для проведення психотерапевтичної практики. Аналогічна ситуація і з психокорекційною допомогою – її може надавати лише дипломований психолог з відповідним рівнем кваліфікації та досвіду. Враховуючи це, лікар-інтерніст повинен скерувати пацієнта до психотерапевта і в жодному випадку не проводити психотерапію самотужки, не маючи необхідних знань, адже це може лише погіршити стан хворого.

У зв'язку з тим, що населення не завжди позитивно сприймає рекомендацію звернутись до психотерапевта, через певні сформовані упередження та недостатній рівень обізнаності щодо специфіки роботи такого спеціаліста, зі сторони керівних органів у сфері охорони здоров'я доцільною є інтеграція системи психотерапевтичної допомоги у багатопрофільні лікарні та розробка схем і рекомендацій з діагностики та лікування соматоформних розладів з обов'язковим включенням психотерапевта в цей процес. Зокрема, ефективним прикладом, імplementованим у навчальний процес, стратегії лікування функціональних розладів лікарями загальної практики є програма, розроблена в Орхуському університеті (Данія) [10]. Для лікарів загальної практики треба проводити семінари, конференції, круглі столи з цієї проблеми та, обов'язково, підвищувати рівень знань медичного персоналу в питаннях медичної етики та деонтології, адже саме медичний персонал всіх рівнів є першою ланкою, до якої звертається пацієнт за допомогою і необережне чи необдумане ставлення працівників до висловлювань та вчинків (своїх і пацієнта), може мати ятрогенний вплив та погіршити стан хворого або взагалі переконати його не звертатися

за медичною допомогою. Отож, концептуальним варіантом вирішення цієї проблеми є формування терапевтичних діад – форми взаємної співпраці психотерапевтів з лікарями загальної практики.

Висновки. Використання всіх зазначених рекомендацій і впровадження їх в практику лікарів-інтерністів допоможе зменшити кіль-

кість хворих, які безпідставно лікуються у кардіологічних, неврологічних та інших відділеннях, полегшити страждання таких пацієнтів шляхом надання правильної та ґрунтовної медичної допомоги і зберегти значно більше матеріальних та людських ресурсів у системі охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Alexander F, French T, Pollock G. Psychosomatic specificity. Chicago & London: Univ. of Chicago Press; 1968
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., DSM-5); 2013
3. Bagby M, Taylor G, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1986;45(4):207-215.
4. Barsky A, Orav E, Bates D. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(8):903.
5. Bräutigam W, Von Rad M. Toward a theory of psychosomatic disorders. Basel: Karger; 1976.
6. Brown R. Psychological Mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An Integrative Conceptual Model. *Psychological Bulletin*. 2004;130(5):793-812.
7. Bylkina ND. Razvitie zarubezhnyh psihosomaticheskikh teorij (analiticheskij obzor). [Development of foreign psychosomataical theories (analytical review)] *Psihologicheskij zhurnal*. 1997;18(2):149-160. [In Russian]
8. De Waal M, Arnold I, Eekhof J, Van Hemert A. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(6):470-476.
9. Fink P, Hansen M, Oxhøj M. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;56(4):413-418.
10. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice: The Extended Reattribution and Management Model—An Advanced Educational Program for Nonpsychiatric Doctors. *Psychosomatics*. 2002;43(2):93-131.
11. Ghanizadeh AA review of somatoform disorders in DSM-IV and somatic symptom disorders in proposed DSM-V. *Psychiatria Danubina*. 2012; 24(4),353-358.
12. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*. 2007;369(9565):946-955.
13. Inamdar A, Lalita K. Comparison of alexithymia in somatoform and chronic physical disorders: a cross sectional study. *Indian Journal of Neurosciences*. 2016;2(4):81-85.
14. Kulakov SA. Osnovy psihosomatiki. [Basics of psychosomatic medicine] *Rech'*. 2003:288. [In Russian]
15. Kulakov SA. Praktikum po psihoterapii psihosomaticheskikh rasstrojstv. [Practical guide in psychosomatic disorders psychotherapy] SPb, Rech'. 2007:294. [In Russian]
16. Malkina-Pyh IG. Psihosomatika. [Psychosomatic] *Jeksmo*. 2008:1024.
17. Manu P. Functional Somatic Syndromes. Cambridge, GBR: Cambridge University Press; 2010.
18. Mihajlov BV, Kudinova EI. Somatoformnye rasstrojstva: klinika, diagnostika, principy terapii. [Somatoform disorders: clinical, diagnostical questions, principles of therapy] *Arhiv psihatrii*. 2010;16(3):8-13.
19. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Löwe B. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal of psychosomatic research*. 2016;80:1-10.
20. Nemiah JC. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. *Modern trends in psychosomatic medicine*. 1976;3:430-439.
21. Organization W. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization; 1992.
22. Rief W, Barsky A. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):996-1002.
23. Ruesch J. The Infantile Personality. *Psychosomatic Medicine*. 1948;10(3):134-144.
24. Sadock B, Kaplan, Sadock V, Sadock V. Kaplan. *Sadocks Synopsis of Psychiatry*. 2003.
25. Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel J, Sack M, Sauer N, Schneider G. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2012 Jan 1;200(1):60-7.

26. Schumacher S, Rief W, Klaus K, Brähler E, Mewes R. Medium- and long-term prognostic validity of competing classification proposals for the former somatoform disorders. *Psychological Medicine*. 2017;47(10):1719-1732.
27. Starshenbaum GV. Psihosomatika i psihoterapija: Iscelenie dushi i tela. [Psychosomatic and psychotherapy: Body and soul treatment] Rostov: Feniks. 2014:350. [In Russian]
28. Taylor G. Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2000;45(2):134-142.
29. Tiganov A.S. Rukovodstvo po psihiatrii: V 2-h t. T2. [Psychiatry manual: In 2 parts. Part 2.] *Medicina*. 1999:784. [In Russian]
30. Zipfel S, Herzog W, Kruse J, Henningsen P. Psychosomatic medicine in Germany: more timely than ever. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2016;85(5):262-9.

Стаття надійшла 20.10.17

Після допрацювання 17.11.17

Підписана до друку 20.12.17