УДК 616.895.8–085

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ: МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

А.А. Прибытков [1], А.Н. Еричев [2], А.П. Коцюбинский [2], И.О. Юркова [1]

[1] ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России
[2] ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

В соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10) основным критерием соматоформных расстройств (СФР) является наличие стойких субъективных симптомов соматического неблагополучия при отсутствии объективно выявляемой органической патологии или несоответствии тяжести и стойкости жалоб пациента характеру установленного соматического заболевания. Кроме того, для больных, страдающих СФР, типичны постоянные требования различных медицинских обследований, невзирая на их отрицательные результаты и мнение врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Предполагается, что развитие СФР объясняется сложным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов [112, 140].

Подготовленное Американской психиатрической ассоциацией и опубликованное в 2013 году пятое издание «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям» (DSM-5) не содержит диагностической категории «соматоформные расстройства» (в отличие от предыдущей версии – DSM-IV-TR). В DSM-5 вводится понятие «расстройство, проявляющееся соматическими симптомами» (somatic symptom disorder). Критериями данной диагностической категории является наличие у пациента одного или нескольких соматических симптомов (хотя бы один из них должен быть стойким – не менее 6 мес.), сочетающихся со стойкой уверенностью в тяжести патологии и чрезмерной тревогой по поводу здоровья, которые в целом не соответствуют глубине соматических нарушений, но приводят, тем не менее, к изменению поведения и нарушению социального функционирования [26, 27]. Нельзя не отметить, что новая диагностическая категория DSM-5 подвергается критике в связи с недостаточной четкостью критериев и возможностью расширительной диагностики этой психической патологии у пациентов, страдающих соматическими заболеваниями [40, 61, 130].

В зарубежной литературе широко распространены термины «необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы» (medically unexplained symptoms) и «функциональные соматические симптомы» (functional somatic symptoms). По сути, указанные понятия подразумевают, что жалобы, имеющиеся у пациента, не могут быть полностью объяснены физической патологией, оставляя при этом открытым вопрос о предположительной этиологии проблемы [19]. В ряде случаев, термины функциональные соматические симптомы (ФСС) и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы используются как синонимы соматоформных расстройств. Однако более обоснованной представляется точка зрения, что пациенты с ФСС представляют собой гетерогенную группу, в которой могут быть выявлены соматоформные, депрессивные, тревожные, ипохондрические расстройства, а в ряде случаев патология вообще не соответствует критериям каких-либо психических нарушений [18, 30, 123, 124]. В настоящем обзоре ФСС будут рассмотрены в связи с широкой представленностью в этой группе состояний, относимых к соматоформным расстройствам (в частности, значительная часть пациентов с ФСС может быть диагностирована как «недифференцированное соматоформное расстройство» в соответствии с критериями МКБ-10).

Распространенность

Актуальность проблемы соматоформных расстройств обусловлена высокой частотой встречаемости данной патологии в населении и, особенно, среди пациентов, обращающихся в общемедицинские учреждения. Распространенность соматоформных расстройств в популяции колеблется от 0,8 до 6% [31, 65, 144]. Риск заболевания в течение жизни достигает 20% [65, 72]. Среди лиц, наблюдающихся в учреждениях первичной медицинской сети, распространенность функциональных соматических симптомов (и, соответственно, СФР, занимающих

при этих состояниях большой удельный вес) существенно выше. Так, наличие «телесных» симптомов, которые затруднительно объяснить соматической патологией (ФСС), выявлено у 15–40% пациентов общемедицинских учреждений [73, 76, 78, 127], а частота СФР среди больных, наблюдающихся в первичной медицинской сети, оценивается в 16–36% [22, 127, 132].

В ряде исследований показано, что наличие соматоформных расстройств, наряду с депрессиями и тревожными симптомокомплексами, является наиболее частой причиной обращения пациентов, страдающих психическими нарушениями, к врачам общей практики [46, 118]. Такая ситуация приводит к использованию врачами-интернистами множества различных (в том числе недостаточно обоснованных) методов обследования и лечения пациентов [23, 29, 36, 97], психическое состояние которых характеризуется доминированием соматических симптомов. В итоге имеет место нерациональное использование имеющихся ресурсов здравоохранения, обусловленное высокими и недостаточно эффективными материальными затратами [10, 11, 51, 133]. Значительные финансовые издержки связаны с тем, что помощь больным СФР часто оказывают врачи, не имеющие достаточных знаний и умений в области диагностики и терапии подобных заболеваний.

Терапия соматоформных расстройств

В настоящее время недостаточно полно обоснованы подходы к терапии соматоформных расстройств. Существующие рекомендации ограничиваются преимущественно принципами коррекции отдельных функциональных нарушений, по сути – единичных проявлений СФР [35, 62]. Кроме того, невзирая на данные о единых причинах возникновения и сходство ряда симптомов, в имеющихся рекомендациях, адресованных врачам различных специальностей, принципы терапии этих состояний существенно разнятся [62, 106]. Отсутствие четких критериев диагностики и терапевтических подходов для всей категории соматоформных расстройств приводет к тому, что значительная часть больных не получает адекватной фармакотерапии или психотерапевтической помощи [129]. Важным является и отсутствие официально утвержденного показания для назначения фармакотерапии при диагнозе «соматоформное расстройство». Так, в США ни один из использующихся в психофармакологии препаратов не одобрен FDA (Управлением по контролю пищевых продуктов и медикаментов) для терапии СФР или введенной в DSM-5 диагностической категории «расстройство, проявляющееся соматическими симптомами» [25, 33].

Многие клиницисты считают больных, страдающих СФР, одной из наиболее сложных категорий с точки зрения результатов лечения и взаимоотношений между врачом и пациентом [54, 70, 80]. Важно отметить и низкую удовлетворенность пациентов качеством оказания помощи. Этот факт можно объяснить недостаточно изученными принципами лечения, противоречием между дефицитом времени у специалистов и высокой потребностью в психологической поддержке у больных СФР, низкой доступностью психотерапевтической помощи, а также предубежденностью практикующих врачей в малой эффективности лечения этих пациентов [52, 53, 79, 80]. Напротив, разработка и последовательное внедрение в практику принципов терапии ФСС и СФР может уменьшить негативные последствия указанной патологии (в том числе инвалидизацию) и повысить качество жизни больных [80].

В систематических обзорах и метаанализах, посвященных лечению СФР, а также рассматривающих отдельные функциональные соматические симптомы [47, 62, 80, 107, 129], авторы приходят к выводу, что психофармакотерапия и когнитивно-поведенческая терапия эффективнее, чем симптоматическая терапия, направленная на восстановление нарушенных функций организма. Ниже будут рассмотрены данные об эффективности различных психофармакологических препаратов и немедикаментозных методов в терапии как отдельных вариантов ФСС, так и СФР в целом.

Антидепрессанты

В настоящее время антидепрессанты рассматриваются как наиболее исследованная группа психофармакологических препаратов для терапии соматоформных расстройств и функциональных соматических нарушений. Тем не менее, общее количество работ, посвященных оценке эффективности антидепрессантов при СФР, остается недостаточным, сохраняются вопросы, касающиеся как эффективности данного класса препаратов при СФР, так и способности влиять на отдельные функциональные соматические симптомы [80, 125, 129].

Терапия антидепрессантами оказалась эффективной при хронических болевых синдромах. В систематических обзорах и клинических рекомендациях антидепрессанты отнесены к первой линии терапии фибромиалгии [14, 16, 57, 58]. Использование антидепрессантов при данной патологии продемонстрировало улучшение состояния пациентов в виде уменьшения болевого синдрома, проявлений депрессии, нарушений сна и повышения качества жизни [57, 105]. Противоболевой эффект у больных с фибромиалгией и другими соматоформными болевыми синдромами наиболее надежно подтвержден в отношении трициклических антидепрессантов (однако есть указания, что в целом анальгезирующий эффект недостаточно высок), в меньшей степени – ингибиторов захвата серотонина и норадреналина, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, ингибиторов моноаминоксидазы [7, 37, 57, 59, 60, 91, 94, 134, 136].

В систематических обзорах и метаанализах отмечена эффективность антидепрессантов при синдроме раздраженной толстой кишки [39, 115, 116, 135]. В частности, продемонстрирован эффект трициклических препаратов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в виде улучшения общего функционирования, снижения болевых симптомов и проявлений метеоризма [15, 20, 39, 50, 109, 139]. Отмечено более частое развитие побочных эффектов трициклических препаратов по сравнению с терапией серотонинергическими антидепрессантами, которые продемонстрировали благоприятный профиль переносимости [122]. Однако следует отметить, что низкие дозы трициклических антидепрессантов (в терапии функциональных гастроинтестинальных нарушений обычно применяются дозировки существенно ниже, чем рекомендованные для терапии депрессивных расстройств) редко вызывают значимые нежелательные лекарственные реакции [139]. Нуждается в дальнейшем уточнении взаимосвязь между функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта и сопутствующими депрессивными расстройствами, а также терапевтические возможности антидепрессантов при синдроме раздраженной толстой кишки с депрессией или без таковой [42, 81].

В двойном слепом рандомизированном клиническом исследовании (РКИ) хорошую переносимость и преимущество перед плацебо в терапии соматоформных расстройств продемонстрировал эсциталопрам: отмечено статистически значимое улучшение общего функционирования, уменьшение болевых симптомов, снижение проявлений депрессии и тревоги [99]. В двойном слепом РКИ у больных, страдающих СФР, которые сочетались с тревогой и депрессией, венлафаксин пролонгированного действия оказался эффективнее плацебо в уменьшении проявлений боли, выраженности тревоги, состояния в целом (по шкале глобального клинического впечатления). Однако, различия с плацебо в редукции собственно соматоформных симптомов (за исключением боли) не достигали статистической значимости [77]. В двух двойных слепых РКИ установлена эффективность при СФР экстракта травы зверобоя продырявленного. Препарат продемонстрировал значимое преимущество при сравнении с плацебо как у больных с сопутствующими симптомами депрессии, так и без аффективных нарушений [100, 141]. В открытом проспективном исследовании показана эффективность флувоксамина в терапии СФР [104]. Открытое сравнительное исследование показало эффективность сертралина и флуоксетина в терапии недифференцированного соматоформного расстройства, значимых различий между терапевтическим эффектом указанных препаратов не выявлено [55].

Таким образом, в настоящее время получены данные об эффективности терапии СФР и ФСС антидепрессантами, тем не менее, необходимы дальнейшие исследования для получения надежных доказательств эффективности, а также для уточнения особенностей терапевтического ответа и нежелательных лекарственных реакций [71, 80, 119, 129]. Кроме того, вопрос влияния антидепрессантов на собственно соматические симптомы в рамках СФР далек от окончательного решения. В ряде исследований показано влияние данного класса препаратов на соматические симптомы [60, 105, 109], в других работах высказывается мнение, что «телесные» симптомы редуцируются в меньшей степени, чем проявления сопутствующей аффективной патологии [49, 85].

Антипсихотики

Антипсихотические препараты нередко назначаются пациентам с соматоформными расстройствами, невзирая на то, что доказательства эффективности и безопасности данной группы препаратов при терапии СФР в настоящее время можно рассматривать только как предварительные [9, 24]. Тем не менее, в первичной медицинской практике и учреждениях психиатрического профиля при функциональных соматических нарушениях и соматоформных расстройствах антипсихотики, наряду с бензодиазепинами и антидепрессантами, являются наиболее часто назначаемыми препаратами [101, 108].

При недифференцированном соматоформном расстройстве с преимущественными симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта (функциональная диспепсия) продемонстрирован эффект левосульпирида (S-энантиомер сульпирида). Установлена эффективность данного препарата в открытых [28, 84, 87] и рандомизированных контролируемых исследованиях [8, 17, 90, 92, 126]. В процессе терапии выявлено статистически значимое снижение диспепсических расстройств, уровня тревоги, повышение качества жизни пациентов и продемонстрирована удовлетворительная переносимость препарата [24, 98, 121]. В одном двойном слепом РКИ продемонстрирован эффект при соматоформных расстройствах (в соответствии с критериями МКБ-10 и DSM-IIIR) левосульпирида [5]. Целесообразно отметить, что в Российской Федерации левосульпирид не зарегистрирован, применяется только рацемический сульпирид. Эффективность сульпирида при СФР продемонстрирована в двойном слепом РКИ [93], в открытом исследовании [114], а также при хроническом соматоформном болевом синдроме [34], синдроме раздраженной толстой кишки [82]. В двойном слепом сравнительном исследовании сульпирида и левосульпирида при соматоформных расстройствах оба препарата оказались эффективными, в то же время редукция симптомов в группе левосульпирида развивалась быстрее, а уровень побочных эффектов был ниже [6].

В двойном слепом сравнительном исследовании установлена эффективность флупентиксола при соматоформных расстройствах, а также преимуще-

ство в скорости наступления эффекта по сравнению с сульпиридом [93]. Комбинация флупентиксола с мелитраценом (трициклический антидепрессант, не зарегистрирован в РФ) продемонстрировала эффективность при функциональной диспепсии в РКИ с плацебо-контролем [56]. В то же время, двойное слепое исследование не выявило преимуществ присоединения низких доз (3 мг/сут) флупентиксола к амитриптилину по сравнению с монотерапией амитриптилином, оказавшейся эффективной при соматоформном болевом синдроме [145].

Эффективность оланзапина при соматоформных болевых расстройствах и глоссодинии (парестезии и болевые ощущения в полости рта) отмечена в описании отдельных клинических случаев и серий случаев [41, 45, 74, 75, 111, 138]. В открытом исследовании продемонстрирована эффективность кветиапина при хронических болевых синдромах (фибромиалгии): выявлено снижение выраженности болевых проявлений, сопутствующих симптомов депрессии и повышение качества жизни; однако влияние на сопутствующие симптомы тревоги не достигало статистической значимости [64]. В описании серии случаев терапии зипразидоном больных с фибромиалгией отмечено снижение симптомов депрессии и тревоги при отсутствии значимого влияния на болевые проявления [12]. В простом слепом сравнительном исследовании амисульприда, пароксетина и сертралина в лечении глоссодинии амисульприд продемонстрировал раннее снижение выраженности симптомов при равной эффективности с антидепрессантами к концу исследования [88]. Антипсихотические препараты могут быть полезны в терапии функциональных болевых синдромов, но требуются дополнительные исследования для уточнения эффективности антипсихотиков [13, 120]. В рандомизированном сравнительном исследовании показано преимущество комбинации циталопрама с палиперидоном в лечении СФР по сравнению с монотерапией циталопрамом [68].

Оценивая данные о применение антипсихотиков в лечении СФР, следует отметить, что эффективность данного класса препаратов изучена в небольшом количестве исследований, значительная часть которых была невысокого методологического уровня (открытые исследования, описания серий случаев и отдельных наблюдений). Таким образом, в настоящее время имеются ограниченные данные, подтверждающие возможность использования антипсихотиков при СФР, необходимы дополнительные исследования, направленные на уточнение эффективности данного класса препаратов [24].

Антиконвульсанты

Количество исследований по использованию антиконвульсантов при СФР ограниченно, преимущественно оценивалась эффективность данной группы препаратов при соматоформных болевых синдромах. В частности, продемонстрирован эффект прегабалина и габапентина при фибромиалгии [16, 38, 95, 105, 128, 137]. Для других антиконвульсантов в настоящее время не получено надежных доказательств эффективности при функциональных болевых синдромах [137, 143].

Прегабалин в двойном слепом РКИ (использовалась доза 600 мг/сут) продемонстрировал преимущество перед плацебо в уменьшении болевых симптомов у пациентов с синдромом раздраженной толстой кишки [67]. В пилотном двойном слепом РКИ прегабалин в дозе 200 мг/сут не обнаружил положительного влияния при синдроме раздраженной толстой кишки [69]. Габапентин оказался эффективнее плацебо при лечении синдрома раздраженной толстой кишки в двойном слепом РКИ [83]. В открытом исследовании выявлен положительный эффект топирамата при соматоформных расстройствах [43].

Таким образом, установлен эффект прегабалина и габапентина при функциональных болевых синдромах. Для уточнения возможности применения антиконвульсантов при иных соматоформных расстройствах требуются дополнительные исследования.

Психотерапия

На основании обзора исследований, посвященных психотерапевтическим методикам в терапии функциональных соматических симптомов, можно сделать вывод об эффективности немедикаментозных методов лечения данной патологии [2, 71, 79, 80, 102, 110, 129]. В частности, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) продемонстрировала эффективность при фибромиалгии [38], синдроме раздраженного толстого кишечника [131], синдроме хронической усталости [89], функциональных болях в грудной клетке [63], головной боли напряжения [113].

Эффективность КПТ при соматоформных расстройствах нашла подтверждение в ряде исследований и систематических обзоров [3, 4, 32, 48, 66, 80, 96]. Продемонстрирован положительный эффект КПТ в лечении всего спектра соматоформных расстройств [80]. Установлена эффективность как индивидуальной, так и групповой КПТ при СФР [96]. Отмечены различные клинические эффекты КПТ: снижение «физических» симптомов, редукция проявлений тревоги и депрессии, уменьшение выхода пациентов на инвалидность [4, 80, 102, 129]. Среди психотерапевтических методик когнитивно-поведенческий подход в наибольшей степени подтвердил результативность в лечении соматоформных расстройств [48, 80, 129].

В связи с рядом методологических ограничений, в настоящее время представляется затруднительным сравнение эффективности фармакологического и психотерапевтического подходов в лечении СФР. Тем не менее, на основании анализа существующих данных, высказывается мнение о возможности рассмотрения когнитивно-поведенческого под-

хода в качестве первой линии терапии для больных, страдающих соматоформными расстройствами [80, 129].

При лечении функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта выявлен эффект гипнотерапии [44, 86]. Указанный метод психотерапии представляется перспективным для лечения синдрома раздраженной толстой кишки, однако, проведенные в настоящее время исследования не позволяют сделать окончательный вывод об эффективности данной методики [142]. В ряде исследований получены данные о положительных результатах применения психодинамического подхода в лечении СФР и функциональных соматических симптомов [1, 21, 103, 117]. Целесообразны дальнейшие исследования психодинамической терапии при СФР [48].

Имеет место и ряд недостатков в исследованиях эффективности психотерапевтических методик: невозможность проведения двойных слепых исследований (тем не менее, во многих случаях используются различные приемы «маскировки»), преимущественно краткосрочные вмешательства, малое количество исследований в первичной медицинской практике, где получает помощь значительное количество пациентов, страдающих СФР [129]. Нельзя не отметить и тот факт, что использование психотерапии, невзирая на её высокую эффективность, сталкивается с рядом организационных проблем. Больные, страдающие СФР, преимущественно обращаются в общемедицинские учреждения, где использование психотерапевтических подходов оказывается для них малодоступным. Кроме того, большинство пациентов убеждены в «физической» природе их страданий, что затрудняет применение психотерапии [80].

Заключение

В целом, количество исследований, посвященных терапии СФР представляется недостаточным, что может быть связано с особенностями классификации, недостаточным интересом исследователей к этой проблеме, низким уровнем финансирования, а так же тем фактом, что пациенты с СФР преимущественно обращаются в общемедицинские учреждения. В то же время врачи общемедицинской практики традиционно нацелены на приоритетно соматическое понимание природы расстройств, с которыми обращаются к ним больные с СФР, в силу чего последние долго и безуспешно наблюдаются врачами-интернистами и направляются к специалистам в области психического здоровья гораздо реже, чем больные с иными психическими расстройствами.

В настоящее время наиболее убедительно продемонстрирован эффект антидепрессантов и когнитивно-поведенческой терапии в лечении соматоформных расстройств. Существуют данные о положительном эффекте антипсихотиков в терапии СФР, однако эффективность и безопасность данного класса препаратов нуждается в дальнейшем уточнении. В группе антиконвульсантов показана эффективность прегабалина и габапентина в терапии соматоформных болевых синдромов (но не при других клинических вариантах СФР). Ряд психотерапевтических подходов (психодинамическая терапия, гипнотерапия) представляются перспективными в лечении СФР, но эффективность этих методик требует уточнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abbass A., Kisely S., Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials // Psychother. Psychosom. 2009. Vol. 78, N 5. P. 265–274.
2. Allen L.A., Escobar J.I., Lehrer P.M. et al. Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature // Psychosom. Med. 2002. Vol. 64. P. 939–950.
3. Allen L.A., Woolfolk R.L., Escobar J.I. et al. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial // Arch. Intern. Med. 2006. Vol. 166, N 14. P. 1512–1518.
4. Allen L.A., Woolfolk R.L. Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders // Psychiatr. Clin. North Am. 2010. Vol. 33, N 3. P. 579–593.
5. Altamura A.C., Di Rosa A., Ermentini A. et al. Levosulpiride in somatoform disorders: a double-blind, placebo-controlled cross-over study // Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2003. Vol. 7. P. 155–159.
6. Altamura A.C., Mauri M.C., Regazzetti G., Coppola M.T. L-sulpiride in the treatment of somatoform disturbances: a double-blind study with racemic sulpiride // Minerva Psichiatr. 1991. Vol. 32, N 1. P. 25–29.
7. Aragona M., Bancheri L., Perinelli D. et al. Randomized double-blind comparison of serotonergic (Citalopram) versus noradrenergic (Reboxetine) reuptake inhibitors in outpatients with somatoform, DSM-IV-TR pain disorder // Eur. J. Pain. 2005. Vol. 9, N 1. P. 33–38.
8. Arienti V., Corazza G.R., Sorge M. et al. The effects of levosulpiride on gastric and gall-bladder emptying in functional dyspepsia // Aliment. Pharmacol. Ther. 1994. Vol. 8. P. 631–638.
9. Atik L., Erdogan A., Karaahmet E. et al. Antipsychotic prescriptions in a university hospital outpatient population in Turkey: a retrospective database analysis, 2005–2006 // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2008. Vol. 32, N 4. P. 968–974.
10. Barsky A.J., Orav E.J., Bates D.W. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. Vol. 62. P. 903–910.
11. Bermingham S.L., Cohen A., Hague J., Parsonage M. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008–2009 // Mental Health Family Med. 2010. Vol. 7. P. 71–84.
12. Calandre E.P., Hidalgo J., Rico-Villademoros F. Use of ziprasidone in patients with fibromyalgia: a case series // Rheumatol. Int. 2007. Vol. 27, N 5. P. 473–476.
13. Calandre E.P., Rico-Villademoros F. The role of antipsychotics in the management of fibromyalgia // CNS Drugs. 2012. Vol. 26, N 2. P. 135–153.
14. Carville S.F., Arendt-Nielsen S., Bliddal H. et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome // Ann. Rheum. Dis. 2008. Vol. 67, N 4. P. 536–541.
15. Chao G.Q., Zhang S. A meta-analysis of the therapeutic effects of amitriptyline for treating irritable bowel syndrome // Intern. Med. 2013. Vol. 52, N 4. P. 419–424.
16. Choy E., Marshall D., Gabriel Z.L. et al. A systematic review and mixed treatment comparison of the efficacy of pharmacological treatments for fibromyalgia // Semin. Arthritis Rheum. 2011. Vol. 41, N 3. P. 335–345.
17. Corazza G.R., Biagi F., Albano O. et al. Levosulpiride in functional dyspepsia: a multicentric, double-blind, controlled trial // Ital. J. Gastroenterol. 1996. Vol. 28, N 6. P. 317–323.
18. Creed F. The outcome of medically unexplained symptoms – will DSM-V improve on DSM-IV somatoform disorders? // J. Psychosom. Res. 2009. Vol. 66, N 5. P. 379–381.
19. Creed F., Guthrie E., Fink P. et al. Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 68, N 1. P. 5–8.
20. Creed F. How do SSRIs help patients with irritable bowel syndrome? // Gut. 2006. Vol. 55, N 8. P. 1065–1067.
21. De Greck M., Scheidt L., Bolter A.F. et al. Multimodal psychodynamic psychotherapy induces normalization of reward related activity in somatoform disorder // World J. Biol. Psychiatry. 2011. Vol. 12, N 4. P. 296–308.

22. De Waal M.W., Arnold I.A., Eekhof J.A., Van Hemert A.M. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders // Br. J. Psychiatry. 2004. Vol. 184. P. 470–476.
23. De Waal M.W., Arnold I.A., Eekhof J.A. et al. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care // BMC Fam. Pract. 2008. Vol. 9. P. 5.
24. Decoutere L., van den Eede F., Moorkens G., Sabbe B.G. Antipsychotic agents in the treatment of somatoform disorders; a review // Tijdschr. Psychiatr. 2011. Vol. 53, N 3. P. 163–173.
25. Devulapalli K.K., Nasrallah H.A. An analysis of the high psychotropic off-label use in psychiatric disorders // Asian J. Psychiatry. 2009. Vol. 2, N 1. P. 29–36.
26. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-V. DC: American Psychiatric Association, 2013. P. 991.
27. Dimsdale J.E., Creed F., Escobar J. et al. Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM // J. Psychosom. Res. 2013. Vol. 75, N 3. P. 223–228.
28. Distrutti E., Fiorucci S., Hauer S.K. et al. Effect of acute and chronic levosulpiride administration on gastric tone and perception in functional dyspepsia // Aliment. Pharmacol. Ther. 2002. Vol. 16, N 3. P. 613–622.
29. Dwamena F.C., Lyles J.S., Frankel R.M., Smith R.C. In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms // BMC Fam. Pract. 2009. Vol. 10. P. 67.
30. Edwards T.M., Stern A., Clarke D.D. et al. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature // Ment. Health Fam. Med. 2010. Vol. 7, N 4. P. 209–221.
31. Escobar J.I., Cook B., Chen C.N. et al. Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 69, N 1. P. 1–8.
32. Escobar J.I., Gara M.A., Diaz-Martinez A.M. et al. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms // Ann. Fam. Med. 2007. Vol. 5, N 4. P. 328–335.
33. FDA drug database: www.fda.gov.
34. Ferreri M., Florent C., Gerard D. Sulpiride: study of 669 patients presenting with pain of psychological origin // Encephale. 2000. Vol. 26, N 4. P. 58–66.
35. Fink P., Burton C., de Bie J. et al. Current state of management and organization of care // Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services / F.Creed, P.Henningsen, P.Fink (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 2011. P. 97–124.
36. Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients // J. Psychosom. Res. 1992. Vol. 36. P. 439–447.
37. Fishbain D.A., Cutler R.B., Rosomoff H.L., Rosomoff R.S. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis // Psychosom. Med. 1998. Vol. 60, N 4. P. 503–509.
38. Fitzcharles M.A., Ste-Marie P.A., Goldenberg D.L. et al. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary // Pain Res. Manag. 2013. Vol. 18, N 3. P. 119–126.
39. Ford A.C., Talley N.J., Schoenfeld P.S. et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis // Gut. 2009. Vol. 58. P. 367–378.
40. Frances A., Chapman S. DSM-5 somatic symptom disorder mislabels medical illness as mental disorder // Aust. N. Z. J. Psychiatry. 2013. Vol. 47, N 5. P. 483–484.
41. Freedenfeld R.N., Murray M., Fuchs P.N., Kiser R.S. Decreased pain and improved quality of life in fibromyalgia patients treated with olanzapine, an atypical neuroleptic // Pain Pract. 2006. Vol. 6, N 2. P. 112–118.
42. Friedrich M., Grady S.E., Wall G.C. Effects of antidepressants in patients with irritable bowel syndrome and comorbid depression // Clin. Ther. 2010. Vol. 32, N 7. P. 1221–1233.
43. García-Campayo J., Sanz-Carrillo C. Topiramate as a treatment for pain in multisomatoform disorder patients: an open trial // Gen. Hosp. Psychiatry. 2002. Vol. 24, N 6. P. 417–421.
44. Gholamrezaei A., Ardestani S.K., Emami M.H. Where does hypnotherapy stand in the management of irritable bowel syndrome? A systematic review // J. Altern. Complement. Med. 2012. Vol. 12, N 6. P. 517–527.
45. Gick C.L., Mirowski G.W., Kennedy J.S., Bymaster F.P. Treatment of glossodynia with olanzapine // J. Am. Acad. Dermatol. 2004. Vol. 51, N 3. P. 463–465.
46. Gili M., Luciano J.V., Serrano M.J. et al. Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders // J. Nerv. Ment. Dis. 2011. Vol. 199, N 10. P. 744–749.
47. Goldenberg D.L, Burckhardt C., Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome // JAMA. 2004. Vol. 292. P. 2388–2395.
48. Gottschalk J.M., Rief W. Psychotherapeutic approaches for patients with somatoform disorders // Nervenarzt. 2012. Vol. 83, N 9. P. 1115–1127.
49. Greco T., Eckert G., Kroenke K. The outcome of physical symptoms with treatment of depression // J. Gen. Intern. Med. 2004. Vol. 19. P. 813–818.
50. Grover M., Camilleri M. Effects on gastrointestinal functions and symptoms of serotonergic psychoactive agents used in functional gastrointestinal diseases // J. Gastroenterol. 2013. Vol. 48, N 2. P. 177–181.
51. Gustavsson A., Svensson M., Jacobi F. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010 // Eur. Neuropsychopharmacol. 2011. Vol. 2. P. 718–779.
52. Hahn S.R., Kroenke K., Spitzer R.L. et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment // J. Gen. Intern. Med. 1996. Vol. 11. P. 1–8.
53. Hahn S.R., Thompson K.S., Wills T.A. et al. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology // J. Clin. Epidemiol. 1994. Vol. 47. P. 647–657.
54. Hahn S.R. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship // Ann. Intern. Med. 2001. Vol. 134. P. 897–904.
55. Han C., Pae C.U., Lee B.H. et al. Fluoxetine versus sertraline in the treatment of patients with undifferentiated somatoform disorder: a randomized, open-label, 12-week, parallel-group trial // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2008. Vol. 32, N 2. P. 437–444.
56. Hashash J.G., Abdul-Baki H., Azar C. et al. Clinical trial: a randomized controlled cross-over study of flupenthixol + melitracen in functional dyspepsia // Aliment. Pharmacol. Ther. 2008. Vol. 27, N 11. P. 1148–1155.
57. Häuser W., Bernardy K., Uceyler N., Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis // JAMA. 2009. Vol. 301, № 2. P. 198–209.
58. Häuser W., Thieme K., Turk D.C. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – a systematic review // Eur. J. Pain. 2010. Vol. 14, N 1. P. 5–10.
59. Häuser W., Urrutia G., Tort S. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome // Coch. Database Syst. Rev. 2013;1:CD010292.
60. Häuser W., Wolfe F., Tölle T. et al. The role of antidepressants in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis // CNS Drugs. 2012. Vol. 26, N 4. P. 297–307.
61. Häuser W., Wolfe F. The somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabelling people with major medical diseases as mentally ill // J. Psychosom. Res. 2013. Vol. 75, N 6. P. 586–587.
62. Henningsen P., Zipfel S., Herzog W. Management of functional somatic syndromes // Lancet. 2007. Vol. 369. P. 946–955.
63. Hershcovici T., Achem S.R., Jha L.K., Fass R. Systematic review: the treatment of noncardiac chest pain // Aliment. Pharmacol. Ther. 2012. Vol. 35, N 1. P. 5–14.
64. Hidalgo J., Rico-Villademoros F., Calandre E.P. An open-label study of quetiapine in the treatment of fibromyalgia // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2007. Vol. 31, N 1. P. 71–77.
65. Hiller W., Rief W., Brahler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006. Vol. 41. P. 704–712.
66. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses // Cogn. Ther. Res. 2012. Vol. 36, N 5. P. 427–440.
67. Houghton L.A., Fell C., Whorwell P.J. et al. Effect of a second-generation alpha2delta ligand (pregabalin) on visceral sensation in hypersensitive patients with irritable bowel syndrome // Gut. 2007. Vol. 56, N 9. P. 1218–1225.
68. Huang M., Luo B., Hu J. et al. Combination of citalopram plus paliperidone is better than citalopram alone in the treatment of somatoform disorder: results of a 6-week randomized study // Int. Clin. Psychopharmacol. 2012. Vol. 27, N 3. P. 151–158.
69. Iturrino J., Camilleri M., Busciglio I. et al. Pilot trial: Pregabalin on colonic sensorimotor functions in irritable bowel syndrome // Dig. Liver Dis. 2014. Vol. 6, N 2. P. 113–118.
70. Jackson J.L., Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes // Arch. Intern. Med. 1999. Vol. 159. P. 1069–1075.
71. Jackson J.L., O'Malley P.G., Kroenke K. Antidepressants and cognitive-behavioral therapy for symptom syndromes // CNS Spectr. 2006. Vol. 11, N 3. P. 212–222.
72. Jacobi F., Wittchen H-U., Holting C. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) // Psychol. Med. 2004. Vol. 34. P. 597–611.

73. Kirmayer L.J., Groleau D., Looper K.J., Dao M.D. Explaining medically unexplained symptoms // Can. J. Psychiatry. 2004. Vol. 49, N 10. P. 663–672.
74. Kiser R.S., Cohen H.M., Freedenfeld R.N. et al. Olanzapine for the treatment of fibromyalgia symptoms // J. Pain Symptom Manage. 2001. Vol. 22, N 2. P. 704–708.
75. Kozian R. Olanzapine in therapy of a somatoform disorder // Psychiatr. Prax. 2003. Vol. 30, N 8. P. 450–451.
76. Kroenke K., Arrington M.E., Mangelsdorff A.D. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy // Arch. Intern. Med. 1990. Vol. 150, N 8. P. 1685–1689.
77. Kroenke K., Messina N. 3rd, Benattia I. et al. Venlafaxine extended release in the short-term treatment of depressed and anxious primary care patients with multisomatoform disorder // J. Clin. Psychiatry. 2006. Vol. 67, N 1. P. 72–80.
78. Kroenke K., Rosmalen J.G. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders // Med. Clin. North Am. 2006. Vol. 90. P. 603–626.
79. Kroenke K., Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials // Psychother. Psychosom. 2000. Vol. 69. P. 205–215.
80. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials // Psychosom. Med. 2007. Vol. 69. P. 881–888.
81. Ladabaum U., Sharabidze A., Levin T.R. et al. Citalopram provides little or no benefit in nondepressed patients with irritable bowel syndrome // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2010. Vol. 8, N 1. P. 42–48.
82. Lanfranchi G.A., Bazzocchi G., Marzio L. et al. Inhibition of postprandial colonic motility by sulpiride in patients with irritable colon // Eur. J. Clin. Pharmacol. 1983. Vol. 24, N 6. P. 769–772.
83. Lee K.J., Kim J.H., Cho S.W. Gabapentin reduces rectal mechanosensitivity and increases rectal compliance in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. 2005. Vol. 22, N 10. P. 981–988.
84. Lim H.C., Lee S.I., Chen J.D., Park H. Electrogastrography associated with symptomatic changes after prokinetic drug treatment for functional dyspepsia // World J. Gastroenterol. 2012. Vol. 18, N 41. P. 5948–5956.
85. Lin E.H., Katon W., Von Korff M. et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial // JAMA. 2003. Vol. 290. P. 2428–2429.
86. Lowen M.B., Mayer E.A., Sjoberg M. et al. Effect of hypnotherapy and educational intervention on brain response to visceral stimulus in the irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. 2013. Vol. 37, N 12. 1184–1197.
87. Lozano R., Concha M.P., Montealegre A. et al. Effectiveness and safety of levosulpiride in the treatment of dysmotility-like functional dyspepsia // Ther. Clin. Risk Manag. 2007. Vol. 3, N 11. P. 49–55.
88. Maina G., Vitalucci A., Gandolfo S., Bogetto F. Comparative efficacy of SSRIs and amisulpride in burning mouth syndrome: a single-blind study // J. Clin. Psychiatry. 2002. Vol. 63, N 1. P. 38–43.
89. Malouff J.M., Thorsteinsson E.B., Rooke S.E. et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis // Clin. Psychol. Rev. 2008. Vol. 28, N 5. P. 736–745.
90. Mansi C., Borro P., Giacomini M. et al. Comparative effects of levosulpiride and cisapride on gastric emptying and symptoms in patients with functional dyspepsia and gastroparesis // Aliment. Pharmacol. Ther. 2000. Vol. 14, N 5. P. 561–569.
91. Marks D.M., Shah M.J., Patkar A.A. et al. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors for pain control: premise and promise // Curr. Neuropharmacol. 2009. Vol. 7, N 4. P. 331–336.
92. Mearin F., Rodrigo L., Perez-Mota A. et al. Levosulpiride and cisapride in the treatment of dysmotility-like functional dyspepsia: a randomized, double-masked trial // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2004. Vol. 2, N 4. P. 301–308.
93. Meyers C., Vranckx C., Elgen K. Psychosomatic disorders in general practice: comparisons of treatment with flupenthixol, diazepam and sulpiride // Pharmatherapeutica. 1985. Vol. 4, N 4. P. 244–250.
94. Moore R.A., Derry S., Aldington D. et al. Amitriptyline for neuropathic pain and fibromyalgia in adults // Coch. Database Syst. Rev. 2012. 12:CD008242.
95. Moore R.A., Straube S., Wiffen P.J. et al. Pregabalin for acute and chronic pain in adults // Coch. Database Syst. Rev. 2009. 3:CD007076.
96. Moreno S., Gili M., Magallon R. et al. Effectiveness of group versus individual cognitive-behavioral therapy in patients with abridged somatization disorder: a randomized controlled trial // Psychosom. Med. 2013. Vol. 75, N 6. P. 600–608.
97. Morriss R., Kai J., Atha C. et al. Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention // BMC Fam. Pract. 2012. Vol. 13. P. 39.
98. Mucci A., Nolfe G., Maj M. Levosulpiride: a review of its clinical use in psychiatry // Pharmacol. Res. 1995. Vol. 31, N 2. P. 95–101.
99. Muller J.E., Wentzel I., Koen L. et al. Escitalopram in the treatment of multisomatoform disorder: a double-blind, placebo-controlled trial // Int. Clin. Psychopharmacol. 2008. Vol. 23, N 1. P. 43–48.
100. Müller T., Mannel M., Murck H., Rahlfs V.W. Treatment of somatoform disorders with St. John's wort: a randomized, double-blind and placebo-controlled trial // Psychosom. Med. 2004. Vol. 66, N 4. P. 538–547.
101. Mundt A., Strohle A., Heimann H. et al. Pharmacoepidemiology of patients hospitalized for somatoform disorders in psychiatric hospitals and departments // Pharmacoepidemiol. Drug Saf. 2010. Vol. 19, N 7. P. 687–693.
102. Nezu A.M., Nezu C.M., Lombardo E.R. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained symptoms: a critical review of the treatment // Behav. Ther. 2001. Vol. 32. P. 537–683.
103. Nickel R., Ademmer K., Egle U.T. Manualized psychodynamic-interactional group therapy for the treatment of somatoform pain disorders // Bull. Menninger Clin. 2010. Vol. 74, N 3. P. 219–237.
104. Noyes R.Jr., Happel R.L., Muller B.A. et al. Fluvoxamine for somatoform disorders: an open trial // Gen. Hosp. Psychiatry. 1998. Vol. 20, N 6. P. 339–344.
105. Nüesch E., Häuser W., Bernardy K. et al. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis // Ann. Rheum. Dis. 2013. Vol. 72, N 6. P. 955–962.
106. Olde Hartman T.C., Lucassen P.L., van de Lisdonk E.H. et al. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? // Br. J. Gen. Pract. 2004. Vol. 54, N 509. P. 922–927.
107. Prins J.B., van der Meer J.W., Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome // Lancet. 2006. Vol. 367. P. 346–355.
108. Prueksaritanond S., Tubtimtes S., Pumkompol T., Sukying C. Psychotropic drug prescribing in the family medicine out-patient clinic, Ramathibodi Hospital // J. Med. Assoc. Thai. 2009. Vol. 92, N 2. P. 266–272.
109. Rahimi R., Nikfar S., Rezaie A. et al. Efficacy of tricyclic antidepressants in irritable bowel syndrome: a meta-analysis // World J. Gastroenterol. 2009. Vol. 15. P. 1548–1553.
110. Raine R., Haines A., Sensky T. et al. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? // BMJ. 2002. Vol. 325. P. 1082.
111. Rico-Villademoros F., Hidalgo J., Dominguez I. et al. Atypical antipsychotics in the treatment of fibromyalgia: a case series with olanzapine // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2005. Vol. 29, N 1. P. 161–164.
112. Rief W., Isaac M. Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate // Curr. Opin. Psychiatry. 2007. Vol. 20, N 2. P. 143–146.
113. Rosen N.L. Psychological issues in the evaluation and treatment of tension-type headache // Cur. Pain Headache Rep. 2012. Vol. 16, N 6. P. 545–553.
114. Rouillon F., Rahola G., Van Moffaert M. et al. Sulpiride in the treatment of somatoform disorders: results of a European observational study to characterize the responder profile // J. Int. Med. Res. 2001. Vol. 29, N 4. P. 304–313.
115. Ruepert L., Quartero A.O., de Wit N.J. et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome // Cochrane Database Syst. Rev. 2011. Vol. 8:CD003460.
116. Sainsbury A., Ford A.C. Treatment of irritable bowel syndrome: beyond fiber and antispasmodic agents // Ther. Adv. Gastroenterol. 2011. Vol. 4, N 2. P. 115–127.
117. Sattel H., Lahmann C., Gündel H. et al. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial // Br. J. Psychiatry. 2012. Vol. 200, N 1. P. 60–67.
118. Schmitz N., Kruse J. The relationship between mental disorders and medical service utilization in a representative community sample // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2002. Vol. 37, N 8. P. 380–386.
119. Schröder A., Fink P. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: organizational aspects and evidence-based treatment // Psychiatr. Clin. North Am. 2011. Vol. 34, N 3. P. 673–687.
120. Seidel S., Aigner M., Ossege M. et al. Antipsychotics for acute and chronic pain in adults // Cochrane Database Syst. Rev. 2013. 8:CD004844.
121. Serra J. Levosulpiride in the management of functional dyspepsia and delayed gastric emptying // Gastroenterol. Hepatol. 2010. Vol. 33, N 8. P. 586–590.
122. Shah E., Kim S., Chong K. et al. Evaluation of harm in the pharmacotherapy of irritable bowel syndrome // Am. J. Med. 2012. Vol. 125, N 4. P. 381–393.
123. Smith R.C., Dwamena F.C. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms // J. Gen. Intern. Med. 2007. Vol. 22, N 5. P. 685–691.

124. Smith R.C., Gardiner J.C., Lyles J.S. et al. Exploration of DSM-IV Criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms // Psychosom. Med. 2005. Vol. 67. P. 123–129.
125. Somashekar B., Jainer A., Wuntakal B. Psychopharmacotherapy of somatic symptoms disorders // Int. Rev. Psychiatry. 2013. Vol. 25, N 1. P. 107–115.
126. Song C.W., Chun H.J., Kim C.D. et al. Effects of levosulpiride in patients with functional dyspepsia accompanied by delayed gastric emptying // Korean J. Intern. Med. 1998. Vol. 13, N 1. P. 15–21.
127. Steinbrecher N., Koerber S., Frieser D., Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care // Psychosomatics. 2011. Vol. 52, N 3. P. 263–271.
128. Straube S., Moore R.A., Paine J. et al. Interference with work in fibromyalgia: effect of treatment with pregabalin and relation to pain response // BMC Musculoskelet. Disord. 2011. Vol. 12. P. 125.
129. Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies // Psychosom. Med. 2007. Vol. 69. P. 889–900.
130. Sykes R. The DSM-5 website proposals for somatic symptom disorder: three central problems // Psychosomatics. 2012. Vol. 53, N 6. P. 524–531.
131. Tang Q.L., Lin G.Y., Zhang M.Q. Cognitive-behavioral therapy for the management of irritable bowel syndrome // World J. Gastroenterol. 2013. Vol. 19, N 46. P. 8605–8610.
132. Toft T., Fink P., Oernboel E. et al. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study // Psychol. Med. 2005. Vol. 35, N 8. P. 1175–1184.
133. Tomenson B., McBeth J., Chew-Graham C.A. et al. Somatization and health anxiety as predictors of health care use // Psychosom. Med. 2012. Vol. 74, N 6. P. 656–664.
134. Tort S., Urrutia G., Nishishinya M.B., Walitt B. Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) for fibromyalgia syndrome // Cochrane Database Syst. Rev. 2012. 4:CD009807.
135. Trinkley K.E., Nahata M.C. Treatment of irritable bowel syndrome // J. Clin. Pharm. Ther. 2011. Vol. 36, N 3. P. 275–282.
136. Turkington D., Grant J.B., Ferrier I.N. et al. A randomized controlled trial of fluvoxamine in prostatodynia, a male somatoform pain disorder // J. Clin. Psychiatry. 2002. Vol. 63, N 9. P. 778–781.
137. Uceyler N., Sommer C., Walitt B., Häuser W. Anticonvulsants for fibromyalgia // Cochrane Database Syst. Rev. 2013. 10:CD010782.
138. Ueda N., Kodama Y., Hori H. et al. Two cases of burning mouth syndrome treated with olanzapine // Psychiatry Clin. Neurosci. 2008. Vol. 62, N 3. P. 359–361.
139. Vahedi H., Merat S., Momtahen S. et al. Clinical trial: the effect of amitriptyline in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. 2008. Vol. 27, N 8. P. 678–684.
140. Voigt K., Nagel A., Meyer B. et al. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 68, N 5. P. 403–414.
141. Volz H.P., Murck H., Kasper S., Möller H.J. St John's wort extract (LI 160) in somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial // Psychopharmacology (Berl). 2002. Vol. 164, N 3. P. 294–300.
142. Webb A.N., Kukuruzovic R.H., Catto-Smith A.G., Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome // Cochrane Database Syst. Rev. 2007. 4:CD005110.
143. Wiffen P.J., Derry S., Moore R.A. et al. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia – an overview of Cochrane reviews // Cochrane Database Syst. Rev. 2013.11:CD010567.
144. Wittchen H.U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies // Eur. Neuropsychopharmacol. 2005. Vol. 15. P. 357–376.
145. Zitman F.G., Linssen A.C., Edelbroek P.M., Van Kempen G.M. Does addition of low-dose flupentixol enhance the analgetic effects of low-dose amitriptyline in somatoform pain disorder? // Pain. 1991. Vol. 47, N 1. P. 25–30.

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ: МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

А.А. Прибытков, А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский, И.О. Юркова

В обзорной статье представлен анализ зарубежных научных публикаций, касающихся проблемы лечения соматоформных расстройств (СФР). В настоящее время наиболее убедительно продемонстрирован эффект антидепрессантов и когнитивно-поведенческой терапии в лечении СФР. В группе антиконвульсантов показана эффективность прегабалина и габапентина при соматоформных болевых синдромах (но не при других клинических вариантах СФР). Существуют предварительные данные о положительном эффекте антипсихотиков в терапии СФР. Ряд психотерапевтических подходов (психодинамическая терапия, гипнотерапия) представляются перспективными в лечении СФР, но эффективность этих методик требует уточнения.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, лечение, антидепрессанты, когнитивно-поведенческая терапия.

THERAPY OF SOMATOFORM DISORDERS: PHARMACOLOGICAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES

S.A. Pribytkov, A.N. Yerichev, A.P. Kotsyubinsky, I.O.Yurkova

This article offers a review of foreign publications on treatment of somatoform disorders. So far, there is an evidence of antidepressants and cognitive behavioural therapy positive effects in the treatment of somatoform disorders. As for antiepileptic drugs, recent research indicate the efficacy of pregabaline and gabapentine in somatoform pain syndromes (but not in other clinical variants of somatoform disorders). There are some preliminary data on positive effect of antipsychotics. Besides, a number of psychotherapeutic treatments (psychodynamic therapy, hypnotherapy) seem to be promising though their efficacy requires further investigation.

Key words: somatoform disorders, treatment, antidepressants, cognitive behavioural therapy.

Прибытков Алексей Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России; e-mail: pribytkov@bk.ru

Еричев Александр Николаевич – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Коцюбинский Александр Петрович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Юркова Ирина Олеговна – клинический ординатор кафедры психиатрии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России