

<https://doi.org/10.17116/jnevro20191190419>

## Расстройства тревожно-депрессивного спектра при воспалительных заболеваниях кишечника (психосоматические соотношения)

Л.В. РОМАСЕНКО<sup>1\*</sup>, В.М. МАХОВ<sup>2</sup>, М.А. ИСАЙКИНА<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия; <sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

**Цель исследования.** Систематика тревожно-депрессивных расстройств при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) с выявлением клинически значимых психосоматических соотношений. **Материал и методы.** В гастроэнтерологическом стационаре клинико-катамнестическим методом были обследованы 50 пациентов с ВЗК (у 32 был диагностирован язвенный колит, у 19 — болезнь Крона). **Результаты и заключение.** Психические расстройств, преимущественно аффективные (депрессии различной структуры и различного генеза) выявлены в 72% случаев. Имели место расстройства адаптации при личностной патологии, депрессии при циклотимии, биполярном расстройстве и шизофрении. Психосоматические соотношения зависели от этапа ВЗК и генеза аффективных расстройств. На этапе манифеста ВЗК преобладали соматогенные астенические расстройства, на дальнейших этапах течения — депрессии различной структуры с разными вариантами течения (рекуррентное, биполярное, приступообразное); психосоматические соотношения на последующих этапах течения ВЗК имели характер психосоматического балансирования. Отмечены тенденции конвергенции и дивергенции психических расстройств с текущим соматическим заболеванием. Наиболее тяжелые варианты соматического заболевания (непрерывное безремиссионное течение, резистентность к терапии) выявлены при коморбидности с эндогенными психическими расстройствами, что обусловлено в первую очередь недостаточностью рационального отношения пациентов к имеющемуся соматическому заболеванию, соответственно — проблемами комплаентности; это обстоятельство должно учитываться в процессе терапии.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания кишечника, расстройство адаптации, депрессия, шизофрения, психосоматические соотношения, коморбидные психические расстройства.

## Disorders of the anxiety-depressive spectrum in inflammatory bowel diseases (psychosomatic correlations)

L.V. ROMASENKO, V.M. MAKHOV, M.A. ISAYKINA

Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia; Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

**Objective.** To systemize anxiety-depressive disorders in patients with inflammatory bowel diseases (IBD) and to reveal clinically relevant psychosomatic correlations. **Material and methods.** Fifty inpatients with IBD, including 32 with ulcerative colitis and 19 with Crohn's disease, were examined using clinical and follow-up methods. **Results and conclusion.** Affective mental disorders (depressions of various structures of different genesis) were found in most (72%) of cases. Adaptation disorders in patients with personality pathology, depression in cyclothymia, bipolar disorder and schizophrenia were identified as well. Psychosomatic correlations depended on the stage of IBD and the genesis of affective disorders. Somatogenic asthenic disorders prevailed at the stage of IBD manifestation and depressions of different structure with different course (recurrent, bipolar, attack-like) at the further stages of IBD. The psychosomatic relations at the subsequent stages of IBD were characterized by psychosomatic balancing. There were tendencies of convergence and divergence of mental disorders with the current somatic disease. The most severe variants (chronic continuous course, resistance to therapy) were found in patients with comorbid endogenous mental disorders. This was primarily due to the lack of a rational attitude of patients to the somatic disease and, therefore, the low compliance that must be taken into account in the treatment.

**Keywords:** inflammatory bowel diseases, adjustment disorder, depression, schizophrenia, psychosomatic correlations, comorbid mental disorders.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) в соответствии с представлениями классической психосоматической концепции о психогенезе соматических болезней было принято трактовать как психосоматические заболе-

вания. В частности, при язвенном колите (ЯК), по мнению Ф. Александера [1], у больных с такими личностными особенностями, как сверхзависимость, тревожность, нарциссические установки, происходит нарушение структуры

личности, развитие аутодеструктивного суцидогенного компонента, атакующего кишечника; организм пытается освободиться от вредоносного инкорпорированного агента посредством диареи. В соответствии с результатами современных исследований [2–4] психосоматические симптомы могут быть проявлением текущих биологических процессов с вовлечением механизмов аутоиммунного воспаления и других сложных патофизиологических реакций на разных уровнях функционирования организма. К таким аутоиммунным заболеваниям со специфической клинической картиной в форме иммунного воспаления слизистой оболочки толстой и тонкой кишки и специфическими эндоскопическими и гистологическими синдромами относят ЯК и болезнь Крона (БК).

В последние годы положение о связи психических расстройств с процессом воспаления активно разрабатывается в рамках цитокиновой гипотезы происхождения депрессий [5, 6]. Так, при ВЗК в развитии заболевания основное значение придается аномальному иммунному ответу с хроническим провоспалительным состоянием, дисбалансу цитокинов с преобладанием провоспалительных воздействий, взаимодействию интестинальной микробиоты и расстройств оси мозг—кишечник. В результате механизмы, способствующие развитию депрессии, перекрывают ключевые механизмы в патогенезе ВЗК. Установлено, что частота психических расстройств, особенно депрессивных, у пациентов с ВЗК значительно выше, чем в популяции и у пациентов, страдающих другими хроническими заболеваниями [7]; распространенность депрессии при ВЗК в течение жизни достигает 27% против 12% в контрольной группе [8].

Гендерные различия не влияют на частоту депрессий при ВЗК, но показатели распространенности депрессии варьируют в зависимости от географического региона. Наиболее высокие показатели в Канаде, Скандинавии и Новой Зеландии связывают с удаленностью от экватора и, соответственно, недостатком инсоляции и витамина D как модулятора ВЗК и депрессий [9]. Другое направление исследования депрессий при ВЗК — выяснение соотношений между депрессией и этапом течения болезни. L. Kiripina и соавт. [10] при изучении 12 500 пациентов пришли к выводу, что развитие депрессии или тревоги за год и менее до установления диагноза ЯК свидетельствует о том, что эти два психических расстройства могут являться следствием ранних симптомов пока еще не диагностированного гастроинтестинального заболевания. Однако полученные данные совместимы также с гипотезой, согласно которой эти психические расстройства могут являться этиологическим фактором у некоторых пациентов с ЯК. Тревога или депрессия, диагностированные после установления диагноза ВЗК, чаще всего наблюдаются в течение года, возможное объяснение чему состоит в трактовке их как последствий ВЗК. В соответствии с результатами других исследований [4, 11] аффективные расстройства тревожно-депрессивного спектра, являясь синдромом ВЗК, отражают недостаточное физическое благополучие пациентов. О коморбидности депрессии и ВЗК могут свидетельствовать и такие данные, как необходимость хирургического лечения в течение 5 лет после начала болезни (у  $\frac{2}{3}$  больных с БК и у  $\frac{1}{3}$  больных с ЯК), риск развития депрессии при проведении кортикостероидной и иммуносупрессивной терапии, установленный более агрессивный фенотип ВЗК при коморбидной депрессии, повышенный риск рецидивов и уоро-

чение ремиссии, увеличение вероятности безуспешного лечения [8, 11].

Таким образом, к настоящему времени стало очевидным, что ВЗК и расстройства тревожно-депрессивного спектра представляют собой достаточно постоянную коморбидную патологию. Вместе с тем клиническая суть их взаимоотношения остается не до конца ясной — это расстройства соматогенные либо психогенные (нозогенные расстройства адаптации), возможно, эндогенные депрессивные в рамках биполярной аффективной патологии, шизофрении [12]. Не исключают также наличие общих механизмов патогенеза при развитии ВЗК и депрессии; предполагается, что ВЗК и биполярное расстройство связаны генетически [12]. Анализ исследований, посвященных психопатологическим аспектам заболевания, личностным характеристикам пациентов с ВЗК, оценке их качества жизни с учетом психических расстройств, свидетельствует о преимущественно психометрическом характере оценки без должного учета психического состояния пациентов, тогда как очевидно, что клинический подход позволяет прояснить также общие и частные аспекты психосоматических соотношений при ВЗК с междисциплинарных позиций. К непосредственно клиническим вопросам могут быть отнесены диагностика и терапия психических расстройств у больных с ВЗК, оценка влияния выявляемых психических расстройств на течение соматического заболевания. Пониманию общепатологических механизмов болезни в этих случаях может способствовать выяснение механизмов коморбидности обсуждаемых расстройств в зависимости от их происхождения.

Цель настоящего исследования — систематика расстройств тревожно-депрессивного спектра при ВЗК у пациентов гастроэнтерологического стационара для определения клинически значимых психосоматических соотношений.

## Материал и методы

В отделение гастроэнтерологии №2 Университетской клинической больницы №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (директор клиники — член-корр. РАН, проф. В.В. Фомин) с 2015 по 2018 г. были госпитализированы 60 пациентов с ВЗК, диагностированными на основании данных анамнеза, клинической картины и результатов лабораторно-инструментального обследования.

Для выявления расстройств тревожно-депрессивного спектра гастроэнтерологом проведена скрининг-диагностика с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS); применен также опросник оценки качества жизни (SF-36). С учетом полученных результатов скрининг-диагностики и в связи с нерациональным отношением пациентов к имеющемуся заболеванию (несоблюдение ими предписанного режима обследования, терапии), жалобами на неустойчивое, сниженное настроение, нарушенный сон врачами-гастроэнтерологами были направлены на консультацию к психиатру 50 пациентов (26 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 24 до 70 лет (средний возраст  $39,7 \pm 12,68$  года). Длительность катамнестического наблюдения — до 3 лет. В браке состояли 30 человек, 29 пациентов имели высшее образование.

На условиях информированного согласия пациенты осмотрены врачами-психиатрами. При психиатрическом обследовании использован клинко-психопатологический

метод для оценки выявленных расстройств в соответствии с критериями МКБ-10.

Полученные при обследовании данные анализировали методом описательной статистики, корреляционного и регрессионного анализа. Для парных сравнений между выборками непрерывного типа использовали непараметрический критерий Манна—Уитни, поскольку в большинстве случаев выборки, полученные в настоящем исследовании, не удовлетворяли условиям применимости критерия Стьюдента. Для оценки значимости связи между переменными, одна из которых имеет категориальный тип, а другая — непрерывный, использовали критерий Краскела—Уоллиса. Для оценки значимости связи между категориальными переменными применяли критерий  $\chi^2$ .

У 32 пациентов был диагностирован ЯК (16 женщин и 16 мужчин; средний возраст  $39 \pm 11,45$  года, средняя длительность болезни 6,3 года); у 18 — БК (10 женщин и 8 мужчин, средний возраст  $40,4 \pm 14,9$  года, средняя длительность болезни 13,3 года).

На этапе манифестации болезни были обследованы 5 пациентов (4 — с ЯК, 1 — с БК), на стадии хронического непрерывного течения — 11 (8 — с ЯК, 3 — с БК), на этапе рецидива хронической болезни — 34 пациента (20 — с ЯК, 14 — с БК). Ремиссия длительностью более двух лет имела место лишь у 5 пациентов. Внекишечные проявления отмечены у 10 пациентов, псевдополипоз — у 11, осложнения гормонотерапии — у 22, анемия — у 16, сочетание с другими аутоиммунными заболеваниями — у 10 пациентов. Тяжесть текущего состояния была оценена как легкая у 17 больных, среднетяжелая — у 15, тяжелая — у 6, ремиссия — у 12. Среди обследованных 46% были инвалидами в связи с соматическим заболеванием. Приведенные показатели свидетельствуют о тяжелом, требующем стационарного лечения контингенте больных.

## Результаты и обсуждение

Опросник SF-36 показал снижение качества жизни: физическая составляющая страдала больше у пациентов с БК, чем с ЯК (62,1 против 66,4,  $p < 0,05$ ), также ухудшение психического здоровья пациентов было более выражено при БК по сравнению с ЯК (60,01 против 64,2,  $p < 0,05$ ).

По шкале HADS уровень тревоги у пациентов с ВЗК составил в среднем 6,38 балла, при этом при БК он был выше, чем при ЯК (7,1 против 6,0,  $p < 0,05$ ). Депрессия ВЗК в среднем составила 4,2 балла, не было достоверных различий между пациентами с БК и с ЯК (4,2 против 4,1). Эти показатели свидетельствуют о вероятности наличия у больных легких тревожно-депрессивных расстройств.

Таким образом, в результате обследования психические расстройства выявлены у 36 (72%) из 50 пациентов с ВЗК, что значительно превышает удельный вес психических расстройств как в населении, так и в общей медицинской практике [8, 13] и может объясняться спецификой обследованного контингента — выборка тяжелых соматически больных стационара.

Во всех случаях выявляемые психические расстройства предшествовали началу соматической болезни. В 40% случаев (15 наблюдений) психическая патология была представлена личностными расстройствами преимущественно шизоидной структуры (по МКБ-10 рубрика F60.1), в единичных случаях — паранойальной (F60.0) и истероэзбудимой (F60.4); в 33% (12 наблюдений) — аффективными

расстройствами — депрессивными (F32, F43.2, F33.0, F31), гипоманиакальными (F31.0), в 27% (9 больных) — шизо-типическими (психопатоподобными) расстройствами (F21) с эксцентричным поведением, спонтанными расстройствами настроения, нарастающей аутизацией, эмоциональной дефицитарностью и расстройствами мышления. Подобная психопатологическая почва определяла специфическую совокупность проблем, прежде всего лечения обследованных больных, из-за особенностей субъективной картины имеющейся болезни.

В процессе совместного ведения больных гастроэнтерологом и психиатром на разных этапах течения ВЗК имели место и специфические диагностические проблемы. На этапе манифестации болезни у всех пациентов в клинической картине преобладали явления соматогенной астении вследствие общего истощения. Эта фасадная симптоматика маскировала базисное психическое расстройство (личностное, аффективное и др.). Соответственно, как показывает практика, участие психиатра в оказании медицинской помощи пациенту на этом этапе зачастую исчерпывается преимущественно психотерапевтическими беседами.

В последующем (по мере осознания тяжести заболевания) с развитием стойкого комплекса нозогенно обусловленных расстройств — нарушений сна, сниженного настроения, тревожных переживаний по поводу возможной инвалидизации, страха за жизнь — актуальное состояние больных оценивали уже с учетом перечисленной симптоматики. При этом в большинстве случаев в качестве ведущего расстройства при диагностике указывалась депрессия. В 4 наблюдениях имели место биполярные аффективные расстройства, при которых, помимо депрессивных на фоне текущего соматического заболевания, выявлялись и гипоманиакальные состояния с утратой критического отношения к болезни, соответственно с нарушением приверженности терапии. На этом этапе течения соматического заболевания фасадными становились уже перечисленные психогенно обусловленные расстройства; кроме того, диагностическую значимость приобретает и изначальная психическая патология, поскольку выявляется ее отчетливое патопластическое влияние на общую картину болезни — особенности психогенного реагирования, поведения в болезни. Соответственно на этом этапе в выборе лечебной стратегии по результатам дифференцированной оценки актуального состояния (характер приоритетной патологии, соматопсихических и психосоматических соотношений) становится очевидной необходимость участия в лечении и психиатра.

В процессе течения болезни появляется возможность верификации клинических закономерностей заболевания с учетом характера базисной психической патологии.

Эмоционально-волевые и поведенческие нарушения у пациентов с диагностированным личностным расстройством выявлялись уже с детского и подросткового возраста, что предопределяло проблемы их адаптации при обучении, в трудовой деятельности, субъективно сложных жизненных ситуациях. Аффективные расстройства тревожно-депрессивного спектра у этих пациентов развивались по механизмам расстройств адаптации (по МКБ-10 рубрика F43.2). В дальнейшем, по мере того как в процессе обследования заболевание квалифицировалось как ВЗК, на фоне выраженной соматогенной астении, пациенты с трудом адаптировались к болезни. Повторяющиеся стрессовые жизненные ситуации провоцировали у них по-

вторные обострения заболевания. Депрессивные расстройства у пациентов с личностной патологией были представлены тревожно-и астенодепрессивными расстройствами, которые по мере течения колита приобретали характер фаз, ассоциированных с соматическим заболеванием.

Выявленные у пациентов аффективные психические расстройства (рубрики по МКБ-10 — F34.0, F31 — циклотимия, биполярные расстройства) манифестировали также преимущественно в детском и подростковом возрасте. При коморбидности с биполярным расстройством отчетливая аффективная патология выявлялась значительно позднее, чем при циклотимии, — обычно в возрасте 30—35 лет; она также предшествовала манифесту колита (в среднем за 1—3 года); депрессивные и гипоманиакальные состояния носили отчетливо фазный, в том числе сезонный, характер. Депрессивные расстройства у этой категории пациентов были представлены в виде астенодепрессивных, тревожно-депрессивных, тревожно-фобических, тревожно-ипохондрических состояний; легких и умеренно выраженных.

В группе из 9 больных с установленным диагнозом «шизотипическое расстройство» (F21) в психиатрическом стационаре ранее лечились 3 больных, в остальных случаях диагноз был установлен впервые в терапевтическом стационаре (подтвержден катamnестически по данным психиатрического наблюдения). Психическое состояние у этих пациентов определялось психопатоподобными и дефицитарными расстройствами в виде чужаковости, эмоциональной парадоксальности и уплощения, нарушений мышления с резонерством, паралогичностью, сверхценными переживаниями, подозрительностью, конфликтностью, спонтанными расстройствами настроения. Из-за нарушений критических функций, патологической ригидности при отстаивании собственных представлений об имеющейся у них болезни пациенты отличались неустойчивостью приверженности терапии либо вообще отказывались от предписываемого лечения, предлагая «альтернативные» его варианты. Закономерности течения эндогенного заболевания определяли и специфические психосоматические соотношения в картине болезни — своего рода параллельное течение соматического заболевания и психического расстройства, психосоматическое балансирование, кроме того, отчетливое патопластическое влияние психического расстройства на клиническую картину соматической болезни.

Депрессии при шизотипическом расстройстве развивались как параллельно с обострением колита, так и вне его. Структура расстройств настроения при этом была значительно сложнее, чем в группе пациентов с личностной и аффективной патологией. Выявлялись тревожно-депрессивные, истеродепрессивные, смешанные аффективные расстройства с преобладанием депрессивного полюса, депрессии с тревожно-фобическими и паническими рас-

стройствами, депрессии с дисморфофобией, ипохондрическими расстройствами.

По результатам проведенного клинико-статистического анализа всей выборки обследованных (50 наблюдений) установлено, что тяжесть течения соматического заболевания коррелирует с характером базисной психической патологии (критерий  $\chi^2$  максимального правдоподобия;  $p=0,042$ ). Так, во всех случаях тяжелого течения соматического заболевания у пациентов выявлено базисное эндогенное психическое расстройство (циклотимия, биполярные расстройства, шизотипическое расстройство). При ВЗК с умеренной активностью оно имело место в трети наблюдений (преимущественно личностные), а в группе пациентов с легкими вариантами течения соматического заболевания базисная психическая патология, как правило, отсутствовала. Приведенные данные могут свидетельствовать о наличии коморбидной связи между ВЗК и психическими расстройствами определенного спектра. Это положение перспективно для дальнейшего прицельного исследования. На данном этапе работы несомненным представляется тот факт, что базисная психическая патология существенно влияет на клиническое оформление ВЗК, обуславливая его специфическую атипичность. Основная же клиническая проблема в этих случаях, как показывает повседневная практика, заключается в трудностях реализации адекватной лечебной тактики из-за особенностей отношения пациентов к имеющейся болезни.

Таким образом, проведенный клинический анализ позволяет подтвердить данные о высокой частоте у больных ВЗК психических расстройств гетерогенного происхождения — базисных и выявляющихся на последовательных этапах соматического заболевания (соматогенных, психогенных). Эти расстройства имеют различную структуру, динамику и связь с соматическим заболеванием. Для диагностики, определения лечебной тактики важно, что психосоматические соотношения, определяющие суть коморбидной патологии, меняются в процессе клинической динамики. На начальном этапе болезни они могут быть обозначены как симптоматические (при становлении соматогенных, психогенных расстройств). В дальнейшем закономерности становления коморбидной патологии определяются психосоматическим балансированием с конвергенцией либо дивергенцией расстройств, ее составляющих.

Повседневная практика свидетельствует о необходимости междисциплинарного подхода при обследовании и терапии пациентов с ВЗК. При этом клинический психопатологический метод, предполагающий оценку анамнеза, психического состояния в динамике, позволяет выявить в каждом конкретном случае заболевания психосоматические и соматопсихические соотношения, значимые для обоснования лечебной тактики.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Александр Ф. *Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение*. Пер. с англ. М. 2002. [Alexander F. *Psychosomatic medicine. Principles and practical application*. Per. from english. M. 2002. (In Russ.)].
2. *Атлас. Воспалительные заболевания кишечника: диагностика и лечение*. Под ред. Халифа И.Л., Шельгина Ю.А. СПб. 2017. [Atlas. *Vospalitelnyye zaboлевaniya kishhechnika: diagnostika i lechenie*. Pod red. Khalifa I.L., Shelygina Yu.A. SPb. 2017. (In Russ.)].
3. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов в России по диагностике и лечению язвенного колита. *Колопроктология*. 2017;1(59):6-30. [Ivashkin VT, Shelygin YuA. Clinical guide of Russian association of gastroenterology and Russian association of coloproctology on diagnostics and treatment of the ulcerative colitis. *Coloproctology*. 2017;1(59):6-30. (In Russ.)].

4. Martin-Subero M, Anderson G, Kanchanatawan B, Berk M, Maes M. *Comorbidity between depression and inflammatory bowel disease explained by immune-in oxidative, and nitrosative stress; tryptophan catabolite; and gut-brain pathwaes CNS spectra*. 2016;21:184-198. Cavbridge University Press 2015. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000449>
5. Willhawska A, Picula M, Rynkiewicz A, Szulc-Wdowczyk J, Frronkowski P, Landowski J. Increased plasma pro-inflammatory cytokine concentrations after myocardial infarction and the presence of depression during next 6-months. *Psychiatr Pol.* 2015;49:3:455-464. <https://doi.org/10.12740/PP/33179>
6. Nowakowski J, Chrbac AA, Dudek D. Psychiatric illnesses in inflammatory bowel disease — psychiatric comorbidity and biological underpinnings. *Psychiatr Pol.* 2016;50:6:1152-1166. <https://doi.org/10.12740/PP/62382>
7. Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut.* 1987;28(12):1600-1604.
8. Walker JR, Ediger JP, Graff LA, Greenfeld JM, Clara I, Lix L, Rawsthorne P, Miller N, Rogala L, McPhail CM, Bernstein CN. The Manitoba IBD cohort study of the prevalence study of lifetime and 12-month anxiety and mood disorders. *Am J Gastroenterol.* 2008;103:1989-1992. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2008.01980.x>
9. Kerr DC, Zava DT, Piper WT, Saturn SR, Frei B, Gombart AF. Associations between vitamin D levels and depressive symptoms in healthy young adult women. *Psychiatry Res.* 2015;227(1):46-51. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.016>
10. Kurina LM, Goldacre MJ, Yeates D, Gill LE. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:10:716-720.
11. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Oefflerbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M, Tillinger W, Gangl A, Moser G. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med.* 2004;66(1):79-84.
12. Eaton WW, Pedersen MG, Nilsen PR, Mortensen PB. Autoimmune diseases, bipolar disorders, and non-affective psychosis. *Bipolar Disord.* 2010;12(6):638-646. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00853.x>
13. Ромасенко Л.В. *Психосоматические расстройства в общей медицинской практике*. М. 2016. [Romassenko LV. *Psychosomatic disorders in general medical practice*. М. 2016. (In Russ.)].

Поступила 15.10.18

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ**

*Ромасенко Любовь Владимировна* — д.м.н., проф., руководитель отделения психосоматических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: lromassenko@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3586-6336>

*Махов Валерий Михайлович* — д.м.н., проф. кафедры факультетской терапии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет); e-mail: makhov-dok@mail.ru

*Исайкина Мария Алексеевна* — аспирант кафедры факультетской терапии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет); e-mail: manon\_17@mail.ru

*Romasenko L.V.* — PhD, Professor, Head of the Department of Psychosomatic Disorders of Sersky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: lromassenko@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0000-0002-3586-6336>

*Makhov V.M.* — PhD, Professor of the Department of Internal diseases №1 of Sechenov First Moscow State Medical University, Russia, Moscow; e-mail: makhov-dok@mail.ru

*Isaykina M.A.* — post-graduate student of the Department of Internal Diseases №1 of Sechenov First Moscow State Medical University, Russia, Moscow; e-mail: manon\_17@mail.ru