

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Богушевская
Юлия Владимировна

**Соматизированное расстройство у женщин, проживающих в сельской
местности: клинические и психосоциальные аспекты**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, доцент
Васильева Анна Владимировна

Курск – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	20
1.1. Соматизированное расстройство как невротическое расстройство, манифестирующее в соматической плоскости: от истерии к телесному дистрессу	20
1.2. Особенности соматизированного расстройства у городского и сельского населения: клинические проявления и индивидуально-психологические характеристики.....	44
1.3. Индивидуально-психологические характеристики и их роль в манифестации невротических расстройств в соматической плоскости.....	50
1.4. Проблема самостигматизации при соматизированном расстройстве	63
1.5. Сложности оказания психиатрической помощи и проблема преемственности в терапии соматизированного расстройства	72
ГЛАВА II. ДИЗАЙН, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	88
ГЛАВА III. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.....	115
3.1. Особенности клинических проявлений соматизированного расстройства у женщин, проживающих в сельской местности (варианты и подтипы).....	115
3.1.1. Клинические варианты и подтипы соматизированного расстройства у жительниц сельской местности.....	124
3.1.2. Коморбидные с соматизированным расстройством соматические заболевания и психические расстройства.....	129
3.2. Клинико-динамические особенности соматизированного расстройства и адаптационного образа болезни (адаптациогенез соматизированного расстройства).....	133
3.3. Роль клинических вариантов и подтипов соматизированного расстройства в формировании «избегающего врача-психиатра поведения»	154

3.4. Результаты применения метода группового учета аргументов исследования показателей соматизации, дистресса, депрессии, тревоги и кластеров соматизированного расстройства	156
3.5. Социально-психологические характеристики, условия воспитания, особенности переработки соматосенсорной и эмоциональной информации у женщин с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности.....	163
3.6. Особенности информационного поведения больных соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности.....	177
ГЛАВА IV. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОК С СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ	182
4.1. Личностные особенности пациенток с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности	182
4.2. Особенности личностной идентичности и ее деформации под влиянием соматизированного расстройства.....	193
ГЛАВА V. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.....	195
5.1. Клинико-психологические проявления феномена самостигматизации ..	195
5.2. Особенности феномена самостигматизации и мотивационных установок у пациенток с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности.....	199
ГЛАВА VI . ПРИЕМЛЕМОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ПАЦИЕНТОК С СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ, ОТНОШЕНИЕ К ТЕРАПИИ И МОДЕЛИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ	214
6.1. Психологические факторы, влияющие на приемлемость психиатрической помощи пациенток с соматизированным расстройством	214
6.2. Особенности приверженности терапии больных соматизированным расстройством	219
6.3. Установки на лечение у больных соматизированным расстройством	224
6.4. Регрессионная модель влияния клинических и индивидуально-психологических характеристик пациенток с СР на продолжительность «избегающего врача-психиатра поведения».....	230

6.5. Модели внутренней картины заболевания у больных соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности.....	233
ГЛАВА VII. ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И АЛЕКСИТИМИИ.....	241
7.1. Особенности эмоционального интеллекта больных соматизированным расстройством	241
7.2. Взаимосвязь алекситимии и эмоционального интеллекта у женщин с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности....	249
ГЛАВА VIII. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С МОДУЛЕМ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ).....	256
8.1. Программа рациональной психотерапии с модулем психообразования для женщин с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности.....	256
8.2. Оценка эффективности проведения программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» для женщин с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности.....	275
ГЛАВА IX. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	292
ВЫВОДЫ	311
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	316
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	318
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	321
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	323

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертационного исследования

Соматизированное расстройство (СР) характеризуется полиморфными вегето-соматическими симптомами, выраженным беспокойством о здоровье, активным стремлением обращаться за медицинской помощью к специалистам соматических специальностей и отказом от профильной помощи, что определяет его трудности диагностики и терапии, а также серьезное экономическое бремя для системы здравоохранения (Ахапкин Р.В., 2014; Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г., 2018; Волель Б.А., 2019; Иванов С.В., Воронова Е.И., 2021; Петрова Н.Н., 2024; Al-Qadhi W. et al., 2014; van der Feltz-Cornelis C.M. et al., 2018; Nadine J. Pohontsch et al., 2021). Этот термин пришел на смену истерии, синдрому множественных жалоб П. Брике из-за многолетней чрезмерной стигматизации этого диагноза, как морального недостатка, проявляющегося симуляцией. Противоречивая оценка симптомов, негативное дискриминирующее отношение к пациенткам, как к «истеричкам» приводит к неверной интерпретации симптомов и постановке различных диагнозов разными специалистами, а также ятрогенному усилению основных симптомов СР. Данная нозология редко становится предметом исследования, в настоящее время отсутствуют данные о клинических вариантах и типах течения СР, их описание в руководствах носят общий, размытый характер, что определяет высокую актуальность, практическую востребованность и новизну данного исследования.

Проблема кадрового дефицита в сфере оказания психиатрической помощи приводит к её низкой доступности для больных сельской местности (Давидов Д.Р. и др., 2024; Aggarwal R. et al., 2022; Darmawan W. et al., 2023). Активное развитие цифровой медицины и телемедицины в частности в

значительной степени повышает доступность качественной медицинской помощи для всех жителей РФ, независимо от места проживания (Костюк Г.П., Масякин А.В., 2018; Семенова Н. В. , 2021; Чехонадский И. И., 2023; Голубев С.А., 2024). Это означает, что специалисты из крупных медицинских центров будут оказывать помощь пациентам, в том числе из сельской местности, о психологических, социальных и культуральных особенностях которых они недостаточно осведомлены, что требует активного изучения этого контингента больных.

В настоящее время особое внимание уделяется развитию культуральной деликатности у специалистов в области психического здоровья как важного профессионального навыка, это подразумевает учет социального и культурального контекста пациентов, обращающихся за медицинской помощью (Цыганков Б.Д. с соавт., 2018; Al Busaidi Z.Q., 2010). Для сокращения разрыва между наукой и практикой делается акцент на необходимости проведения исследований за пределами ведущих университетских клиник, где изучается избирательный контингент пациентов, что ограничивает применимость результатов для всего населения в целом. Одним из актуальных исследовательских пробелов является население сельской местности, в Российской Федерации это несколько десятков миллионов человек. Проведенные ранее исследования убедительно показали, что презентация соматических симптомов и внутренняя картина болезни в значительной степени определяется культуральным контекстом (Hausteiner-Wiehle C. et al., 2011; Zheng D. et al., 2025).

Активное развитие прецизионной и персонализированной медицины, в том числе и в психиатрии, ставит перед специалистами новые задачи, не только разрабатывать новые эффективные способы диагностики и лечения, но и проводить исследования на специфичных выборках для разработки высокоточных интервенций, ориентированных на конкретный контингент

(Васильева А.В., 2018; Ballering A.V. et al., 2025 Agarwal S.K., Nagaraj A.K.M., 2025).

СР, изначально описывалось, как болезнь молодых женщин (Briquet P., 1859), поэтому современное полоспецифичное исследование имеет важное значение для уточнения особенностей клинической феноменологии, формирования внутренней картины болезни, самостигматизации, именно термин «истеричка» всегда имел конкретную коннотацию, ассоциированную с полом, выделения причин позднего обращения за психиатрической помощью, а также способствовать повышению точности диагностики и обоснованности выбора лечебной тактики (Meena P.S. et al., 2022; Moniem I., Kafetzopoulos V., 2025; Попов, М. Ю. et al., 2026). Таким образом, может быть разработана более дифференцированная модель оказания помощи, ориентированная на индивидуальные клинико-психопатологические и индивидуально-психологические характеристики пациенток с СР.

Степень разработанности темы исследования

Пациенты с невротическими расстройствами, манифестирующими в соматической плоскости редко становятся предметом исследования, довольно часто подвергаются стигматизации, примером этого может быть обозначение СР в соматической медицине как синдром необъяснимых соматических жалоб, что скорее указывает на негативное пренебрежительное отношение к данной категории пациентов, а не на стремление подробно изучить специфические клинические особенности соматизации (Ballering A.V. et al., 2025). Стигматизация пациентов с СР приводит к негативным последствиям в интерпретации психопатологической картины и оценке значимости симптомов СР. Если для дестигматизации диагнозов тяжелых психических расстройств в последнее время было сделано очень много, то пациенты с СР остались вне поля зрения специалистов (Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д., 2017; Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., 2017; Антохин Е.Ю. и др., 2019).

П. Брике, который первым описал на основании большого клинического лонгитюдного исследования синдром множественных жалоб, связывал его развитие с нарушениями функционирования головного мозга, обуславливающей дисрегуляцию работы внутренних органов у молодых женщин с личностными особенностями. Следует отметить, что исследования последних лет (Солдаткин В.А., Солдаткина С.В., 2023; Лаврова В.А. с соавт., 2026), в том числе с использованием сетевого анализа, оценивающие расстройство как систему взаимосвязанных симптомов, продемонстрировали достаточную валидность диагноза СР (Voigt et al., 2010; Löwe B. et al., 2022; Zhang M., 2023).

За последние десятилетия СР довольно редко становилось предметом исследования, большинство работ посвящено изучению группы соматоформных расстройств в целом. Следует отметить, что на сегодняшний день до сих пор не разработаны клинические рекомендации по данной нозологии, что очевидно связано с дефицитом работ, описывающих особенности клинической картины и дифференциальной диагностики. В недостаточной степени разработаны терапевтические подходы (Романов Д. В., Волель Б.А., Петелин Д.С., 2018; Медведев В.Э. с соавт., 2020; Иванов С.В., Воронова Е.И., 2021; Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., 2021; Курасов Е.С., 2022; Костюк Г.П., 2023; Абриталин Е.Ю., 2024; Менделевич, В.Д., 2024; Софронов А.Г., 2024; Löwe B. et al., 2024).

Проведенный анализ литературы показал практически полное отсутствие работ по изучению СР у сельского населения, отсутствуют исследования на полоспецифических выборках (Демчева Н.К., Орлова Н.В, 2011; Золотарева Л.С., Масякин А.В., 2019; Васильева А.В., Караваева Т.А., 2020; Бохан Н.А. . и др., 2025; Morales D. A. et al., 2020).

Цель исследования – изучение клинико-динамических особенностей соматизированного расстройства у женщин, проживающих в сельской местности, с выявлением индивидуально-психологических и социальных

факторов, ассоциированных с поздним обращением за психиатрической помощью, и разработкой дифференцированных подходов к их диагностике и психотерапии.

Задачи исследования:

1. Представить научно обоснованную клиническую феноменологию СР, основные клинические подтипы и варианты, динамику течения с учетом результатов анализа клинико-психопатологических, клинико-анамнестических и психометрических данных, оценивающих выраженность тревоги, депрессии, соматизации и общего дистресса.

2. На основании клинических и клинико-психопатологических данных выделить основные варианты коморбидных состояний с перекрестными с СР симптомами для повышения эффективности диагностики «синдрома необъяснимых соматических жалоб» и выявить наиболее частые сочетания СР и соматической патологии.

3. На основании комплексного психодиагностического анализа индивидуально-психологических (личностных профилей и вариантов идентичности) и социально-психологических характеристик, выявить особенности, способствующие манифестации невротических расстройств в соматической плоскости у пациенток с СР, проживающих в сельской местности.

4. Изучить особенности индивидуального (персонального) отношения к диагнозу СР в существующей системе медицинской помощи, основные модели отношения к болезни, особенности проявления самостигматизации и приверженности рекомендованному лечению у пациенток с СР, проживающих в сельской местности, и оценить их влияние на позднее обращение за специализированной помощью.

5. На основании данных клинико-психопатологического и психодиагностического обследования провести сравнительный анализ клинических и индивидуально-психологических характеристик пациенток с СР

с разным уровнем готовности обращаться к специалистам в области психического здоровья.

6. Разработать прогностическую модель «избегающего врача-психиатра поведения», построенную на информативных признаках, ассоциированных с продолжительностью отказа от профильной помощи, с целью ранней идентификации труднокурабельных пациенток с СР в первичном звене здравоохранения и нуждающихся в изменении стандартной траектории маршрутизации.

7. На основании выявленных специфических клинических, индивидуально-психологических, социально-психологических характеристик и личностных профилей женщин с СР, проживающих в сельской местности, разработать и апробировать программу персонализированной рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса».

8. Разработать систему совершенствования помощи больным с невротическими расстройствами, манифестирующими в соматической плоскости, включающую прицельную, научно обоснованную, усовершенствованную диагностику на основе выделенных клинических особенностей, построение отношений врач-пациент с учетом описанных индивидуально-психологических особенностей и отношения к расстройству, маршрутизацию с учетом результатов регрессионной модели и апробированного мишенецентрированного психотерапевтического лечения.

Для достижения указанной цели был выбран Центральный Федеральный Округ в связи с высокой плотностью населения для получения репрезентативных данных, где проживают типичные представители сельского населения России без выраженного этнического разнообразия для обеспечения культуральной гомогенности выборки.

Научная новизна

Впервые представлена работа по изучению СР, выполненная на полоспецифической выборке.

Проведенное исследование носит пионерский характер, выполнено в условиях реальной клинической практики и посвящено многомерному описанию специфики СР у жительниц сельской местности, результаты которого могут иметь важное значение для разработки персонализированного культурально-сенситивного подхода в оказании профильной помощи этой категории пациентов.

Впервые собраны и проанализированы клинические, индивидуально-психологические и социально-психологические особенности СР у жительниц сельской местности. Настоящая работа представляет собой многоплановый анализ клинических, клинико-динамических и индивидуально-психологических аспектов СР.

Впервые описаны группы факторов, препятствующих своевременному обращению к специалистам в области психического здоровья, подчеркнута роль клинических вариантов СР в формировании «избегающего врача-психиатра поведения», представлены взаимосвязи между психологическими особенностями и СР в контексте динамических вариантов адаптационного образа болезни.

Впервые выделены индивидуально-психологические особенности пациенток с СР, проживающих в сельской местности, а именно личностные профили, варианты идентичности, а также феномена самостигматизации, деформирующего идентичность под влиянием имеющегося расстройства.

На основе анализа симптоматических проявлений СР и индивидуально-психологических особенностей и отношения к расстройству разработана и апробирована программа рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» для больных СР.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Результаты диссертационного исследования позволяют получить экспериментальные данные о клиническом своеобразии СР у жительниц сельской местности, их клинических вариантах, особенностях течения,

включении симптомов в систему значимых отношений пациенток. Полученные результаты дают возможность оценить взаимодействие клиничко-психопатологических и индивидуально психологических факторов у жительниц сельской местности, страдающих СР, а также их влияние на приемлемость психиатрической помощи, решить задачи выявления факторов позднего обращения больных СР в психиатрические учреждения. Представленные в работе клиничко-динамические, индивидуально-психологические особенности течения СР у жительниц сельской местности позволяют расширить представления о причинах непрофильного обращения больных в первичную медицинскую сеть и предложить рекомендации для оптимизации помощи этим пациенткам.

Обозначенные взаимосвязи клиничко-динамических особенностей СР, клиничко-психологических аспектов и длительности феномена «избегающего врача-психиатра поведения» уточняют представления о СР как способе патологической адаптации и поддержания интрапсихического гомеостаза и дают основу для их правильной психопатологической оценки специалистами и оптимизации профильной маршрутизации больных, профилактике хронизации заболевания и нарушений социальной адаптации.

В работе составлен среднестатистический портрет пациенток с СР, проживающих в сельской местности, что дает информацию для специалистов, проводящих телемедицинские консультации, о специфике контингента данных пациенток. С учетом того, что основные центры телемедицинских консультаций находятся в крупных городах это может существенно помочь преодолеть разрыв между научными центрами и рутинной практикой. Полученные в исследовании данные об индивидуально-психологических и социально-психологических характеристиках этих пациенток становятся основой для построения эффективного культурально-сенситивного терапевтического альянса между специалистом и пациентом с различным средовым опытом.

Представленные в работе типичные констелляции симптомов и клинические варианты СР у жительниц сельской местности вносят значимый вклад в позитивную диагностику данной группы невротических расстройств, поскольку впервые у специалистов появилась возможность познакомиться с их типичной картиной в условиях сельской местности, что в значительной степени может способствовать повышению скорости и точности диагностики СР и преодолению стигмы «необъяснимых симптомов», закрепившейся за СР.

Интерпретация результатов с применением множественной линейной регрессии позволили построить математическую формулу, представленную уравнением прогноза, которая дает возможность определить вероятность формирования избегающего врача-психиатра поведения у пациентов, обратившихся в учреждения первичной медико-социальной помощи.

Предложенная программа рациональной психотерапии с модулем психообразования для больных соматизированным расстройством «Школа соматического стресса» может быть рекомендована как мишенецентрированная интервенция для данной категории больных.

Теоретико-методологическая основа диссертации

Теоретическим обоснованием исследования являются современные концепции психосоматической медицины как основа для понимания невротических расстройств, манифестирующих в соматической плоскости (Гиндикин В.Я., 2000; Аведисова А.С., Ахапкин Р.В., 2005; Смулевич А.Б., 2007; Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2014а; Яхно Н.Н. и др., 2014; Вельтищев Д.Ю., 2016; Александровский Ю.А. и др., 2018), отечественные концепции невротогенеза (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1990; Ромасенко Л.В., 1993; Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., 2021; Караваева Т.А., Васильева А.В., 2022; Самушия М.А. и др., 2025) и представления зарубежных ученых о соматоформных расстройствах и соматизации (Barsky A.J., Klermann G.L. 1983; Guze S.B., 1986; von Uexkull T., 1986; Escobar J.I. et al., 1998; Kapfhammer H.P., 2008).

Проанализированы подходы, предложенные отечественными исследователями в отношении оптимизации организации и оказания психиатрической помощи больным с непсихотическими психическими расстройствами в учреждениях общесоматической сети, первичного звена здравоохранения (Андрющенко А.В., 2011; Холмогорова А.Б. с соавт., 2014; Костюк Г.П., Масякин А.В., 2018; Васильева А.В., 2019; Бобров А.Е., 2020; Петрова Н.Н., 2024), а также принципы проведения доказательных исследований в психиатрии (Ахапкин Р.В., 2014; Крупицкий Е.М., 2018).

Выявление причинно-следственных связей между личностно-психологическими и психопатологическими факторами проводилось в русле отечественных подходов изучения психологии лечебного процесса (Ташлыков В.А., 1984) с акцентом на феномене самостигматизации и учетом полученных данных в психиатрической практике последних лет (Ястребов В.С. с соавт., 2009; Положий Б.С., Руженкова В.В., 2016; Автономов Д.А., Михайлов М.А., 2017; Лутова Н.Б. и др., 2019; Антохин Е.Ю., 2022), в том числе при проведении программ дестигматизации (Практикум... / под ред. Гуровича И.Я., Шмуклера А.Б., 2007).

Исследование проводилось в соответствии с этическим стандартом Хельсинкской декларации ВМА (протоколы заседания Комитета по этике Курского государственного медицинского университета №3 от 3.06.2009 г., № 4 15.02.2022 г.).

Методология исследования

Гипотеза исследования СР является невротическим расстройством, манифестирующим полиморфными функциональными симптомами в соматической плоскости, что определяет ориентацию пациентов на помощь в общемедицинской сети под влиянием самостигматизирующего воздействия психиатрического диагноза в сельской местности. На основании многомерной клинической и психодиагностической оценки возможно прогнозировать длительность избегания профильной помощи и выделять группы трудных

пациенток, требующих дополнительной помощи. Разработка мишенецентрированных психотерапевтических программ, учитывающих симптоматические особенности и индивидуально-психологические характеристики может существенно улучшить помощь пациенткам с СР.

Методы исследования. Для комплексного клинико-психопатологического, психодиагностического анализа индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик женщин с СР, проживающих в сельской местности, при проведении эмпирического исследования были использованы клинический, клинико-психопатологический (с целью дифференциальной диагностики использовались принципы позитивной и негативной диагностики невротических расстройств), клинико-анамнестический, психометрический, экспериментально-психологический и математико-статистический методы.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Пациентки с СР, проживающие в сельской местности, представляют собой клинически гетерогенную группу с высоким уровнем сочетаемости с другими психическими расстройствами. Преобладание телесного дистресса и функционального характера нарушений требует тщательного персонализированного подхода с соблюдением принципов позитивной и негативной диагностики. Существуют различные типы клинико-динамического течения СР – непрерывный, характеризующийся неблагоприятным прогнозом, ундулирующий и периодический, который отличается более высоким адаптационным потенциалом у больных СР.

2. Пациенты с СР имеют высокий уровень дистресса, который за счет выраженной соматизации преимущественно определяет доминирование сомато-вегетативных проявлений тревожного и депрессивного синдромов, что затрудняет их своевременную диагностику в условиях сельской местности.

3. Фиксация на сомато-вегетативных составляющих имеющегося невротического расстройства представляет собой вариант

псевдоадаптациогенеза к развитию и течению имеющегося расстройства, который негативно влияет на своевременное обращение за специализированной помощью.

4. Существуют взаимосвязи параметров отношения к болезни и уровня самостигматизации, определяющие модели соматоцентрической внутренней картины болезни у больных СР (жителей сельской местности), длительно не обращавшихся за специализированной психиатрической помощью. Информационное поведение пациентов с СР как образ действий по поиску, сбору и использованию информации относительно имеющихся жалоб зависит от социально-демографических характеристик и влияет на формирование когнитивной составляющей модели болезни.

5. Комплекс индивидуально-психологических характеристик, таких как личностная тревожность, уровень алекситимии и особенности эмоционального интеллекта, определяют переработку сомато-сенсорной и эмоциональной информации и формирование представлений о природе имеющихся нарушений у пациентов с СР, проживающих в сельской местности.

6. Самостигматизация как значимая составляющая идентичности в значительной степени влияет на отказ пациентов обращаться к специалистам в области психического здоровья, особенно в условиях сельской местности, где отсутствуют возможности анонимности большого города. Разработанная прогностическая модель продолжительности «избегающего врача-психиатра поведения», в зависимости от клинических и индивидуально-психологических характеристик пациентов с СР, сможет помочь врачам первичной медико-санитарной помощи (невролог, терапевт, кардиолог) своевременно выявить и направить больных к специалистам в области психического здоровья.

7. Пациенты с СР нуждаются в модификации стандартных психотерапевтических протоколов для лечения тревожных расстройств, с опорой на дидактический психотерапевтический стиль, усиление рационального мышления, акцента на соматическом дистрессе в блоке

симптоматических мишеней и включении самостигматизации в личностный блок психотерапевтической программы.

Степень достоверности и апробация работы

Степень достоверности обеспечивалась автором путем проведения эмпирического кросс-секционного комплексного клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследования, выполненного на достаточном клиническом материале с использованием обоснованных методов статистической обработки данных.

Результаты работы докладывались на XVI Съезде психиатров России (г. Казань, сентябрь 2015 г.); XVII Съезде психиатров России (г. Санкт-Петербург, май 2021 г.); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и медицинской психологии», посвященной памяти профессора А.В. Погосова (Курск, 16-17 мая 2022 г.); 23rd WPA World Congress of Psychiatry (28 September – 1 Oktober 2023, Vienna, Austria); Международной конференции «Университетская наука: взгляд в будущее», посвященная 89-летию Курского государственного медицинского университета (8-9 февраля, 2024); III Всероссийской научно-практической конференции «Психические расстройства: глобальные вызовы современности, междисциплинарные аспекты», посвященной 90-летию Курского государственного университета, приуроченной к Году защитника Отечества (12.11.2025, г. Курск); XVIII Съезде психиатров России «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы — новые возможности» (20.05.2026, г. Санкт-Петербург); заседании Проблемной комиссии по специальности «Психиатрия» ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (выписка из протокола заседания №7 от 25.09.2025).

Публикация результатов исследования.

По теме диссертации опубликованы 38 печатных работ, в том числе 17 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени

доктора наук, 3 методические рекомендации и пособия для врачей и 1 монография.

Внедрение результатов исследования

Материалы диссертации вошли в учебные рабочие программы, включены в лекционные курсы дисциплин «Психиатрия, медицинская психология» для студентов педиатрического факультета, «Психиатрия» факультета клинической психологии, «Психиатрия-наркология» (ординатура), программы повышения квалификации специалистов в системе непрерывного медицинского образования, проводимых на кафедрах психиатрии и психосоматики, внутренних болезней института непрерывного образования, поликлинической терапии и общей врачебной практике ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. Результаты диссертации внедрены в работу БУЗ Орловской области «Орловский психоневрологический диспансер», ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», ГУЗ «Городская больница №10 г. Тулы», ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеймона».

Личный вклад соискателя

Автором самостоятельно проведен анализ российских и международных исследований по теме диссертационного исследования, разработан дизайн исследования, выполнено комплексное обследование пациентов при помощи самостоятельно созданной базы данных с последующим анализом результатов. Доля участия в подготовке и сборе данных 95%, в статистическом анализе 85%, в обобщении и анализе материала – 100%. Интерпретация полученных данных, формулировка выводов и практических рекомендаций проводились непосредственно автором.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование, посвященное изучению клинико-динамических, медико-психологических аспектов соматизированного расстройства, факторов, препятствующих своевременному оказанию

психиатрической помощи данному контингенту больных, соответствует паспорту научной специальности 3.1.17. «Психиатрия и наркология», направления исследований пп: 1,2,5,6,7,9,10,14.

Объём и структура работы

Диссертация изложена на 381 страницах машинописного текста, иллюстрирована 37 таблицами и 39 рисунками, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, изложения результатов исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя из 423 источников, включающего 260 отечественных и 163 иностранных.

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Соматизированное расстройство как невротическое расстройство, манифестирующее в соматической плоскости: от истерии к телесному дистрессу

Соматизированное расстройство (СР) имеет сложную судьбу в психиатрии и разные обозначения: от истерии – к синдрому необъяснимых соматических жалоб, затем собственно соматизированному расстройству, в последних классификациях оно обозначается как расстройство телесного дистресса. Историческим предшественником соматизированного расстройства является синдром Брике, психическое расстройство истерического спектра, в клинической картине которого доминируют полиморфные соматические жалобы при объективном отсутствии органической патологии. Основными проявлениями считались болевые симптомы различной локализации, нарушения двигательной и чувствительной сфер, а также дисфункции висцеральных систем, не находящие своего объективного подтверждения (Briquet P., 1859). Изначально подчеркивалась значимость истерического профиля личности, демонстративности, эгоцентричности, потребности в привлечении внимания, манипулирования симптомами в генезе этой патологии.

Заболевание встречается преимущественно у женщин, характеризуется хроническим или рекуррентным течением (Perley M., Guze S.B., 1962). Прогноз его неблагоприятный, эффективность лечения низкая (Гельдер М. и др., 1999).

Изначально П. Брике указывал на то, что синдромом множественных жалоб страдают в основном молодые женщины, однако в дальнейшем

полоспецифичного изучения СР практически не проводилось. Многочисленные международные исследования довольно согласованно указывают на то, что женщины чаще, чем мужчины, страдают практически всеми тревожными расстройствами, исключение составляет только социофобия, имеют большее количество жалоб, в том числе и вегето-соматических, у них чаще встречаются другие коморбидные психические расстройства и возникают рецидивы, что определяет актуальность проведения исследований на полоспецифических выборках. (Мартынихин И.А., 2018).

Отечественные специалисты еще в конце 20-века делали акцент на том, что процесс психопатологического синдромообразования помимо общепатологических принципов в значительной степени зависит от индивидуально-психологических особенностей пациентов, где особую роль играет пол пациента, но это было скорее поводом для проведения совместных междисциплинарных исследований с гинекологами, чем для изучения влияния пола на специфику проявлений тревожных расстройств, манифестирующих в соматической области (Менделевич В.Д., 1993). В дальнейшем проведенный ряд исследований по изучению психического здоровья женщин с гинекологической патологией выявил преимущественно невротический уровень коморбидных психических нарушений и (помимо значимости особенностей функционирования гипоталамо-гипофизарно-половой оси) существенную роль нарушений индивидуально-психологических, таких как самооценка и телесная идентичность и социально-психологических факторов, прежде всего семейных отношений в их манифестации и течении (Незнанов Н.Г., Щеглова И.Ю., Васильева И.Ю., 2003; Насырова Р.Ф., 2012; Захарова Н.В., Насырова Р.Ф., 2025).

Прецизионная медицина, которая активно развивается в последние десятилетия, акцентирует внимание на повышенной уязвимости женщин (они тяжелее переносят стрессовые нагрузки) и тесной связи психики женщины с репродуктивной системой, также существует взаимовлияние психологических

проблем и физических заболеваний (онкологии, гормональных нарушений и др.). Это требует консолидации усилий специалистов различного профиля в лечении больных и поддержании женского психического здоровья (Васильева А.В., 2018).

Однако следует признать, что работы, посвященные половым различиям при психических расстройствах, проводятся крайне редко и носят единичный характер (Лутова Н. Б., Макаревич О. В., 2018; Сорокин М. Ю., 2018; Menzies R.E., Menzies R.G., 2017).

Исследуя собственно группу соматоформных расстройств, К. Kroenke, R.L. Spitzer ещё 1998 году в своём исследовании обратили внимание на то, что женщины склонны предъявлять большее количество жалоб и симптомов, по сравнению с лицами мужского пола. Оценивая результаты исследования, авторы рекомендуют врачам общей практики учитывать пол при определении состояния пациентов и постановке диагноза.

С. Hausteiner-Wiehle et al. (2011) обнаружили важность учета пола для эффективной диагностики и лечения телесного дистресса. Авторы обратили внимание на преобладание женщин среди пациентов с «медицински необъяснимыми» симптомами, они охотнее принимали рецептурные препараты в связи с различными проблемами со здоровьем. R.E. Menzies, R.G. Menzies (2017) выделили взаимосвязь установок и моделей поведения, которые культура предписывает полу человека, и биологического пола с конкретными паттернами симптомов, отношением к лечению и его эффективностью.

Сегодня появляется все больше публикаций, указывающих на то, что пол пациента, страдающего психическим расстройством, может в значительной степени влиять на особенности клинической картины, ответ на проводимую терапию и вероятность развития побочных эффектов лечения. (Meena P.S. et al., 2022; Moniem I., Kafetzopoulos V., 2025).

В последнее время активно развивается изучение особенностей функционирования вегетативной нервной системы у пациентов с тревожными

расстройствами, манифестирующими в соматической плоскости. Так, китайские ученые установили, что у женщин с СР имеется снижение парасимпатической активности при экспозиции с соматическими дистрессом, по сравнению со здоровыми респондентками, у мужчин такой закономерности выявлено не было (Huang W.-L. Et al., 2019).

В опубликованном в 2025 г. исследовании индийских коллег была показана наиболее значимая из всех демографических факторов роль пола в клиническом профиле и маршрутизации пациентов с расстройством с соматическими симптомами. Авторы также обращают внимание на то, что врачи по-разному воспринимают описание соматизированных симптомов мужчинами и женщинами. Интересным представляется заключение о наличии врождённых различий в соматическом и висцеральном восприятии у лиц разного пола (Agarwal S.K., Nagaraj A.K.M., 2025). Ранее другие индийские специалисты указывали на различия соматической симптоматики у пациентов противоположного пола, страдающих депрессией (Meena P.S., Sharma A., Jain M., 2022).

В 2025 г. китайские ученые опубликовали результаты сетевого анализа подростков с СР, где были построены сетевые модели с учетом пола в качестве ковариаты (Zheng D. et al., 2025). Для этого была рассчитана корреляция между матрицами весов ребер исходной и скорректированной по полу моделей, чтобы оценить, в какой степени учет пола повлиял на структуру сети. Результаты не показали значимых различий между мужскими и женскими сетями, что авторы интерпретировали как стабильность структуры симптоматической сети у разнополых пациентов. Дополнительное применение древовидной структуры сети не продемонстрировало каких-либо значимых различий по полу, что указывает на однородность сетевой организации соматических симптомов у подростков с СР. Исследователи пишут о том, что отсутствие межполовых отличий у подростков может объясняться несформированной половой идентичностью.

В 2025 г. совместная команда голландских и бельгийских исследователей опубликовала систематический обзор, посвященный исследованию межполовых различий и общественной стигматизации персистирующих соматических симптомов (Ballering A.V. et al., 2025). Большинство включенных в него исследований оценивали существующие предрассудки, стереотипы и проявления дискриминации, результаты показали наличие выраженной стигматизации этой группы пациентов. Однако дополнительно был сделан вывод о высокой гетерогенности и низком качестве большинства исследований, а также риске искажений. Данный масштабный обзор продемонстрировал дефицит качественных исследований в данной области, а также указал на важность включения культурального контекста.

Активное развитие прецизионной и персонализированной медицины в 21-м веке, в том числе и в психиатрии, ставит перед специалистами новые задачи: не только разрабатывать новые эффективные способы диагностики и лечения, но и проводить исследования на специфичных выборках для разработки высокоточных интервенций, ориентированных на конкретный контингент. Полоспецифичное исследование имеет большое значение для уточнения особенностей клинической феноменологии, формирования внутренней картины болезни, самостигматизации (именно термин «истеричка» всегда имел конкретную коннотацию, ассоциированную с полом), выделения причин позднего обращения за психиатрической помощью, а также призвано способствовать повышению точности диагностики и обоснованности выбора лечебной тактики. Таким образом, может быть разработана более дифференцированная модель оказания помощи, ориентированной на индивидуальные клинико-психопатологические и индивидуально-психологические характеристики пациенток с СР.

Проблема стигматизации больных истерией в историческом контексте и в современной клинической практике представляет собой устойчивый паттерн дискриминации, основанный на гендерных стереотипах и негласном наследии

устаревшего диагноза истерии. На сегодняшний день он признается дискриминирующим, формирует предвзятое отношение к интерпретации женских симптомов. Зарубежные коллеги вводят термин «медицинский газлайтинг», отражающий отрицание наличия бремени страдания, стигматизирующее отношение к жалобам пациенток на физическое недомогание, которые недооцениваются клиницистами, приписываются стрессу или тревоге. Стигматизация находит своё отражение и в обесценивании дистресса и выражается в рекомендациях «больше отдыхать», «просто расслабиться» или даже употребить алкоголь. Ожидаемыми последствиями такого отношения являются многолетние диагностические задержки, отказ пациенток от обращения за психиатрической помощью и формирование недоверия к системе здравоохранения.

Истерическое расстройство стало своеобразным социальным клеймом, при котором жалобы больных считаются преувеличенными, выдуманскими, драматизированными, что приводило к недоверию, несерьёзному отношению к пациенткам и дискриминировало их (Tasca C. et al., 2012). В связи с этим в современных диагностических систематиках предложено отказаться от использования термина «истерия» как нозологической единицы. Слово «истерия» убрали из профессионального лексикона из-за его крайне негативного стигматизирующего действия в отношении женщин с «ненастоящим заболеванием». Преобразованию также подверглись и представления о методах лечения истерии, от физиотерапевтических, «моральных» методов и электрошока произошёл переход к сочетанию психотерапии и фармакотерапии данного расстройства (Broussolle E. et al., 2014).

Основные положения диагностики истерии сформулированы в 1962 году. M.J. Perley и S.B. Guze предложили различать конверсионные (псевдоневрологические) расстройства, истерическую личность и истерию. По мнению авторов этого термина, диагноз истерии (синдрома Брике) должен

основываться на трех фундаментальных критериях: 1) появление первого эпизода заболевания до 35-го года жизни; 2) отсутствие органической причины расстройства; 3) наличие не менее 25 из 60 симптомов, к тому же распределенных по крайней мере на девять из 10 групп симптомов. Однако установленные диагностические критерии по своему существу вызывают ряд серьезных сомнений. Такой расширительный подход определил очень большой набор перекрестных симптомов, также типичных для депрессивных синдромов, ипохондрических, фобических и психосоматических нарушений, что затрудняло проведение дифференциальной диагностики.

В «Оксфордском руководстве по психиатрии» (Гельдер М. с соавт., 1999) приведены данные о том, что собственно соматизированное СР впервые описанно группой психиатров (Guze S.B., Perley M.J., Woodruff R.A., Clauton P.J., Cloninger C.R.), проводившей исследование в Сент-Луисе (США). Исследование началось в 60-е годы прошлого столетия. Оно носило поэтапный характер, направленный на уточнение дефиниций истерии, объективизацию диагноза. Были разработаны новые подходы к классификации истерии, реализованные в DSM-III, DSM-III-R, МКБ-10.

Ряд изученных публикаций посвящен анализу формирования взглядов на существующие систематики в отношении диагностики СР. Клинические и исследовательские наблюдения (Escobar J.I. et al., 1998) показали, что соматизация была частью континуума высокого уровня необъяснимых с медицинской точки зрения симптомов с соматическим расстройством, относящегося к крайнему уровню тяжести. Используя необъяснимый, с медицинской точки зрения, симптом в качестве единицы системы, авторы предложили краткую концепцию соматизации и продемонстрировали, что снижение порога до четырех и шести симптомов увеличивает уровень обнаружения в 100 раз при сохранении хорошей степени прогнозирования. Краткая концепция оказалась полезной для изучения соматизации в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. «Соматизация» как

медицинская, социальная и экономическая проблема описана Z. Lipowsky (1988).

Проблемы существующих руководств по диагностике СР имеют исторический контекст. Следует напомнить, что необходимость обозначения системных неврозов поддержал в своих работах В.Н. Мясищев (1960, 1995). Рассматривая невроз как функциональное психогенное расстройство, он отмечает, что конфликт является субъективным и определяется системой значимых отношений личности и ее индивидуально-психологических особенностей. Научные представления В.Н. Мясищева о системных невротических расстройствах («малая психосоматика») как варианте общих неврозов вне «кортико-висцеральной патологии» способствовали отграничению их от психосоматической патологии органической природы и установлению адекватного диагноза и лечения. Такой подход явился основой для современного понимания соматизации («неврозов органов») не столько как особой клинической формы, сколько процесса вовлечения различных физиологических функций (имеющих отчасти органическую основу) в патогенез и клиническое оформление патологических психических состояний в динамике – от соматоформных расстройств до психосоматических заболеваний.

Б.Д. Карвасарский (1990) обратил внимание на сложность вопроса о системных неврозах как избирательных расстройствах функциональной деятельности отдельных анатомо-физиологических систем – сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной. Речь идет о первичных психогенных нарушениях высшей нервной деятельности локального характера, т.е. определенной корково-подкорковой структуры головного мозга, которые обуславливают системные дисфункции. Автор подчеркивал, что для всех форм неврозов характерна соматизация их классических картин, ведущая к увеличению числа больных со сложными психогенными вегетативно-висцеральными нарушениями. Также Б.Д. Карвасарский (1990) подверг критике недостаточно полно сформулированные положения классификации МКБ-9 в

аспекте правильности диагностики неврозов. Еще в 80-90-е годы прошлого столетия он предвидел возможные причины диагностических ошибок, т.к. помощь больным неврозами могут оказывать не только психиатры, но врачи других специальностей – терапевты, неврологи и другие специалисты. Своевременная и правильная диагностика соматизированных психических расстройств в общей медицинской практике становится важным условием оказания эффективной медицинской помощи (Смулевич А.Б., 2007; 2016).

Систематика психических и поведенческих расстройств в 10-м пересмотре МКБ претерпела значительные изменения по сравнению с предыдущими классификациями (Циркин С.Ю., ред., 1994). Появилось новое понятие «соматизированное расстройство», являющееся разновидностью соматоформных расстройств в диагностической рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F 4х). Приведенные в упомянутой классификации диагностические критерии СР, а также представленные в американских систематиках DSM-III-R и DSM-IV, говорят о том, что отечественные психиатры рассматривали СР как проявление истерического невроза (истерические нарушения вегетативных функций, истерические расстройства двигательной и чувствительной сферы). При этом в некоторых статьях зарубежных авторов, речь идет именно о СР, хотя исследователями они представлены как соматоформные.

В отечественных трудах, вышедших после введения в нашей стране МКБ-10, которая познакомила врачей с диагнозом СР, к примеру, в Руководстве по клинической психиатрии под редакцией Т.Б. Дмитриевой (1999) указывается, что при СР соматические жалобы не связаны с какой-либо одной системой органов, причину их невозможно объяснить соматическим расстройством (по прежней терминологии речь идет о синдроме Брике).

DSM-III (Американская психиатрическая ассоциация, 1980) предполагает диагностику СР посредством простого подсчета соматических симптомов, установив порог в 14 симптомов для мужчин и 16 для женщин из списка с 37

симптомами. Авторы DSM-III-R (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, третья редакция, пересмотренная; Американская психиатрическая ассоциация, 1987) дополнительно уменьшили количество симптомов до 13, плоский предел для обоих полов. DSM-IV (Американская психиатрическая ассоциация, 1994) продолжили тенденцию к снижению общего числа симптомов до восьми, но потребовали, чтобы симптомы относились к четырем обозначенным системам органов. То, что кажется незначительным изменением критериев, может иметь последствия для того, кто в итоге будет признан страдающим СР.

В. Я. Гиндикин (2000) считает, что преимущества объединения соматоформных расстройств в одну группу очевидны (подразумеваются СР). Однако представляется спорным условие DSM-III-R об отказе их диагностики в случаях, когда они начинаются после 30 лет и длятся менее 2 лет. Указанные ограничения исключают целесообразность разработки критериев ранней диагностики и своевременности лечения описанной патологии.

В связи с введением нового понятия «соматизированное расстройство» практические психиатры столкнулись с рядом проблем диагностического характера. Одна из них связана со сложившейся в отечественной и зарубежной психиатрии традицией диагностики соматизированной депрессии при предъявлении множественных жалоб соматического характера, неподкрепленных результатами обследований, проведенных после приема антидепрессантов (Смулевич А.Б., 2003, 2007; Аведисова А.С. с соавт., 2005; Wittchen H.-U., 2004; Mayou R. et al., 2005; Bradfield J.W., 2006; Sykes R., 2006, 2012).

Отказ от понятия «невроз» в МКБ-10, помимо других причин, может объясняться клиническим патоморфозом невротических расстройств, который начал заметно проявляться с 50–60-х годов прошлого столетия в виде исчезновения границ между основными клиническими формами неврозов, их соматизации, возрастающих трудностей отграничения по одним лишь

психопатологическим данным собственно невротических расстройств от неврозоподобных, в том числе из-за так называемого «ложного патоморфоза», тенденции к многомерности невротических (психологических) конфликтов («Клиническая психология» / под ред. Б.Д. Карвасарского, 2014). Отчетливо проявилось изменение соотношения невротических и неврозоподобных расстройств, уменьшилось число «чистых» неврозов, что затрудняет проведение позитивной и негативной диагностики.

И. А. Мартынихин (2012) поднимает вопрос о столкновении парадигм – клинического подхода и доказательной медицины в отечественной психиатрической практике. Он считает, что в отечественной медицине в целом и в психиатрии в частности последние два десятилетия наиболее болезненным является процесс перехода от преваляровавшей на протяжении столетий парадигмы «клинического подхода», «клинического мышления» к новой концепции «доказательной медицины». Автор обращает внимание профессиональной общественности на то, что до сих пор МКБ-10 и подходы, которые в ней заложены, не приняты психиатрическим сообществом, несмотря на ежедневное использование МКБ-10 в работе с больными, применение этой классификации в большинстве отечественных научных исследований, ее цитирование наравне с традиционными клиническими описаниями в новых учебниках и монографиях. На протяжении всех этих лет в нашей стране не иссякает поток публикаций и выступлений, содержащих критику МКБ-10, призывы отказаться от нее и вернуться к «национальной» классификации. Здесь общность взглядов критиков МКБ часто заканчивается, так как представления о том, к какой именно классификации нужно «возвращаться», оказываются весьма разнообразными. Сложным кажется и отношение опытных врачей к операциональным критериям диагностики, которые используются в МКБ-10 и DSM. В реальной клинической практике к диагностическим перечням врачи обращаются довольно редко (обычно при встрече с редкими или

малознакомыми состояниями). Ситуация с дифференциальной диагностикой феноменов соматизации не является исключением.

Следование диагностическим критериям МКБ-10 и DSM оказывается достаточно формальным, такая ситуация характерна не только для психиатрической практики в России, но и для США, где в свое время был предложен операциональный подход (Westen D., 2012). Это негативно сказывается на надежности и воспроизводимости диагнозов, ради которых и были разработаны эти классификации.

Диагноз СР в DSM-IV, основанный на многочисленных «необъяснимых с медицинской точки зрения» симптомах, подвергался критике, поскольку измерение необъяснимых (с медицинской точки зрения) симптомов ненадежно, а концепция по своей сути дуалистична (Tomenson B. et al., 2013; Yang C. et al., 2025). Эти трудности вместе с проблемами измерения означают, что во многих популяционных исследованиях не учитываются соматоформные расстройства, а специалисты по планированию здравоохранения обычно их игнорируют.

Г.Э. Мазо с соавторами (2015) считают, что современные классификации психических расстройств (МКБ, DSM) лишены фундаментальной научной базы для новых исследований относительно этиопатогенеза, выделения биомаркеров и разработки новых подходов к терапии. В первую очередь они удовлетворяют статистические потребности и обеспечивают эпидемиологические исследования.

Л. В. Ромасенко (2016) отмечает, что, несмотря на очевидный прогресс медицины в области диагностики и терапии различных заболеваний, в повседневной врачебной практике остается достаточно много «трудных» больных, без точного диагноза остается более трети пациентов терапевтических стационаров. Наиболее сложные дифференциально-диагностические проблемы связаны с так называемыми функциональными расстройствами, которые обусловлены каким-либо психическим заболеванием. Врач любой

специальности должен уметь распознавать описанные расстройства, но пока на практике такого не происходит.

Специальная литература представлена большим количеством работ, в которых обсуждаются классификационные вопросы СР (Гиндикин В.Я., 2000; Щеглова И.Ю., 2002). Несовершенство критериев диагностики СР подчеркнули S.K. Chaturvedi et al. (2006). Диагностические указания СР в МКБ-10 представляются недостаточно четкими, вступающими в противоречие с DSM-III-R (в основе МКБ-10 лежит DSM-III-R). В МКБ-10 подчеркивается, что симптомы могут относиться к любой части тела или системе, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные ощущения (боль, отрыжка, регургитация, рвота, тошнота), а также аномальные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность). В DSM-III-R в качестве диагностических симптомов подробно рассматриваются, наряду с желудочно-кишечными, сексуальными и урогенитальными симптомами, сердечно-дыхательные, болевые, псевдоневрологические, указания на аномальные кожные проявления здесь отсутствуют. В МКБ-10 при недлительном (менее 2 лет) и менее выраженном по интенсивности сочетании симптомов (малочисленность – менее 13 симптомов из 35 диагностических, отсутствие драматического характера жалоб и так далее) предлагается диагностировать недифференцированное соматоформное расстройство (F 45.1). По мнению Ю.А. Александровского, схематизм и «формализм» в подсчете симптомов при постановке клинического диагноза «дисциплинирует» врачебное мышление, но часто мешает всесторонне оценить наблюдаемые расстройства (2001).

Стоит рассмотреть диагностические критерии СР в систематиках (DSM-III-R, DSM-IV, МКБ-10), их анализ и оценку отечественными и зарубежными исследователями.

Диагностические критерии соматизированного расстройства по DSM-III-R:

А. Множественные жалобы на нарушение физического состояния, начавшиеся в возрасте до 30 лет и продолжающиеся в течение нескольких лет.

Б. По меньшей мере 13 симптомов из представленного перечня из 35 симптомов. Симптом должен отвечать следующим критериям: 1) отсутствие органической патологии, которая могла бы объяснить этот симптом; 2) не возникает только во время панических приступов; 3) больному приходится прибегать к приему лекарств, часто посещать врача, существенно менять свой образ жизни. Наличие семи явных симптомов из списка свидетельствует о соматизированном расстройстве. Два или более из этих симптомов позволяют предполагать это расстройство.

В руководстве для врачей «Диагностика и лечение тревожных расстройств» под редакцией Т.Дж. Мак Глинна, Г.Л. Меткалфа («Американ Психиатрик Пресс», 1989) описание СР преломляется через DSM-III-R. Оно характеризуется озабоченностью больных соматическими жалобами. В анамнезе пациента в возрасте до 30 лет обнаруживаются множественные соматические жалобы, наблюдающиеся уже несколько лет. Эти больные ищут медицинского объяснения своей соматической симптоматике и охотно подвергаются диагностическим процедурам, хирургическим вмешательствам и попыткам лечения, несмотря на низкую эффективность. Их жалобы включают псевдоневрологические, легочно-сердечные, желудочно-кишечные, урогенитальные, психосексуальные нарушения и боли. У этих больных обнаруживаются, по меньшей мере, 13 диагностических симптомов. Сосредоточенность больных на болезненных симптомах ведет к нарушению межличностных отношений.

В DSM-IV были внесены коррективы. В отличие от DSM-III-R, здесь минимальное количество симптомов, необходимое для диагностики заболевания, уменьшено с 13 до 8; болевые симптомы объединены в одну группу; группа симптомов со стороны сердца и дыхательной системы (поверхностное дыхание, сердцебиение, головокружение) исключена

полностью. В Руководстве по клинической психиатрии под редакцией Т.Б. Дмитриевой (1998) диагностические критерии соматизированного расстройства из DSM-IV представлены следующим образом:

А. История болезни отражает многочисленные жалобы на соматическое состояние, которые появились в возрасте до 30 лет и не прекращаются на протяжении ряда лет. Характерны настойчивые требования медицинской помощи, нарушения в социальной, трудовой и других сферах деятельности.

Б. Симптомы соматизированного расстройства должны соответствовать следующим критериям:

1. Четыре болевых симптома: жалобы пациента на болевые ощущения должны относиться по меньшей мере к четырем органам, частями тела или функциям (головная боль, боль в области живота, спины, суставов, конечностей, грудной клетки, прямой кишки, болезненные менструации, половой акт, мочеиспускание).

2. По меньшей мере два симптома, связанные с желудочно-кишечным трактом (наряду с болью): тошнота, вздутие живота, рвота (кроме рвоты во время беременности), понос или непереносимость некоторых видов пищи.

3. Один симптом со стороны сексуальной сферы: в анамнезе выявляется не менее одного симптома, связанного с расстройством сексуальной сферы или репродуктивной функции, кроме боли (отсутствие сексуального влечения, недостаточность эрекции или нарушение эякуляции, нерегулярные или обильные менструации, рвота во время беременности).

4. Один псевдоневрологический симптом: как минимум один симптом (или нарушение), имитирующий неврологическое заболевание, кроме боли (конверсионные симптомы: нарушение координации движений, равновесия, паралич, мышечная слабость, затрудненное глотание, «ком» в горле, афония, задержка мочи, трудности мочеиспускания, нарушения чувствительности, диплопия, слепота, глухота, судороги; диссоциативные симптомы: амнезия,

потеря сознания). Каждый из вышеперечисленных симптомов может возникать в любое время в течение заболевания.

В. Либо 1, либо 2: 1. Каждый из симптомов, представленных в разделе Б, не является проявлением соматического и неврологического заболевания, следствием воздействия психоактивного вещества. 2. При наличии у пациента физического заболевания данные истории болезни, соматического и неврологического обследований, лабораторных анализов не объясняют природу и выраженность жалоб.

Г. Симптомы не являются проявлением имитируемых нарушений и симуляции.

Введение в клиническую практику МКБ 10-го пересмотра отчасти решило проблему единого «психопатологического языка». Однако даже выделение отдельных рубрик (соматоформные и соматизированные, хронические соматоформные и конверсионные расстройства) не добавило ясности в понимание феноменов телесной чувствительности, а содержательная сторона термина «сенестопатии» до настоящего времени остается недостаточно определенной (Крылов В.И., 2006).

Ю.В. Попов и В.Д. Вид (2000) в руководстве «Современная клиническая психиатрия», посвященном обучению использования новой тогда классификации МКБ-10, предложили следующие критерии для диагностики СР: наличие не менее 6 симптомов как минимум из двух групп – А. Желудочно-кишечные (боли в области живота, тошнота, чувство переполнения, тяжести, вздутия; дурной привкус во рту или необычно обложенный язык; рвота или регургитация пищи; частый понос). Группа Б. Сердечно-сосудистые симптомы: одышка без нагрузки, боли в грудной клетке. Группа В. Мочеполовые симптомы: дизурия, боли во время мочеиспускания. Авторы руководства предлагают новые группы симптомов СР, которых не было в других систематиках – группа Г. Кожные и болевые симптомы: появление пятен или изменение цвета кожи; боли в конечностях или суставах; неприятное

онемение или парестезии. При этом многократными обращения к специалистам общемедицинской практики авторы считают 3 и более.

Об изменениях в подходах к диагностике невротических нарушений пишет А.В. Васильева (2012). В 1987 г. в практическое здравоохранение была введена новая классификация МКБ-10, и на смену «школьным» этиопатогенетическим представлениям пришел синдромальный подход. В итоге затяжные невротические расстройства стали рассматриваться вне рамок отдельно выделенной группы психических расстройств. Пациенты с этим типом патологии, характеризующимся полиморфизмом симптоматики как одной из ведущих клинических особенностей психопатологического состояния, оказались диагностически «рассеянными» по разным рубрикам МКБ-10 (Вид В.Д., Попов Ю.В., 2000), поэтому стали игнорироваться требования последовательности и преемственности ведения таких пациентов. А теоретический подход, заложенный в качестве принципа при создании МКБ-10, негативно влияет на сущностное развитие психиатрии. Оказался не востребован накопленный в нашей стране опыт изучения этиопатогенеза и терапии невротических расстройств с позиций психологии отношений (Мясищев В. Н., 1960; Карвасарский Б. Д. и др., 1990).

В МКБ-10 СР относится к соматоформным расстройствам (F45). Для него характерны многочисленные, часто видоизменяющиеся физические симптомы, сопровождающие больного на протяжении двух и более лет (Погосов А.В., Богушевская Ю.В., 2008; Чижова А.И., 2012). Больные СР проявляют настойчивые требования медицинских обследований, в результате которых какое-либо расстройство не подтверждается (Собенников В.С., 2014). Между начальными этапами психопатологической симптоматики и первым обследованием у врача-психиатра проходит в среднем 4-5 лет (Богушевская Ю.В., 2007; Цыганков Б.Д. и др., 2014; Юндалова Т.А., Николаевская А.О., 2017; Цыганков Б.Д. с соавт., 2018). Заметную роль играют внутриличностные, микросоциальные факторы, а также генетическая предрасположенность.

Систематика СР далека от завершения, а диагностические рубрики раздела соматоформных расстройств в МКБ-10 достаточно противоречивы.

В МКБ-10 основным признаком СР является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые наблюдаются на протяжении ряда лет, предшествовавших обращению больного к психиатру. Большинство пациентов подвергается многочисленным необоснованным обследованиям, оперативным вмешательствам. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе органов. По данным МКБ-10, у больных СР может выявляться депрессия и тревога, не достигающая уровня эмоционального расстройства. Течение расстройства хроническое и флюктуирующее. Соматизированное расстройство сочетается с длительным нарушением социального, межличностного и семейного поведения.

В одном из вариантов диагностических руководств к МКБ-10 приводятся следующие диагностические критерии:

А. В прошлом, в течение, по крайней мере, 2-х лет – жалобы на множественные и различные физические симптомы, которые могут быть объяснены любыми выявляемыми физическими расстройствами (разные физические болезни, наличие которых известно, не могут объяснять тяжесть, обширность, вариабельность и упорство физических жалоб или сопутствующей социальной несостоятельности). Если имеются некоторые симптомы, отчетливо обусловленные возбуждением вегетативной нервной системы, то они не являются главной особенностью расстройства и не особенно стойки и тяжелы для больного.

Б. Озабоченность этими симптомами вызывает постоянное беспокойство и вынуждает больного искать повторных консультаций (3 или более) или различных исследований у врачей первичной помощи или у специалистов. При отсутствии медицинской помощи по финансовым или физическим причинам наблюдается постоянное самолечение или множественные консультации у местных «целителей».

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в том, что нет адекватной физической причины соматических симптомов. (Если больной на короткое время успокоится, т.е. на несколько недель сразу после проведенных обследований, то это не исключает диагноза).

Г. Шесть или более симптомов из списка симптомов по группам, с симптомами, относящимися, по крайней мере, к двум отдельным группам.

Далее приводятся группы симптомов (желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые, мочеполовые, кожные, болевые и др.).

В других руководствах к МКБ-10 предлагается следующие диагностические указания («Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99)...» / под ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда, 1998; Чуркин А.А., Мартюшов А.Н., 2010).

Для достоверного диагноза требуется наличие всех нижеприведенных признаков:

а) наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено соматического объяснения;

б) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов, и отказ следовать их советам;

в) некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена на счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

Раздел дифференциальная диагностика МКБ-10 отграничивает СР от аффективных (депрессивных), тревожных расстройств и ипохондрии. Здесь обращается внимание на то, что депрессия и тревога часто сопровождают СР. Их не следует диагностировать отдельно за исключением случаев, когда они достаточно явны и стабильны. При соматизированном расстройстве больной сосредоточен на самих симптомах, а при ипохондрии внимание направлено на

наличие предполагаемого прогрессирующего и серьезного болезненного процесса.

Интегрируя отечественные традиции и нозологии МКБ-10, Т. А. Караваева и А. П. Коцюбинский (2018) делают акцент на том, что больные обнаруживают зависимость симптоматики от ситуации, а в клинической картине отражаются преморбидные особенности личности, актуализируются защитные механизмы психологической защиты. Одним из механизмов развития соматоформных психических расстройств является психосоматический. Соматизированное психическое расстройство (речь идет о шифре F45.0 в соответствии с МКБ-10) проявляется в соматопсихической сфере и характеризуется множественными, повторно возникающими, полиморфными соматическими жалобами, так называемый «синдром множественных жалоб» со стороны любой части тела. Причиной манифеста является психогенный фактор – механизм реактивной лабильности. Здесь существенное значение имеют такие конверсионные механизмы, как «бегство в болезнь от психотравмы», «условная желательность или приятность симптома» при одновременном наличии неосознаваемого желания вызывать у окружающих жалость, привлекать внимание (фактор вторичной выгоды). При этих состояниях жалобы могут наблюдаться в течение длительного времени.

В DSM-V ревизия ряда расстройств состояла в том, что критерии многих диагностических категорий объединялись в одну, если отсутствовали убедительные данные в пользу их дальнейшего разделения. В DSM-V представлено понятие «расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами (somatic symptom disorder)», в значительной степени совпадает с описанием соматизированного расстройства, ипохондрии, болевого расстройства и недифференцированного соматоформного расстройства. Приведенная диагностическая категория требует в качестве критериев наличие одного или нескольких соматических симптомов. В целом эти симптомы не должны соответствовать глубине нарушений, но сопровождаются нарушением

социального функционирования (DSM-V, 2013; Dimsdale J.E. et al., 2013). Категория СФР заменена понятием «расстройство, проявляющееся соматическими симптомами» (Allen L.A., Woolfolk R.L., 2010; Creed F. et al., 2010).

Диагностическая категория СФР DSM-V подвергается критике в профессиональной среде из-за нечеткости критериев и возможности расширить диагностику этой патологии у больных с подтвержденными соматическими расстройствами (Sykes R., 2006, 2012; Frances A., Chapman S., 2013; Hauser W., Wolfe F., 2013). На сегодняшний день дифференциальная диагностика функциональных нарушений остается серьезной проблемой в системе первичной медико-санитарной помощи, необходима разработка более четких алгоритмов для выявления пациентов с СР, для улучшения этого процесса могут помочь знания об их типичных личностных профилях и индивидуально-психологических особенностях (Olde Hartman T.C. et al., 2013).

В DSM-V Соматизированное расстройство (300.81) – это многочисленные предшествующие соматические нарушения, начавшиеся в возрасте до 30 лет и продолжающиеся много лет. Расстройство должно вызывать выраженный дистресс и приводить к значительным нарушениям качества жизни больных в социальной, профессиональной и других сферах. Для постановки диагноза выделены следующие критерии: А) минимум 4 болевых симптома; Б) минимум 2 желудочно-кишечных симптома; В) минимум 1 симптом сексуального характера; Г) минимум 1 псевдоневрологический симптом. Симптомы не могут быть целиком объяснены соматическим заболеванием, или быть следствием влияния лекарственных препаратов или наркотиков, или же уровень дистресса в социальной или профессиональной сферах превышает влияние соматического заболевания. Симптомы не вызываются умышленно. Таким образом, в DSM-V в данной рубрике – это самое тяжелое состояние, объединяющее симптомы соматоформных и конверсионных расстройств. Несмотря на сходство взглядов на проблему соматоформных расстройств, две

крупнейшие мировые классификации наглядно демонстрируют, что общего понимания в отношении данной нозологии и единых критериев не существует, отсутствуют также описания клинических вариантов и информация о типах течения этого расстройства.

Г. П. Костюк с соавторами (2019), М. А. Кулыгина с соавторами (2021) обращают внимание на необходимость широкого освещения в профессиональной среде вопросов, связанных с переходом на МКБ-11, обсуждения сложностей, которые возникнут при проведении диагностики и лечения в рамках оказания психиатрической помощи, согласования терминологии и отдельных формулировок. Авторы считают важным разработку образовательных модулей по применению клинических описаний и диагностических указаний МКБ-11 для проведения обучающих циклов на всей территории Российской Федерации.

Долгое время вопросы классификации соматизированных психических расстройств оставались нерешенными: подходы к систематикам, верификации психосоматических соотношений в МКБ-10 и проекте МКБ-11 разобщены из-за отнесения к разным рубрикам (МКБ-10, 1994; Wittchen H.U., 2004). При подготовке МКБ-11 и DSM-V предпринимались попытки пересмотра диагностической категории «соматоформные расстройства». Предложен подход, учитывающий этиологию и патогенез к группированию соматоформных расстройств (Karpfhammer H.P., 2008). Некоторыми исследователями предлагается возможность объединить все соматоформные расстройства одним диагнозом – «расстройства с соматическими симптомами» (Jindal R.D. et al., 2010). Необходим «осторожный» пересмотр этой диагностической категории, так как есть вероятность соответствующим больным остаться без адекватной медицинской помощи (Löwe B. et al., 2022).

В проекте МКБ-11 в разделе Психические и поведенческие расстройства вводится понятие «Телесный дистресс» (в DSM-V Расстройства, связанные с соматическими симптомами), болезни телесного дистресса или телесного

переживания – 6C40 расстройства телесного дистресса. Новый квалификационный термин дистресс – один из основных признаков большинства расстройств. Телесный дистресс – телесные симптомы, которые вызывают беспокойство у самого человека и на которые направлено его чрезмерное внимание. Его разновидностями являются 6C41 дисфория целостности тела, 6C4Y другие уточненные расстройства телесного дистресса или телесного переживания, 6C4Z болезни телесного дистресса или телесного переживания, неуточненные.

Группа расстройств, связанных с телесным самоощущением и телесным дискомфортом, в МКБ-11 содержит два расстройства: телесного дискомфорта и дисфории целостности восприятия собственного тела. Расстройством телесного дискомфорта МКБ-11 заменяет соматоформные расстройства МКБ-10, а также включает понятие неврастении из МКБ. Ипохондрия (МКБ-10) в эту группу не входит, а находится в группе OCD. Расстройство телесного дискомфорта характеризуется наличием телесных симптомов, которые причиняют человеку боль, и чрезмерным вниманием, направленным на симптомы, что проявляется повторяющимися контактами с медицинскими работниками. Расстройства могут отличаться по степени тяжести и быть квалифицированы соответственно (легкая, умеренная или тяжелая), в зависимости от влияния на функционирование. Важно отметить, что расстройство телесного дискомфорта определяется в соответствии с наличием важных проявлений, таких как дистресс и чрезмерные «мысли» и поведение, а не на основании отсутствия медицинских объяснений для назойливых симптомов, как при соматоформных расстройствах МКБ-10. В МКБ-11 введен новый диагноз, входящий в состав данной группы, – дисфория целостности восприятия собственного тела (Reed G.M. et al., 2019). Соответственно, вводятся следующие нозологические единицы 6C40.0 Мягкое расстройство телесного дистресса, 6C40.1 Умеренное расстройство, связанное с телесным дистрессом, 6C40.2 Тяжелое расстройство телесного дистресса и 6C40.Z Нарушение телесного дистресса, неуточненное.

В последнее время был опубликован ряд международных исследований продемонстрировавших валидность диагноза СР, которые отмечают, что к этой нозологии принадлежит свой специфический контингент пациентов (Voigt et al., 2010; Hüsing et al., 2018; Löwe B. et al., 2022; Zheng D., 2025). Сетевой анализ показал надежность данной нозологии на группе пациентов подросткового возраста (Zheng D., 2025). Однако существует необходимость более четкого клинического описания для оптимизации диагностики и лечения.

Таким образом, можно говорить о том, что невротические расстройства, манифестирующие преимущественно в соматической плоскости, являются значимой клинической проблемой, требующей дальнейшего и более углубленного изучения. Современные классификации психических расстройств показывают хорошую надежность и интеррейтерскую согласованность в оценке клинических случаев в отношении расстройств соматического дистресса. Однако необходимо более тщательное изучение их клинических проявлений и течения для сокращения разрыва между теорией и практикой. Более четкое описание типичных симптомов СР сможет помочь уйти от описания этих пациентов как носителей «необъяснимых соматических симптомов», что само по себе является стигматизирующим, либо в отношении «носителя жалоб» как симулянта, либо в отношении специалиста, который не способен поставить диагноз. Выделение определенных подтипов СР может помочь существенно улучшить дизайн исследований по изучению механизмов их формирования с использованием современных инновационных возможностей, позволяющих изучать патогенез функциональных нарушений.

1.2. Особенности соматизированного расстройства у городского и сельского населения: клинические проявления и индивидуально-психологические характеристики

Анализ современной специальной литературы по проблеме изучения особенностей соматизированного расстройства у городского и сельского населения показал её низкую разработанность. Научная литература в большей степени ориентирована на исследование жителей мегаполисов, либо вообще не учитывает административно-территориальный аспект.

Поиск по ключевым запросам («психические расстройства», «пограничные психические расстройства», «непсихотические психические расстройства», «пограничные нервно-психические расстройства» и «городское население», «сельское и городское население», «сельская и городская популяция», «сельская местность») в научной электронной библиотеке eLibrary.ru показал единичные работы, посвящённые узким вопросам клиники аффективных расстройств и эпидемиологии психических заболеваний. В отношении невротических расстройств и феномена соматизации изучение клинко-психопатологических аспектов через призму административно-территориальных, социокультуральных факторов не проводилось.

Узкий круг исследований посвящен проблемам психического здоровья в мегаполисах РФ (Демчева Н.К., Орлова Н.В., 2011; Рассказова Е.И., 2013; Прибытков А.А. с соавт., 2016; Золотарева Л.С., Масякин А.В., 2019; Шматова Ю.Е., 2019; Безчастный К.В., 2021; Караваева Т.А, Васильева., А.В., 2022; Бохан Н.А. и др., 2025; Olesen J. et al., 2012; Tomenson B. et al., 2012; Sandana C. et al., 2018).

Н. А. Бохан с соавторами (2025) проанализировали структуру пограничных психических расстройств по экономическим, территориальным, культуральным

и географическим параметрам. Авторы пришли к выводу, что синдромальное распределение при невротических расстройствах в этнических популяциях существенно не отличается, при этом современной психиатрической службой не учитываются этнические аспекты поведенческого реагирования.

При этом жители малых городов и сельской местности оказываются вне поля зрения исследователей (Демчева Н.К., Орлова Н.В, 2011; Васильева А.В., Караваева Т.А., 2020). Несмотря на то, что в Российской Федерации жителями сельской местности являются несколько десятков миллионов человек, изучению особенностей клинических проявлений, социально-психологических характеристик пациентов с непсихотическими психическими расстройствами посвящен очень узкий круг исследований. Общепризнана точка зрения на то, что эта группа заболеваний, по сравнению с психотическими расстройствами, более уязвима к воздействию культуральных и социальных факторов (Васильева А.В., Караваева Т.А., 2020).

Проблему изучения состояния психического здоровья у жителей сельской местности, доступности получения медицинской помощи поднимают и зарубежные исследователи. По данным центра сельского здравоохранения США (RNIhub, 2025), доступность психолого-психиатрической помощи для лиц сельской местности значительно ниже в связи с удалённостью от центров оказания помощи, проблемами со страхованием и дороговизной услуг, дефицитом кадров и большей подверженности стигматизации.

Рядом американских исследователей подчёркивается важность принятия мер по ликвидации неудовлетворённости потребностей сельских жителей в области психического здоровья (Morales D. A. et al., 2020). Для этих целей авторами предлагаются организационно-административные преобразования и стимулирование научных исследований в данной сфере. Так, важнейшими являются проблемы стигмы и низкой приверженности лечению. В частности, вопрос распространённости соматоформных расстройств у жителей сельской местности в США рассматривался на примере Калифорнии (Ng B. et al., 2011).

Исследователи, методом ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов, выявили большую коморбидность СФР с депрессивными расстройствами и соматическими заболеваниями. Также обнаруживается меньшая приверженность лечению, связанная с побочным действием лекарств. Вышеуказанное характеризует данную группу пациентов как диагностически и терапевтически трудную.

A. Bener (2010) и O. Gureje et al. (2025) пришли к выводу о высокой распространённости расстройств телесного дистресса и их инвалидизирующем влиянии среди взрослых жителей домохозяйств в Гонконге, на Филиппинах и в Катаре.

Прямых исследований, посвященных сравнению соматоформных расстройств и соматизированного расстройства, в частности, среди городского и сельского населения, действительно не очень много, так как эта проблема часто изучается в рамках более широких исследований психического здоровья или распространенности соматических симптомов. Однако существенные различия подтверждаются рядом отечественных и зарубежных работ.

W. Rief et al. (2001), Л.Ж. Атгаева, И. В. Макаров (2024) отмечают большую распространённость соматоформных расстройств в сельской местности. Автор обращает внимание на существование различий в факторах риска: в сельской местности доминируют социально-демографические и культуральные факторы, а в городской – стрессоры урбанической среды и образа жизни.

A. Hessel et al. (2003) на материале проведенного популяционного исследования в Германии подтвердили вывод о том, что количество соматических симптомов значительно выше у жителей небольших городов и сельской местности, по сравнению с жителями крупных городов. Авторы связывают это с более низким уровнем образования, отсутствием психологической культуры, социально-экономическим статусом и с большей стигматизацией психологических проблем, ведущей к их соматическому

выражению. Выделенными авторами факторами риска в сельской среде были женский пол, пожилой возраст и более низкий социально-экономический статус.

Обзор, проведенный V. Patel и A. Kleinman (2003), показал, что в условиях низких доходов у жителей сельской местности чаще наблюдаются недифференцированные соматические жалобы как основное проявление депрессии и тревоги. Нехватка психиатрических служб в сельской местности усугубляет эту тенденцию.

Становится важным изучение особенностей клинической картины и индивидуально-психологических характеристик больных соматизированным расстройством, проживающих в городской местности, на основании отечественных и зарубежных источников (Mewton L. et al., 2013; Nater M. et al., 2011).

Клинически соматизированное расстройство у городских жителей характеризуется бедной симптомами картиной (выявляется меньшее количество соматических симптомов у одного больного), тенденцией к моносистемности СР (А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, 2008). Отмечается сравнительно низкая встречаемость соматизированных симптомов, а жалобы носят более дифференцированный характер, описания соматизированных проявлений более четкие. В отношении частоты коморбидных состояний реже фиксируется сочетание с алкоголизацией и табакокурением. Со стороны психических расстройств выявлен более узкий спектр коморбидных состояний: у городских жителей чаще всего речь идёт не о сочетании, а о соматической репрезентации самостоятельных нозологий (преимущественно аффективных и тревожных расстройств), что выявляется на этапе дифференциальной диагностики. У городского населения доминирует более благоприятный, периодический, тип течения СР (А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, 2017).

С. Г. Пакриев (2010), изучая особенности пациентов сельской местности, обнаружил специфический социально-демографический и экономический

профиль, который создаёт фон для психической патологии. Автор считает, что сельские жители более уязвимы в отношении среднемесячного дохода, уровня зарплат, они чаще социально дезадаптированы (много пенсионеров, инвалидов и безработных), у них отсутствует стабильная занятость. Акцент в работе делается на низкую обращаемость к специалистам в области охраны психического здоровья, что свидетельствует о высоком уровне скрытой патологии и стигматизации психиатрии в сельской местности. Интересным представляется описанное автором психосоциальное "обрамление" симптоматики: психопатология оказывается тесно связана с микро- и макросоциальными факторами. Также автор обращает внимание на более частую встречаемость соматизированных проявлений.

Целый ряд исследователей среди базовых личностно-психологических факторов СФР выделяли высокий уровень алекситимии (Beck T. et al., 2013; Kaplan M.J., 2014; Öztürk A. et al., 2016; Peng W. et al., 2019; Thamby A. et al., 2019). Эмпирически это подтверждается более низкой способностью больных СФР к осознанию эмоций, по сравнению со здоровыми, сниженной способностью к распознаванию эмоций других людей по выражению лица, меньшей выраженностью эмпатии к чужой боли. При этом дискуссионным остается вопрос о месте алекситимии в структуре СФР: её рассматривают как причину, как следствие СФР, как вторичное образование, связанное с эмоциональной ригидностью, как результат неправильного воспитания или хронического стресса – «реактивная алекситимия» (Собенников В.С., 2014; Синеуцкая Е.О., Володин Б.Ю., 2019; Быченко И.В., 2021; Darves-Bornoz J.M., 2018).

Отдельного исследовательского внимания заслужил феномен личностной тревожности как основной характерологической черты больных соматоформными расстройствами из городской местности (Филимонов А.П., 2011; Чижова А.И., 2012a, 2012b; Навасардян Е.В. и др., 2016; Цыганков Б.Д., Куличенко А.Д., 2016; Артемьева М.С., Навасардян Е.В., 2021; Быченко И.В.,

2021; Goodoory V.C. et al., 2022;). Исследование Б.Д. Цыганкова и А.Д. Куличенко (2016) показало, что у 75% пациентов с СФР повышен уровень именно личностной тревоги, максимально при соматизированном расстройстве.

Важная роль отводится и ригидности когнитивных процессов, проявляющейся в ригидности установок, приписывании ощущений соматическим причинам с их катастрофизацией и убежденностью в наличии физического неблагополучия (Навасардян Е.В., Артемьева М.С., 2016; Прибытков А.А., 2016; Прибытков А.А., Еричев А.Н., 2017; Белокрылов И.В. и др., 2021). Это соотносится с рядом представлений о роли соматосенсорной амплификации как фиксации на соматических ощущениях с преувеличением их значимости (Чутко Л.С., 2011; Çakmak S. et al., 2019; Ciaramella A. et al., 2020; Zdankiewicz-Ścigala E. et al., 2021; Barbati A. et al., 2022).

К числу часто упоминаемых факторов относят дефицитарность механизмов психологической защиты и копинг-стратегий (Загоруйко Е.Н. с соавт., 2015; Прибытков А.А. и др., 2016, Лаврова М.А. и др., 2020; Тимуца Д.Р., Менделевич В.Д., 2020). Дисфункциональные способы совладания со стрессом способствуют развитию нарушений даже при низкой стрессовой нагрузке (Загоруйко Е.Н. и др., 2015; Лаврова М.А. и др., 2020).

Не меньшего внимания заслуживают представления о личностной предрасположенности к возникновению СФР: предикторами выступают такие особенности, как нейротизм, низкая самооценка, тенденция к сверхконтролю (Прибытков А.А. и др., 2017; Dewsaran-van der Ven C., 2018; Macina C. et al., 2021; Feussner O. et al., 2022).

Таким образом, на основании отечественных и зарубежных источников особенности индивидуально-психологических характеристик больных соматизированным расстройством, проживающих в городской местности, характеризуются комплексом взаимосвязанных особенностей: высоким уровнем алекситимии и личностной тревоги, ригидностью и катастрофизацией, общей дефицитарностью механизмов психологической защиты и совладания, а

также низкой стрессоустойчивостью и личностными особенностями (нейротизм, низкая самооценка, тенденция к сверхконтролю). Такие факторы, как соматосенсорная амплификация, рассматриваются как вероятные, но требующие дальнейшего изучения.

Настоящая ситуация в специальной литературе свидетельствует о слабой разработанности проблемы соматизированного расстройства у сельского населения. Отсутствие отечественных литературных источников и малочисленность зарубежных исследований, посвящённых изучению проблемы СР в сельской местности, формирует высокую научную значимость настоящего исследования.

1.3. Индивидуально-психологические характеристики и их роль в манифестации невротических расстройств в соматической плоскости

Развитие психосоматической медицины неразрывно связано с изучением феномена соматизации. Это слово появилось в результате некорректного перевода с немецкого термина “organsprache”, который дословно переводится, как «язык органа», встречающегося в работах психоаналитика Вильгельма Штекеля в 1920-х годах (Mai F.M., 2004). Этот термин прижился и стал повсеместно использоваться. Термин соматизации получил широкое распространение после 1980 г., когда он был введен в качестве психиатрического диагностического термина авторами DSM-III.

Еще в начале 20-го века один из первых исследователей и автор концепции соматизации W. Stekel (1927) описывает значение «вытеснения» как одного из основных механизмов психологической защиты. С его помощью

психический конфликт или подсознательное «чувство вины» убираются из сознательной психической активности и находят выход на уровне соматопсихической сферы. Автор предлагает квалифицировать соматизацию как телесные симптомы, являющиеся проявлением «глубинного невроза».

С. Г. Сукиасян (2021) описал специфику клинически-ориентированных психосоматических концепций. В их фокусе оказываются не психологические механизмы или изолированные биологические нарушения (что характерно для дуалистического подхода), а целостные клинико-психопатологические паттерны, в которых психосоматическое расстройство рассматривается сквозь особенное сочетание личностных особенностей и аффективных компонентов (специфика холистического подхода). Что касается концепции алекситимии, она трактует дефицит вербализации и эмоциональную дисрегуляцию как ключевые факторы риска, при которых неотредактированные эмоции проявляются на телесном уровне. Концепция соматизации интерпретирует переход психологического дистресса в исключительно соматические жалобы, которые пациент предъявляет как первичные при отсутствии объективной основы. Биопсихосоциальная модель выступает интегративной платформой, рассматривающей болезнь как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов на всех уровнях человеческого существования. Была заложена основа для понимания единства телесных ощущений и психических нарушений, которые неразрывны. Это теоретическое наследие становится предпосылкой для развития новой парадигмы «непсихиатрической психиатрии», которая знаменует переход от дуалистического восприятия симптомов к их холистической интеграции.

М. Swartz et al. (1989) противопоставили свои результаты данным литературы предыдущих лет. Так, авторы указывают на отсутствие влияния проживания в сельской местности на соматизацию, подчёркивая большую её распространённость в городской среде, однако, по мнению исследователей,

данному феномену подвержены лица с более низким образовательным уровнем.

Значимый вклад в понимание соматопсихических соотношений при непсихотических психических расстройствах внесла школа академика А. Б. Смулевича, в частности, им была предложена концепция «коэнестеziопатии» – базисного соматопсихического расстройства, где телесное самосознание рассматривается как непрерывный континуум от его дефицита до, наоборот, – гипертрофированной чувствительности телесным ощущениям (Психические расстройства в клинической практике / под ред. А. Б. Смулевича, 2012). Э.Б. Дубницкая (1992) обращает внимание на существование конституциональной соматопсихической «хрупкости». То, что в качестве «объекта» переживания стресса выбирается собственное тело, связано с доминированием в самосознании образа «телесного Я». Взаимовлияние соматических и психических расстройств проявляется не только на структурно-феноменологическом уровне, но и на уровне динамических характеристик болезни – «патологический синергизм». Ещё один ученик А. Б. Смулевича – С. В. Иванов (2002) рассматривает возможность трактовки «органных неврозов» как отдельных синдромов, сосуществующих с проявлениями другой патологии. Автором установлена их гетерогенность с циклотимией, вялотекущей шизофренией и соматическими расстройствами. Больные с функциональными соматическими синдромами, обращающиеся за помощью к врачам общесоматической практики, составляют до 30% терапевтических стационаров. Большинство психопатологических состояний квалифицируются в рамках диагноза различных функциональных синдромов («невроз органов»). Автором предложено рассматривать функциональные синдромы как типовые клинические модели коморбидных психических расстройств (невротических, личностных и аффективных).

Ряд отечественных авторов говорят о важности разграничения психогенных и соматогенных механизмов возникновения психопатологической

симптоматики. Так, в своих работах Б. А. Волель (2007) указывает на множественную природу возникновения феномена инволюционной истерии. Исследование выявило два основных варианта её возникновения – с явлениями органического невроза (то есть функциональными симптомами) и с коморбидной соматической патологией. Автор обосновывает двунаправленную психосоматическую связь, при которой психические и соматические факторы взаимно запускают и отягощают друг друга. Не менее важным оказывается и отграничение вторичных, психогенных, ассоциированных с соматическими симптомами психических расстройств, которые могут маскироваться соматической симптоматикой (Самушия М.А. и др., 2025).

Z. J. Lipowsky (1988), H. Merskey (1995) перечисляет несколько состояний, для которых используется термин соматизация: ипохондрия, конверсия, психофизиологические состояния и соматизированное расстройство. Соматизация относится к феномену, при котором психические состояния и переживания выражаются в виде телесных симптомов.

В дальнейшем С. Huber et al. (2010) выявили, что соматосенсорная сверхчувствительность, болевая тревога и катастрофическая оценка боли прямо пропорционально связаны с уровнем депрессии, тревоги и соматизации, а не с порогом болевой чувствительности у индивида. К. Voigt с соавторами (2010) предполагают, что развитие соматоформных расстройств объясняется сложным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Т. J. Silber (2011) обращает внимание на существование генетической предрасположенности к соматизации, связанной с такими чертами, как алекситимия, личностная тревожность и тревожная сенситивность.

Анализ литературы показал, что личностные особенности больных СР крайне редко оказываются в фокусе современных отечественных исследований. Единичные существующие работы говорят о том, что такие характеристики личности больных с СР, как высокая личностная и ситуативная тревожность, замкнутость, склонность к изоляции и излишнему самоконтролю, подавленные

тенденции к доминированию и импульсивности, низкие социальные способности и самооценка способствуют подавлению эмоций и переходу их в соматическую сферу, тем самым нивелируя эмоциональное напряжение (Чутко Л.С., 2011).

Исследования личности при помощи СМИЛ в контексте истерической личности не всегда даёт однозначные результаты. В исследовании Н.А. Бохана и соавторов (2016) показано, что у пациенток с истерическими проявлениями достоверно преобладал личностный профиль, характеризующийся сочетанием истерических и тревожных черт, при этом у женщин без истерических проявлений в структуре расстройства доминировали ипохондрический и ригидный профили. Авторы подчеркивают, что структура непсихотических психических расстройств у данной категории пациенток тесно связана с преморбидными особенностями их личности.

В обзоре С. Н. Ениколопова и соавторов (2025) акцентируется внимание на изучении идентичности, которая лежит в основе понимания клинико-психологического механизма развития невротических расстройств. Как следует из концепции Э. Эриксона и ее развития в работах Дж. Марсиа и О. Кернберга, несформированная или диффузная идентичность создает структурную уязвимость, предрасполагающую к психической патологии. Неспособность к интеграции противоречивых аспектов «Я» и размытость границ между собой и другими, характерные для диффузной идентичности, нарушают адаптивные механизмы переработки внутриличностных конфликтов и внешнего стресса, что способствует развитию психопатологии (Ениколопов С.Н. и др., 2025).

Проведенное нами ранее исследование (Погосов А.В., Богушевская Ю.В., 2008) продемонстрировало роль эмоционально-личностной сферы в формировании клинической картины СР. У больных были выявлены элементы психогенной депрессии, высокие показатели личностной и реактивной тревожности. При этом не наблюдалось клинических признаков депрессивных и тревожных расстройств, что позволило интерпретировать их как проявления

донозологического уровня. Выявлена закономерность: чем больше выражен полиморфизм симптомов в клинической картине СР, тем более высокие показатели личностной и реактивной тревожности обнаруживаются у больных. Одним из механизмов симптомообразования при СР предложено рассматривать сомато-вегетативные проявления тревоги.

В работах В. С. Собенникова было показано, что у лиц с чертами зависимого типа поведение направлено на поиск поддержки со стороны окружения, а интерперсональная модель позволяет понять соматоформные расстройства через выражение этого поведения (Собенников В.С., 2014). Психологический смысл соматизации состоит в том, чтобы получать заботу, внимание окружающих, уйти от неприятной ситуации и ответственности, таким образом, подчеркивается составляющая вторичной выгоды СР.

Д. Р. Тимуца и В. Д. Менделевич (2020), изучив сравнительные особенности копинг-механизмов при соматоформных расстройствах, обнаружили различия в применении копинг-стратегий, связь между ними и формируемыми клиническими проявлениями невротических расстройств.

До настоящего времени в специальной литературе отсутствует единая точка зрения на механизмы формирования СР, информация достаточно противоречива и не систематизирована. Ряд авторов указывает на отсутствие четких представлений о механизмах соматизации (Богушевская Ю.В., Николаевская А.О., 2013; Сидоров П.И., Совершаева Е.П., 2015; Barsky A.J., Klerman G.L., 1983; Voigt K. et al., 2010; Schröder A. et al., 2011).

Е. Waller et al. (2006) видят в основе соматоформных расстройств нарушения регуляции эмоций – проблемы их выражения и дифференциации. К.Р. Aronson et al. (2001) пытались объяснить феномены соматизации через призму личности, вводя понятия врожденной или приобретенной соматосенсорной сверхчувствительности.

Авторы издания «Психосоматическая медицина» П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова (2006) при рассмотрении этиологии

психосоматических заболеваний подчеркивают, что, несмотря на достаточно большое количество исследований, посвященных изучению механизмов действия стресса на организм человека, остаются невыясненными многие пути влияния стрессовых ситуаций как на физиологическом, так и на психофизиологическом уровне.

В. Д. Менделевич (2024) в процессе формирования невротических расстройств выделил четыре этапа клинических и психологических проявлений: когнитивный, аффективно-мотивационный, антиципационный, поведенческий. Соматизированное и соматоформные расстройства формируются на аффективно-мотивационном этапе, поведение больных обусловлено эмоциональными переживаниями, воспоминаниями о травме, неразрешенным конфликтом. С одной стороны, «бегство в болезнь» рассматривается автором как уклонение от трезвой оценки реальности, неспособность разрешить конфликт. С другой стороны, наблюдается нежелание или неумение прогнозировать исходы стереотипа своего поведения.

V. Ng, A. Norwood (2000) изучили взаимосвязь психической травмы, физического здоровья и явлений соматизации. Они показали существенную роль психической травмы, поведенческих реакций и определенных нейробиологических процессов, происходящих в организме в возникновении функциональных симптомов.

Соматизацию можно обозначать и как сложный механизм психологической защиты, который сочетает в себе элементы вытеснения и регрессии. Как и остальные механизмы психологической защиты, соматизация не является отклонением от нормы (Мак-Вильямс Н., 2015). В таком ключе ее можно рассматривать только в том случае, если она становится единственным реализуемым механизмом защиты или используется осознанно.

А. Ш. Тхостов (2002) выдвигал предположение о структурообразующей роли познавательных и личностных механизмов в генезе соматоформных

расстройств, указывая на участие высших когнитивных процессов в их формировании.

Процесс соматизации происходит путем трансформации эмоционального напряжения в физические симптомы. Длительное воздействие стресса приводит к формированию психогенно-соматогенного или психосоматического цикла, в котором психогенное и соматогенное поочередно выступали то в форме причины, то в виде следствия (Марилов В.В., 2009).

М. Е. Сандомирский (2007) определяет соматизацию как «отелеснивание» отрицательных эмоций, приводящее к появлению дискомфортных телесных ощущений.

В осмыслении проблемы соматизации актуальным стало рассмотрение участия когнитивных нарушений (Рыбакова К.В., 2009; Комина А.В., Брянцев А.П., 2010). Так, N. M. Hall, (2010) обнаруживает связь между количеством соматоформных симптомов и низким уровнем вербальных навыков.

Существует точка зрения о том, что интенсивная отрицательная эмоциональная реакция, связывающая деятельность психической и соматической сфер, в большинстве случаев блокируется деятельностью психологических защит личности, в том числе и путем соматизации (Штрахова А.В., Куликова Е.В., 2012).

Ряд авторов придерживается теории о том, что соматизация – это способ избегания психологического стресса. Согласно этой модели, соматизация расстройств является защитой от «психологической боли» (Е.Г. Менделевич, 2014; Smith R.C., Dwamena F.C., 2007; Creed F., 2010; Edvards T.M. et al., 2010; Zhang, Y. et al., 2021).

Проанализировав выше указанные литературные источники, можно сделать вывод о том, что представления о механизмах развития функциональных соматических симптомов весьма разнородны: единая точка зрения на механизмы формирования СР отсутствует, информация противоречива и не систематизирована. История изучения соматизации связана

с развитием психосоматики, а сам термин предполагает несколько вариантов перевода. Наиболее перспективными и обоснованными являются представления об СР как о результате вытеснения невротического конфликта, в рамках которого психологические трудности выражаются в соматической плоскости. Многие исследования проблемы генеза СР указывают на сложное взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов, к числу которых относятся внутриличностные конфликты, конституциональная соматопсихическая уязвимость и соматосенсорная сверхчувствительность. Без внимания оставлена роль социально-демографических, этно-культуральных, психосоциальных и индивидуально-психологических факторов в механизмах развития и патогенезе СР.

В свете современных исследований эмоциональный интеллект и алекситимия становятся важными факторами, участвующими в формировании соматизированного расстройства. Роль эмоционального интеллекта в контексте соматизированного расстройства раскрывается через призму дефицита базовых способностей к переработке эмоциональной информации: запрет на эмоции и их вытеснение, отсутствие способностей для психологической переработки аффектов, что ведет к негативным последствиям для психосоматического здоровья (Яковлева Е.Л., 1997). Данное положение соответствует модели способностей П. Сэловея и Дж. Мэйера, где ядром эмоционального интеллекта является умение воспринимать, понимать и регулировать эмоции (Salovey P., Mayer J.D, 1990; Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., 2004). Невротические расстройства в данном контексте представляются как состояния, при которых происходит нарушение ключевых компонентов модели – способности к идентификации собственных эмоциональных состояний, понимания их причин и управления их интенсивностью для решения проблем. Таким образом, низкий уровень эмоционального интеллекта становится фактором уязвимости для возникновения соматизированного расстройства.

Развитие невротического расстройства может быть обусловлено слабостью когнитивных способностей к переработке эмоций, низкой толерантностью к эмоциональному дискомфорту или негативным представлением о ценности эмоционального опыта («Социальный интеллект...» / под ред. Д.В. Люсина, 2004). Это подтверждается идеями Л.С. Выготского о единстве аффекта и интеллекта, где нарушение в эмоциональной сфере неизбежно влияет на мышление и общую жизнедеятельность.

Алекситимия – неспособность субъекта называть эмоции, переживаемые им самим или другими, то есть переводить их в вербальный план. Такие индивиды характеризуются бедностью межличностных связей со склонностью к зависимости, предпочтением одиночества, избеганием общения. В научный оборот термин «алекситимия» был введен французским ученым П. Сифнеосом в 1973 году и дословно означает отсутствие слов для описания чувств (а – «отсутствие», *lexis* – «слово», *thymos* – «эмоция»). Этот термин основан на психоаналитической концепции, согласно которой пациенты соматизируются, потому что не могут выразить свои чувства словами (Sifneos P. E., 1973). Существует обширный пласт литературы о взаимосвязи между алекситимией и соматизацией (Mai F.M., 2004). Было проведено множество перекрестных исследований, и большинство из них подтверждают положительную корреляцию между алекситимией и соматизацией. Однако отсутствуют исследования, посвящённые изучению данных аспектов у жителей сельской местности (Грищенко Я. А., 2011).

Трудности в осознании, описании своих эмоциональных переживаний, сложности их распознавания у других людей собраны в понятие «алекситимия». Более чем у половины больных с психосоматическими расстройствами обнаруживается высокий уровень алекситимии (Старшенбаум Г.В., 2021).

Выделяется несколько моделей возможного происхождения феномена алекситимии. Во-первых, генетически обусловленное свойство центральной

нервной системы подтверждается исследованиями о выраженной латерализации левого полушария головного мозга у людей с алекситимией (активное фантазирование коррелирует с активацией правого полушария). Во-вторых, модель дефицита. Алекситимные индивиды вышли из эмоционально «холодных» семей, дисфункциональных, в которых дети воспитывались в условиях гиперопеки или, наоборот, отличались жестоким обращением со стороны родителей. С раннего развития личность с алекситимичными чертами не может самостоятельно преодолевать трудности, связанные с вербализацией своих переживаний на более поздних этапах развития (Брель Е.Ю., 2012). В-третьих, раннее научение от алекситимной матери. Дж. Беренбаум обнаружил, что высокий уровень алекситимии коррелирует с сообщениями испытуемых о сниженной эмоциональной экспрессивности и преобладании негативных эмоций в их родительской семье (Berenbaum J. J. T., 1994). Представители психоанализа считают, что способность ребенка интегрировать эмоции в психологические структуры зависит от аналогичной способности их родителей интегрировать и проговаривать чувства (Kleinberg J., 1996). В-четвертых, теория регрессии в случае травмирования. Блокировка эмоций происходит вследствие психотравмы, сверхсильного эмоционального переживания. Происходит фиксация на травмирующем факторе, регрессия на более раннюю стадию развития, соматизация аффектов или расстройство деятельности внутренних органов. В-пятых, влияние социального окружения, когда навыки эмоциональной жизни подавляются и вследствие этого мало развиваются. В особенности это пропагандируется в западной культуре, где доминирует конкретно-реалистическое, эмоционально слабоокрашенное приспособительное поведение. Модель алекситимии как адаптационного приспособления: адаптационный подход квалифицирует алекситимию как реакцию приспособления к тревоге, как фактор, предопределяющий возникновение соматизации (Соложенкин В.В., Гузова Е.С., 1992).

Существует классификация алекситимии по происхождению и механизму развития: педагогическая, психологическая, лингвистическая (Трунов Д.Г., 2010). Педагогическая алекситимия формируется в том случае, если в детстве ребенок не получил опыт обозначения чувств. Такой тип более характерен для мальчиков, с ними реже говорят о чувствах, то есть алекситимия может являться следствием отношений в системе «мать-ребенок». Психологическая алекситимия – психотравматическая и ситуативная. Лингвистическая алекситимия является результатом сложностей подбора языковых средств для описания внутренних ощущений. У таких индивидов отмечаются сложности разграничения возгласов, отражающих грусть, печаль, уныние и др. (Искусных И.Ю., 2015).

Характер связи алекситимии и соматизации долгое время был предметом дискуссий, и остается им поныне (Тхостов А.Ш., 2002; Секоян И.Э., 2007; Холмогорова А.Б. и др., 2014).

Из-за сложностей вербализации чувств и дифференциации различных эмоций у алекситимных субъектов психоэмоциональные изменения не имеют способов разрядки, поэтому выражаются на соматическом уровне (Соложенкин В.В., Гузова Е.С., 1992; Семенова Н.Д., 1993).

Ю. В. Попов и В. Д. Вид (2000) обратили внимание на культурно-этнические аспекты дифференциации и выражения эмоций, авторы подчеркивают закономерность: чем беднее возможности их психологического выражения, тем вероятнее усиление их соматизации.

В последнее время фокус исследований сместился в сторону изучения алекситимии в контексте психологических теорий эмоций, личности и интерперсональных взаимодействий. О. Г. Шпаковская и А. В. Копытов (2014) предположили, что ограниченное осознание эмоций и переработки аффекта на когнитивном уровне ведет к фокусировке внимания на соматической составляющей эмоционального возбуждения и к его усилению. При этом Л. П. Урванцев (2000) заметил, что алекситимные личности более склонны к

вербализации жалоб соматического характера. Это можно квалифицировать в качестве проявлений соматизации аффекта.

Н. А. Польская и А. Ю. Разваляева (2017) поднимают вопрос о нарушениях эмоциональной регуляции, которые связаны с чрезмерной эмоциональной неустойчивостью или ригидностью эмоций, их слабой дифференцированностью. Эмоциональная дисрегуляция проявляется неспособностью идентифицировать эмоции, управлять ими, скудным диапазоном идентифицируемых эмоциональных проявлений и слабой интегрированностью эмоций.

К числу ключевых факторов развёртывания невротических расстройств в соматической плоскости у жителей города отечественные авторы относят конституциональную соматопсихическую уязвимость и соматосенсорную сверхчувствительность (Дубницкая Э.Б., 1992; Меринов А.В. и др., 2016). Такие факторы, как высокая личностная и ситуативная тревожность, замкнутость, склонность к изоляции и излишнему самоконтролю, подавленные тенденции к доминированию, низкие социальные способности и самооценка способствуют переходу подавленных эмоций в соматическую сферу (Чутко Л.С., 2011). Индивидуально-психологические особенности сельского населения остаются вне поля зрения исследователей.

Таким образом, проблема эмоционального интеллекта и формирования алекситимии имеет многолетнюю историю изучения, при его наличии соматизация становится обязательным следствием, неотъемлемой составной частью. Вклад алекситимии в соматизацию психических расстройств давно изучается специалистами в области психического здоровья, однако в международном профессиональном пространстве практически отсутствуют работы, посвященные изучению особенностям проявления этого феномена у жителей сельской местности. В нашей работе дополнительно был сделан акцент на изучение выраженности алекситимии и эмоционального интеллекта у

жителей сельской местности с разным уровнем приемлемости психиатрической помощи.

Проанализированные индивидуально-психологические характеристики формируют специфическое отношение к болезни, выражающееся в избегании стигматизации, следствием чего являются трудности диагностики и оказания специализированной помощи. Это подтверждает описанные В. А. Ташлыковым (1984) соматоцентрированный (С ВКБ) и психоцентрированный (П ВКБ) типы ВКБ. «Соматогенная» или «психогенная» концепции заболевания у больных неврозами отражаются в своеобразии нозофобного (переживания тяжести болезни) и нозофильного («условная желательность болезни») аспектов. Соматоцентрированный тип ВКБ, в свою очередь, обеспечивает избегание стигматизации.

1.4. Проблема самостигматизации при соматизированном расстройстве

Тема стигматизации психически больных в отечественной и зарубежной психиатрии продолжает оставаться актуальной (Улыбина Е.В., 2001; Серебрянская Л.Я., 2005; Абрамов, В.А., 2016; Кекелидзе З.И. и др., 2018; Link В.G. et al., 2001; Jahn D.R. et al., 2020). Понятие «стигма», введенное И. Гофманом, трактуется как процесс приписывания лицу с диагнозом психического расстройства типичных черт душевнобольного с последующей его дискредитацией, что нарушает психологическое и социальное функционирование (Goffman E., 1963). Мотивационными компонентами стигматизации выступают базовые потребности в сохранении условий жизни,

уровня функционирования и эмоциональной стабильности, которым больные могут представлять угрозу.

Теоретическое осмысление проблемы стигмы в психиатрии выделяет различные дискурсы. Эволюционное направление рассматривает стигму как биологически обусловленный механизм выживания, связанный с восприятием лиц с психическими заболеваниями как опасных (Haghighat R.A., 2001; Gilbert P., 2003). Социальный подход трактует стигму через потребность общества в предсказуемости и, как следствие, ликвидацию тревоги (Финзен А., 2001; Economidou M. et al., 2020). Исследователи описывают разные виды стигмы, наиболее общим является разделение на внешнюю (межличностную и социально-политическую) и внутреннюю – самостигматизацию (Серебрянская Л.Я., 2005; Руженкова В.В., 2015; Парфенова Е.В. и др., 2017; Лутова Н.Б. и др. 2017, 2019).

Причины формирования стигматизации в обществе описываются как многофакторные и включают в себя архетипические структуры (Башмакова О.В., Семенихин Д.Г., 2014), усвоенные с детства и усиленные СМИ стереотипы, низкий уровень нравственного самосознания и дефицит знаний о психических заболеваниях (Мамедов А.К., Липай Т.П., 2011). Её причиной также является культурная синонимизация понятий «психически больной» и «девиант» (Филатов Ф.Р., 2001). Отечественные и зарубежные авторы приходят к выводу о том, что стигма становится барьером для обращения за помощью и ухудшает социальное функционирование (Hinshaw S.P., 2007).

Факт наличия психического расстройства сам по себе оказывает стигматизирующее влияние на больного (Оруджев Н.Я., Тараканова Е.А., 2010). Зарубежные и отечественные авторы приходят к выводу о том, что исторически сложившееся негативное отношение к психиатрии и пациентам психиатрического профиля постепенно меняется, чему способствует развитие медицинской науки (Руженкова В.В. и др., 2013; Макушкин Е.В. и др., 2017; Crisp A.H., 2001; Sontag S., 2001; Berríos G., 2011; Dan J., 2013; De Leon J., 2013;

Levy Yeyati E., 2015; Lilleston R., 2017). Преодоление стигмы требует личностных ресурсов и оказывается связанным с общей тенденцией к сопротивлению дискриминации (Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., 2017; Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., 2025). В качестве стратегий борьбы со стигмой и повышения качества помощи О. В. Тюсова с соавторами (2019) предлагают образовательные программы, направленные на работу с внутренней и внешней стигмой, для медработников и интервенции для пациентов.

Самостигматизация как сложный структурный феномен представляет научный интерес на протяжении последних десятилетий. В специальной литературе рядом авторов освещается процессе формирования внутренней стигмы.

Е. С. Pinel (1999) обратился к понятию «стигма-осознанности», характеризующему степень осознания больными с диагнозом психического расстройства влияния внутренней стигмы и ее последствий. В. Link (2001) дал характеристику ответной реакции психически больных на стигму и назвал ее «самостигматизацией».

Происходит переход стигматизации в самостигматизацию, формируется другое видение себя и окружающих во взаимодействии со специалистами психиатрической службы, другими больными, осознание запретов и ограничений. В это время необходимо внедрять дестигматизационные мероприятия, чтобы предотвратить дальнейшее формирование самостигматизации (Sirey J. et al., 2001).

Отождествление с категорией «душевнобольных» приводит к новому этапу самостигматизации – обновлению идентификации другими людьми и адаптации к новым обстоятельствам. Образ окружающего преломляется через призму неверно воспринятой информации, изменяется система отношений больного. При этом Ю. Л. Качалов (2000) утверждает, что социально-психологические и клинические факторы психического заболевания обуславливают образ жизни больного. Этот этап самостигматизации

актуализирует семейный статус психического больного, большое значение здесь приобретают представители психиатрических служб – отношения с медицинским персоналом, частота госпитализаций, возможные ограничения.

Самостигматизация проходит ряд этапов (Ядов В.А., 2000; Семин И.Р., 2001): 1) постановка диагноза; 2) утрата идентификации; 3) формирование «категориальной готовности»; 4) становление обновленной идентификации; 5) изменение системы отношений; 6) новая социальная идентификация; 7) снижение адаптации; 8) отгороженность от социума.

Феномен самостигматизации связан с понятием «внутренняя картина болезни», определяющим восприятие своего диагноза. На самостигматизацию и связанную с ней ВКБ оказывают влияние такие факторы, как восприятие информации о психическом заболевании с позиций стереотипов, собственный субъективный опыт переживания болезни, ее место в структуре личностных ценностей. А. Ф. Jorm (2019) говорит о значении существующих «мифов» в формировании внутренней картины болезни и самостигматизации.

И. И. Михайлова (2005), изучив процессы стигматизации и самостигматизации в их единстве, дает им следующее определение – «совокупность реакций больного на проявление психической болезни и статус больного в обществе, основным переживанием которой является воображаемая нравственная несостоятельность больного». Автором описаны формы самостигматизации: аутопсихическая – представления о себе; компенсаторная – формальное смирение с заболеванием; социореверсивная – восприятие себя как стигматизируемого члена социума.

Обозначив компоненты самостигматизации, В. С. Ястребов с соавторами (2009) трактуют фрустрирующий компонент как представления больного о собственной несостоятельности. Авторы говорят о структурно-динамической модели самостигматизации как об адаптационной реакции на симптомы своего расстройства. Адаптационная стратегия подвергнута закономерностям

«порочного круга», обуславливающего стойкость к дестигматизационным мероприятиям.

Е. Ю. Скрипка (2012) считает, что обозначенному феномену подвержены больные с расстройствами невротического уровня, у которых присутствует критика к своему состоянию, которые, в отличие от больных с психотическим уровнем расстройств, при котором больные скрывают факты обращения к психиатру или избегают обращения к нему на протяжении длительного времени.

Уменьшению стигматизации может способствовать оказание помощи больным с непсихотическими, умеренно выраженными формами психических расстройств, за счет привлечения ресурсов первичной медицинской сети (Simoens S., Scott A., 2005; Alkhadhari, S. et al., 2016; Yu B.C.L. et al., 2021).

В. К. Шамрей, А. А. Марченко и Е. С. Курасов (2018), поднимая вопрос о современных подходах к объективизации диагностики психических расстройств, продемонстрировали возможность их модификации, прогноза и раннего выявления психических расстройств у военнослужащих. Это представляется особенно важным в свете сохраняющегося стигматизирующего отношения к диагнозу психического расстройства, определяющего социальный и трудовой статус бывших военнослужащих, даже спустя десятилетия после их увольнения из вооруженных сил России, несмотря на полную компенсацию.

Высокий уровень самостигматизации подрывает формирование внутренней мотивации к лечению. Процесс самостигматизации зависит от личностных характеристик больного, специфики самого психического заболевания и его параметров – длительности, частоты госпитализаций и т.д. Принимая роль больного, индивид отчуждается от общества, вовлекается в лечебный процесс только благодаря внешним обстоятельствам – просьбам родственников или под давлением авторитета врача. Отдельные проявления самостигматизации оказывают влияние на формирование внутренней мотивации к лечению. Проявления самостигматизации подрывают важнейший

механизм, влияющий на вовлеченность пациента в лечебный процесс (Лутова Н.Б. с соавт., 2017, 2019, 2021).

Стигматизация – одна из причин, обуславливающих низкий уровень охвата медицинскими услугами психически больных (Костюк Г.П., Масякин А.В., 2018). Авторы напоминают о том, что борьба со стигматизацией, дискриминацией и неравенством лиц с психическими заболеваниями, является одной из первостепенных задач в области охраны психического здоровья, которая была поставлена ещё в 2005 году (Хельсинки) на Европейской конференции ВОЗ.

Н. Б. Лутова с соавторами (2019) методом корреляционного и дисперсионного анализа подтвердили данные о связи внутренней стигмы с социально-трудовым статусом, количеством госпитализаций и возрастом пациентов. Авторы представляют принятие пациентами с психическими расстройствами различных компонентов самостигматизации как универсальный тип морбидной реакции в условиях разных стран и культурных контекстов.

М. Ю. Сорокин с соавторами (2023) выявили у больных психиатрического стационара три клинические разновидности реакций на психические расстройства и различные подтипы психиатрической самостигматизации, в зависимости от мотивации к лечению. Склонность пациентов с психическими расстройствами к самостигматизации связана с выраженной болезненной дезадаптацией и тяжелыми негативными симптомами. Выявление таких транснозологических феноменов, как стигма и мотивация к психиатрическому лечению, предполагает разработку личностного, а не нозологически ориентированного подхода (персонализированного) к реабилитации пациентов.

С. А. Голубев (2024) подчеркивает, что лица с пограничной патологией неохотно обращаются в психоневрологические диспансеры из-за стигмы, в то время как пациенты поликлиники этой стигме не подвержены. Автор обращает

внимание на пилотный проект организации консультативных центров ментального здоровья. Их задачей является оказание медицинской консультативно-диагностической помощи больным с пограничными психическими расстройствами.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что внутренняя стигма больных с психиатрическим диагнозом обусловлена рядом факторов. В основе мотивации стигматизирующих себя лиц лежит структура ценностей, желание сохранить прежние условия жизни, предрассудки по отношению к психическим заболеваниям.

Больные с невротическими расстройствами в обществе стараются держаться обособленно от психически больных. Это объясняется включением защитных механизмов, не позволяющим видоизменить социальную идентичность (Михайлова И.И., 2005). Также существуют взгляды на самоидентификацию с психически здоровыми людьми у больных невротического уровня (Ястребов В.С. и др., 2009). Они лишь формально признают имеющиеся расстройства, считают, что их психическое здоровье соответствует норме.

С точки зрения С. Менцоса (2001), в разработанной им психодинамической концепции неврозов, страх быть отвергнутыми в обществе у больных с невротическими расстройствами вытесняется из сознания, но становится основой избегающего поведения. Больные с неврозами опасаются негативной оценки со стороны значимых других людей, а соматизация обеспечивает определенную вторичную выгоду, способствуя патоогической адаптации (Скрипка Е.Ю., 2012).

Д. А. Автономов и М. А. Михайлов (2017) выявили в своих исследованиях изменение личностной и социальной идентичности в результате самостигматизации, следствием чего становилось снижение адаптационных ресурсов в социуме.

Н. Б. Лутова и ее ученики провели серию исследований, которые позволили им сделать вывод, что совокупность проявлений внешней стигматизации у психических больных и связанные с ней переживания приводят к дистанцированию больных от социума, способствуя снижению обращаемости за специализированной психиатрической помощью. Это провоцирует рецидивы психических расстройств, усугубляет переживания самостигматизации, таким образом, формируется «порочный круг», который может снижать эффективность доказательной терапии в условиях рутинной клинической практики (Лутова Н.Б. и др., 2021).

В работах Е. Ю. Антохина была убедительно продемонстрирована значимость самостигматизации в патогенетическом формировании внутренней картины болезни у пациентов с постприступной депрессией при первом эпизоде шизофрении (Антохин Е.Ю., 2022; Антохин Е.Ю. и др., 2024). Было определено патопротективное влияние самостигматизации на развитие нозогенной по сути депрессии в постприступном состоянии. Полученные результаты позволили выделить самостигматизацию в качестве одной из ведущих мишеней психосоциальных интервенций, особенно для пациентов с выраженным суицидальным риском.

Ряд исследователей делают акцент на необходимости разработки подходов, применение которых изменит восприятие обществом психических расстройств (Кнуф А., Эпов Л., 2006). Для преодоления стигмы важно не только воздействовать на общественность и коллективное сознание, но и оптимизировать оказание психиатрической помощи самой системы здравоохранения, в особенности для пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, к которым относится СР. В современной профессиональной литературе существует много статей, посвященных актуальности проблемы самостигматизации и дискриминации психических расстройств. Однако имеется дефицит работ, посвященных подробному изучению особенностей идентичности самостигматизированных пациентов, ее

роли в избегании взаимодействия со специалистами в области психического здоровья.

Проведенные исследования в 21 веке продемонстрировали значимость дестигматизации в процессе социальной реабилитации больных, страдающих психическими расстройствами (Богушевская Ю.В., Погосов А.В., 2022; Васильева А.В. и др., 2026). Были предложены многоуровневые дестигматизационные программы, направленные на восстановление индивидом своих прав, ущемленных в связи с психическим расстройством. Первый уровень таких программ индивидуальный, следующий уровень программы – семейный. Б. С. Положий, В. В. Руженкова (2016) подчеркивают, что дестигматизация лиц с психическими расстройствами должна проводиться с учетом уровня нарушений психики и включать в себя психофармакотерапию основного заболевания и психотерапевтический комплекс, направленный на устранение непсихотической симптоматики, коррекцию вызванных стигматизацией деструктивных социальных установок. Однако большинство инициатив относились к лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами.

Зарубежные авторы отмечают, что большая подверженность стигматизации выявлена у жителей сельской местности (Hessel A. et al., 2003; Dijkstra-Kersten, S. M. A. et al., 2018; Morales D. A. et al., 2020; RNIhub, 2025), подробное изучение отечественной литературы показало отсутствие работ по изучению данного контингента пациентов, которые составляют значимую часть от общего числа психически больных.

Феномен самостигматизации представляет собой сложное структурно-динамическое образование и требует изучения его особенностей у больных СР как фактора, препятствующего своевременному получению специализированной психиатрической помощи. Актуальным представляется изучение самостигматизации, не только как фактора, препятствующего

обращению за профильной помощью, но и как одну из индивидуальных психологических мишеней для психотерапевтического лечения.

1.5. Сложности оказания психиатрической помощи и проблема преемственности в терапии соматизированного расстройства

Следует отметить, что СР довольно редко становится предметом исследования. В частности, изучение списка проводимых в мире рандомизированных клинических исследований позволило выявить единичные проекты, посвященные всей группе соматоформных расстройств, где изучалась эффективность психотерапии в сравнении с листом ожидания (NIH National Library of Medicine). В кохрейновской базе данных соматоформные расстройства также редко встречаются в качестве предмета исследования. Одним из наиболее содержательных стал систематический обзор, опубликованный в 2014 г., посвященный фармакологическому лечению всей группы соматоформных расстройств в целом.

По данным систематического обзора M. Kleinstäuber et al. (2014), включавшего 26 рандомизированных контролируемых исследований с участием 2159 человек, фармакотерапия соматоформных расстройств характеризуется не только ограниченной доказательной базой, но и серьезными проблемами преемственности терапии. Антидепрессанты нового поколения показали эффективность в снижении тяжести симптомов по сравнению с плацебо (ССР -0.91; 95% ДИ от -1.36 до -0.46; 3 исследования, n=243), однако качество доказательств оценено как очень низкое, тогда как трициклические антидепрессанты не продемонстрировали значимых преимуществ перед

плацебо (ССР -0.13; 95% ДИ от -0.39 до 0.13; 2 исследования, n=239), при этом значимых различий между классами антидепрессантов не выявлено (ССР -0.16; 95% ДИ от -0.55 до 0.23; 3 исследования, n=177). Ключевой проблемой преемственности является высокий процент выбывания из-за нежелательных явлений при приеме антидепрессантов (до 32%), что критично для пациентов, фиксированных на соматических ощущениях. Кроме того, все исследования ограничены краткосрочным периодом наблюдения (от 2 до 12 недель), и ни одно не включало оценку отдаленных результатов, что делает невозможным выводы о долгосрочной эффективности.

В Российской Федерации до сих пор отсутствуют клинические рекомендации по лечению и диагностике СР (Незнанов Н. Г. и др., 2023а). Одновременно с этим довольно часто звучит тезис о том, что именно эта группа пациентов является серьезным бременем для здравоохранения (Прибытков А.А. и др., 2014; Шамрей В.К. и др., 2017; Ширяев О.Ю., Жидких Б.Д., 2017; Мосолов С.Н., 2019; Незнанов Н.Г. и др., 2021, 2024).

В качестве примера систематического обзора оценки бремени соматоформных расстройств, следует привести исследование E. J. Poulsen Siig et al. (2025, PROSPERO id CRD42024517736). Был выполнен систематический обзор литературных источников, индексируемых в базах PsycINFO, Embase и PubMed за период с 1980 по 2024 год, с последующим мета-анализом данных, соответствующих диагностическим критериям DSM или МКБ. Объединенная оценка распространенности соматоформных расстройств в 23 странах составила 4,6% (95% ДИ 3,1–7,0) с достоверно более высокими показателями среди женщин (7,7% против 2,8% у мужчин; $p < 0,0001$). Рассчитанный показатель инвалидности (количество лет с установленной инвалидностью), составивший 662,4 на 100 000 человеко-лет, позволяет предположить, что соматоформные расстройства могут занимать второе место по уровню бремени среди всех психических расстройств. Это является серьёзным обоснованием

необходимости включения изучаемой нозологии в предстоящие исследования глобального бремени болезни.

Сложности своевременного обращения за психиатрической помощью начинаются с трудностей диагностики СР в рутинной практике, вытекающих из специфического маршрута больных, который проходит через учреждения первичной медико-санитарной помощи и связан с непрофильными обращениями к врачам-специалистам соматической медицины и представителям нетрадиционной медицины, которые незнакомы с данной нозологией. Одновременно с этим многочисленные исследования продемонстрировали высокую распространенность непсихотических психических расстройств в первичной медико-санитарной сети (Андрющенко А.В., 2011; Чутко Л.С., 2011; Довженко Т.В. и др., 2016; Волель Б.А. и др., 2019; Дороженко И.Ю., 2020; Иванов С. В., Воронова Е. И., 2021; Хяникяйнен И.В., Ржеутская Н.А., 2023; Менделевич, В.Д., 2024; De Waal et al., 2006; Van Rijswijk E et al., 2007; Kessler R., 2012; Bekhuis E. et al., 2015; Dijkstra-Kersten, S. M. A. et al., 2015; Chrobak-Kasprzyk, K. et al., 2020; Ogunsemi O.O. et al., 2020). Распространенность СФР достигает в общесоматической практике от 5,2 % в стационаре до 30% в амбулаторной практике, однако фактически эти расстройства встречаются гораздо чаще из-за их высокой коморбидности с тревожными, ипохондрическими и депрессивными синдромами (Семке В.Я., 2002; Первый В.С., Сухой В.Ф., 2012; Кравцова Н.А., 2013; Николаевская А.О., 2015; Пережогин Л.О., 2015; Рыбакова К.В., 2018; Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю., 2019; Александровский Ю.А., 2018; Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., 2025; De Waal, M. W. M. et al., 2006). Манифестация симптомов невротических расстройств в соматической плоскости является причиной многочисленных обращений к врачам общей практики. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин и М. А. Кинкулькина (2024) подчеркивают, что вопросы, касающиеся сложных психологических ситуаций в отношении больных психическими расстройствами, присутствуют в работе врача любой специальности. Больные

СФР в первую очередь оказываются в поле зрения врачей общесоматической сети – кардиологов, гастроэнтерологов, ревматологов, оториноларингологов, хирургов, травматологов и др., предъявляя множество соматических жалоб, которые при тщательном, в том числе, инструментальном обследовании не укладываются в диагноз соматического заболевания, поэтому в зарубежной литературе при описании этих пациентов можно часто встретить термин пациенты с «соматическими необъяснимыми жалобами» (Елфимова Е.В. и др., 2015; Бутома Б.Г., Коцюбинский А.П., 2021; Иванов М.В. и др., 2022; Васильев В.В., Мухаметова А.И., 2024; Haller H. et al., 2015; Den Boeft M. et al., 2016; Howman M. et al., 2016; Van Eck van der Sluijs J.F. et al., 2018; Mewes R. 2022; Hüsing P. et al., 2023)

В качестве примера можно привести исследование эпидемиологии и коморбидности с психическими расстройствами соматических жалоб К. Kroenke (2003) в котором по меньшей мере, 33% соматических симптомов не имело медицинских объяснений, и эти симптомы были хроническими и рецидивирующими у 20% - 25% пациентов.

В последние десятилетия ведущими специалистами в области психического здоровья были предложены инициативы по повышению роли психиатра в первичной медицинской сети (Козырев В.Н., 2000; Смулевич А.Б., 2003; Сидоров П.И. и др., 2006; Барденштейн Л.М. и др., 2015; Краснов В.Н., 2016; Костюк Г.П. и др., 2017; Аведисова А.С. с соавт., 2020; Бобров А.Е., 2020; Незнанов Н.Г. и др., 2024; Самушия, М.А. и др., 2025; Laufer N. et al., 2013; Rask M.T. et al., 2015). Всемирной организацией здравоохранения еще 80-х годах прошлого века было рекомендовано проводить обучение специалистов в области психосоматической медицины и расширять сеть психиатрических отделений в соматических учреждениях. В первую очередь это касалось аффективных расстройств – депрессии, как высококоморбидного с соматическими заболеваниями расстройства. Однако СР остались вне поля зрения профессионалов.

Ряд зарубежных исследователей считают, что в условиях территориальной поликлиники или соматического стационара применение простых и надежных психометрических инструментов для ранней диагностики не всегда доступно (Mitchell A.J. et al., 2011). В результате показатели выявления СР в общей медицинской практике остаются низкими, особенно когда диагностика основывается только на клиническом впечатлении врача.

В условиях общей медицинской практики оптимальна модель интегративной медицины, предусматривающей в рамках организации психиатрической службы активное привлечение к диагностической и лечебной работе врачей разных специальностей (Лебедев Б.А., 1981). Благодаря тесному взаимодействию, преемственности в оказании помощи использование такой модели создает благоприятные условия для раннего выявления и лечения психических расстройств. Врач-психиатр выступает не только консультантом при оценке психического состояния больного и возможности его лечения в соматическом стационаре, но и осуществляет «синтетический» подход с учетом выявленных психосоматических соотношений, определяет алгоритм лечения. Такую модель используют в нашей стране в работе территориальных поликлиник, многопрофильных больниц.

А. Е. Бобров с соавторами (2020) обращают внимание на необходимость построения организационных моделей, которые бы выходили за рамки специализированной психиатрической службы и позволили бы психиатрам в условиях территориальной поликлиники эффективно взаимодействовать с врачами других специальностей. Наиболее известными моделями такого рода являются традиционная консультативная и liaisonная, когда психиатр и терапевт параллельно работают с одним и тем же пациентом и взаимно согласовывают свои шаги. Однако эти модели имеют ряд серьезных ограничений. С целью их преодоления разработана модель динамической супервизии, в основу которой положен принцип обучающего сотрудничества.

Е. А. Северова (2008) считает целесообразным налаживание более тесного взаимодействия между врачом-психиатром и интернистом, проведение образовательных программ для врачей соматического стационара, организация на базе многопрофильного стационара психосоматического отделения.

В рамках синергетической методологии ментальной медицины была предложена программа медико-психологической помощи больным соматоформными расстройствами. Она содержит следующие блоки: медицинский, психологический, социальный и духовно-нравственный. Авторы подчеркивают крайнюю трудность терапии СФР, отсутствуют единые отработанные тактики, поэтому лечение должно строиться индивидуально (Ляшкова С.В. и др., 2017; Сидоров П.И., Совершаева Е.П., 2015; Козловский В.Л. и др., 2021; Малыгин Я.В. и др., 2023; Мухаметова А.И., Васильев В.В., 2024).

Выявление особенностей медицинского взаимодействия неврологов и психиатров с учетом прогностических аспектов стало целью исследования А. С. Аведисовой с соавторами (2016). Профессиональные интересы для обеих специальностей в силу сходства значительной части контингента их пациентов, конкурентное междисциплинарное взаимодействие могут лежать в основе конфликта между ними. Авторы предлагают разрешать сложившиеся ситуации путем внедрения интердисциплинарной модели взаимодействия врачей и континуального обучения врачей по смежным областям знаний.

В последние годы в Москве Г. П. Костюком с коллегами была предпринята попытка интеграции психиатрической службы и общей медицины: полноценные диспансерные отделения были вынесены в поликлиники, созданы консультативные центры психического здоровья, что способствовало дестигматизации пациентов с психическими расстройствами. Взаимодействие соматической медицины и психиатрической службы повысило выявляемость и направление врачами поликлиник больных с соматоформными и другими

невротическими расстройствами. (Костюк Г.П. с соавт., 2018; Костюк Г.П. с соавт., 2019).

Модель организации специализированной помощи в общей медицине, имеющая целью децентрализацию психиатрической службы, предложена в рамках концепции «встречного движения» – междисциплинарного взаимодействия психиатров и интернистов. В качестве основного направления выдвигается интеграция в общую медицину, то есть совместное исследование психосоматических расстройств психиатрами, с одной стороны, и врачами других медицинских специальностей – с другой (Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича, 2019).

Возможным решением оптимизации маршрутизации пациентов с СР могло бы быть их направление в кабинет психолога врачами соматического профиля. А. Г. Софронов (2024) провёл анализ деятельности медицинских психологов, которые реализовали работу кабинета медико-психологического консультирования в различных медицинских организациях. В результате оценки использованных психодиагностических методов и трудозатрат было выявлено недостаточно эффективное взаимодействие с другими подразделениями психолого-психиатрической службы. Результаты этого исследования, в том числе подчеркивает необходимость разработки эффективного инструментария для выделения среди пациентов с СР тех больных, которые могут потребовать большего внимания для формирования адекватной ВКБ и готовности лечиться у специалистов в области психического здоровья.

В настоящее время отечественными и зарубежными исследователями отмечается существенный дефицит кадров в сфере оказания психолого-психиатрической помощи (Давидов Д. Р. и др., 2024; Aggarwal R. et al., 2022; Darmawan W. et al., 2023). Д. Р. Давидовым с соавторами (2024) была проанализирована динамика кадровой обеспеченности жителей Московской области специалистами психиатрического профиля с 2012 по 2022 год. В ходе

исследования авторы приходят к выводу о наличии проблемы кадрового дефицита специалистов из сферы охраны психического здоровья в здравоохранении: по данным на 2022 г. выявляется недостаточная укомплектованность врачами-психиатрами (76%), медицинскими психологами (71%) и существенный дефицит врачей-психотерапевтов (30%). При этом регистрируется значимое снижение обеспеченности врачами-психиатрами, обслуживающими сельское население до уровня 32% в 2022 г. В рамках ЦФО укомплектованность врачами-психиатрами составляет 92%, врачами-психотерапевтами 36%, а медицинскими психологами 75%. Таким образом, существующий кадровый дефицит приводит к низкой доступности профильной помощи.

Вышеприведенные сведения подчеркивают существующий дефицит кадров для оказания помощи пациентам с СР, что определяет актуальность стратификации этих пациентов на начальных этапах обращения для выделения труднокурабельных пациентов, которые требуют большей вовлеченности специалистов для профилактики хронизации состояния. Т. В. Довженко с соавторами (2016) считают, что обеспеченность психотерапевтической (психиатрической) помощью больных первичной медицинской сети снижается. Несмотря на высокую потребность, специалистов психиатрического профиля недостаточно, количество психотерапевтических кабинетов уменьшается, так как отсутствует система обучения врачей-психиатров и психотерапевтов для учреждений первичного звена здравоохранения, эти специалисты мало подготовлены по вопросам соматической медицины и медицинской психологии, что затрудняет своевременную диагностику СР.

В условиях кадрового дефицита специалистов в сфере охраны психического здоровья в отдалённых от центра районах В. С. Скрипов с коллегами (2019), предлагают телемедицинские технологии как один из ключевых способов разрешения проблемы оказания психолого-психиатрической помощи лицам с психическими расстройствами. Изучая

перспективы телемедицины, И. И. Чехонадский с соавторами (2020) считают важным проведение организационно-методической работы с врачами и психообразовательной работы, проясняющей возможности телемедицины для специалистов и пациентов в отдалённых регионах.

Недостаток высококвалифицированных специалистов определяет актуальность разработки легко имплементируемых методов лечения, к которым в первую очередь относятся психообразование и рациональная психотерапия. А. В. Васильева, Т. А. Караваева (2020) так же считают важным для профилактики пограничных нервно-психических расстройств создание системы психотерапевтической помощи, включающей психообразовательный компонент. Для своевременной диагностики невротических расстройств врачами соматического профиля в курсы повышения квалификации следует включить обучающие циклы по коморбидным психическим расстройствам.

Отсутствие понятного для пациента объяснения своего плохого самочувствия со стороны специалиста негативно влияет как на рекомендацию обратиться к специалисту в области психического здоровья, так и на приверженность назначенному лечению. В систематических обзорах последних лет, посвященных разработке интервенций по улучшению приверженности лечению при основных психических расстройствах, было показано, что от 20 до 47% пациентов прекращают терапию до выздоровления и редукции симптомов, которые заставили их обратиться за помощью (Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2011; Незнанов Н.Г. и др., 2023а; Gast A., Mathes T., 2019; Biswal B. et al, 2024).

Традиционно комплаенс рассматривается как соблюдение фармакологического лечения, что не учитывает качества взаимоотношений пациентов с системой медицинской помощи. Формальное «согласие с лечением», нежелание следовать рекомендациям врачей обозначается в некоторых исследованиях «нонкомплаенсом» или характеризуется как «некомплаентное поведение». Д. С. Даниловым (2023) была предложена условная схема некомплаентного поведения больного. Очевидно, что

нонкомплаенс приводит к неблагоприятным последствиям как для самого больного, так и для оказывающих ему помощь специалистов.

Учитывая, что специалисты ВОЗ выделяют в качестве первоочередного фактора влияющего на приверженность лечению именно социально-экономические факторы и собственно организацию медицинской помощи, особую значимость приобретает исследование специфического контингента пациентов сельской местности для разработки таргетных программ, направленных на повышение приверженности лечению. (Sabaté, E., WHO, 2003; Obimakinde A.M. et al., 2015; Den Boeft M. et al., 2016; M. Schneider A. et al., 2021)

В работах, посвященных проблеме «терапевтического альянса», большое внимание уделялось изучению различных типов и уровней комплаенса. Например, I. E. Leppik (1988) выделял три компонента комплаентности: тип поведения, степень комплаентности, уровень целеустремленности пациента.

По мнению В. Д. Менделевича (2020), комплаенс включает сенсорно-эмоциональный блок (переживания пациента, связанные с лечением), логический (система аргументации для понимания важности лечения), поведенческий блок (мотивы и действия по осуществлению врачебных предписаний).

Ю. В. Попов и В. Д. Вид (2000) обратили внимание на следующую закономерность: чем к большему количеству врачей общемедицинской практики обращаются больные СР, тем больше вероятность манипулирования заболеванием, и тем больше риск неоправданных вмешательств. Авторы считают, что установление долгосрочного психотерапевтического контакта с одним врачом может снизить количество госпитализаций на 50%.

Диссоциированная лекарственная толерантность (расхождение между темпом развития терапевтического эффекта и опережающими его проявлениями побочных действий лекарства) может стать причиной несоблюдения лекарственного режима уже на начальном этапе терапии

(Аведисова А.С., Ахапкин Р.В., 2005). Ю. А. Александровский с соавторами (2018) к причинам вторичного несоблюдения лекарственного лечения относят появление побочных эффектов. Существуют медицинский и клинико-психологический подходы к рассмотрению комплаенса. Первый связан со степенью соблюдения врачебных предписаний, в особенности медикаментозных. При исчезновении проявлений недуга больные прекращают лечение (мотивация снижается в период ремиссий), и это приводит к тому, что посещение врача-психиатра становится постоянным, не приводящим к эффекту улучшения самочувствия в долгосрочной перспективе и оказывающим «дезадаптирующее» влияние на личность.

Р. В. Кадыров с соавторами (2014) рассматривает феномен комплаентности как психическое свойство личности, понимая под ним представления, входящие в структуру психической деятельности и влияющие на поведение и отношение человека при сотрудничестве в системе «врач – пациент». Л. И. Ложкина (2015), исследуя психологические аспекты приверженности лечению, выявила, что изменения ВКБ могут быть управляемыми (например, в психообразовательной работе врача) и неуправляемыми (ятрогении) и являются внутренними факторами формирования комплаентного или некомплаентного поведения.

Дисфункциональная когнитивная переработка информации о заболевании, специфическое эмоциональное реагирование и динамические изменения в мотивационно-потребностной сфере приводят к развитию дисгармоничного отношения к болезни и снижают приверженность лечению (Аведисова А.С., 2013; Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., 2016).

Н. Б. Лутова (2017) предлагает пути решения проблем при назначении психотропных средств, которые заключаются в проведении непредвзятых дискуссий. Существенную роль играет предоставление пациенту адекватной информации о лекарственном препарате, целях его назначения и ожидаемом эффекте. Следует избегать назначений в авторитарной и запугивающей манере,

т.к. это может вызвать сопротивление и отказ не только от назначений, но и от обращения к врачу-психиатру. Информирование больного о возможных побочных эффектах снижает страх перед возможностью их появления, уменьшает эмоциональные реакции при их возникновении, во избежание отказа от приема лекарств.

Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо (2018а) обращаются к биопсихосоциальной концепции психических расстройств как основе холистического диагностического подхода. Авторы считают, что многообразие патогенетических факторов, участвующих в формировании картины заболевания, тесные связи процессов синдрообразования с личностными особенностями пациентов и психосоциальными факторами непосредственно отражаются на внутренней картине болезни и механизмах адаптации. Это обстоятельство обуславливает включение различных видов психотерапии в программы реабилитации, направленные на адаптацию предыдущего когнитивного, эмоционального и поведенческого опыта больного, его функционирование в условиях постоянной психической дезинтегрированности.

М. Ю. Сорокин с коллегами (2021) приводят данные о том, что приверженность психофармакотерапии является биопсихосоциальным феноменом, реализация которого зависит от сочетания таких факторов, как течение заболевания, социальная поддержка, психологические установки больного, его поведенческие стереотипы и биохимическая природа назначенного лечения.

Биопсихосоциальная парадигма обосновывает необходимость комплексного лечения, объединяющего биологические методы, психотерапию и медико-социальную реабилитацию (Сидоров П.И., Новикова И.А., 2014; Смулевич А.Б., 2016; Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г., 2018; Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э., 2018а; Ильченко Е.Г., Абриталин Е.Ю., Караваева Т.А., 2024; Абриталин Е.Ю. с соавт., 2025; Maroti D., 2025). При этом

ряд исследователей придерживаются позиции, что пациенты с СФР могут лечиться вне психиатрического стационара (Сидоров П.И., Новикова И.А., 2014; Смулевич А.Б., 2016). Она позволяет выстроить персонализированные диагностику и лечение, не ограничиваясь при этом психофармакотерапией и учитывая биологические, психологические и социальные характеристики больного (Иванов С.В., 2002; Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., 2021).

Для построения эффективного диалога с пациентом значимым является учет культурального контекста. Глубокая обусловленность культурой феномена соматизации подчеркивается Z. Q. Al Busaidi (2010). В данном контексте культура становится своеобразной призмой, которой формируются восприятие, интерпретация и способ коммуникации в ситуации неблагополучия. В связи с этим культурно-сенситивный подход требует рассматривать соматические жалобы не просто как «необъяснимые с медицинской точки зрения», а как культурно приемлемые сигналы дистресса и потребности в поддержке.

Е. Л. Николаев (2023) поднимает важный вопрос об этнокультуральных детерминантах психотерапии. Автор приводит примеры низкой эффективности лечения пациентов, принадлежащих к разным культурам, теми психотерапевтическими методами, которые опираются на непринятые в традиционной среде больного ценности. В рамках кросс-культурного диалога Е. Л. Николаев так же обращает внимание на психообразование.

Важность учета ценностей пациента в построении партнерских терапевтических отношений с пациентами с дисфункциональными убеждениями относительно своего заболевания и беспокойством о здоровье отмечают Н. А. Сирота и Б. А. Фетисов (2024).

Принимая во внимания, что соматизация часто используется в качестве эвфемизма в тех культурах, где психические расстройства высоко стигматизированы, а выражения эмоционального дистресса не находят валидации среди значимых других (что довольно характерно для сельской местности), особое значение приобретает изучение специфики клинических

проявлений СР и индивидуально-психологических особенностей у жителей сельской местности для построения эффективного терапевтического диалога.

Большинство специалистов выделяет психотерапию как наиболее эффективный метод лечения СР и находит когнитивно-поведенческую терапию наиболее эффективным методом лечения (Сидоров П.И., Совершаева Е.П., 2015; Mai F.M., 2004; Kushwaha, V. et al., 2013).

По данным литературы, КПТ является направлением, аккумулировавшим наибольшую исследовательскую базу своего эффективного применения в лечении СР. Так, в одном из последних сетевых мета-анализов, в который были включены 74 исследования и более 8000 пациентов, был сделан вывод, что КПТ является основополагающей психотерапией для лечения соматического дистресса, что не исключает открытости к поиску других альтернатив. (Maas Genannt Bermppohl F, Martin A., 2025)

Важной составляющей частью лечения в протоколах КПТ является психообразовательный модуль (Прибытков А.А. и др., 2017; Иванов М.В. и др., 2025).

Рациональная-эмоциональная-поведенческая психотерапия, разработанная А. Эллисом, относится к классическим вариантам КПТ, который продемонстрировал свою эффективность на разных контингентах пациентов. (David D. et al., 2018; Agarwal V. et al., 2020; David O.A. et al., 2021; Knapp S. et al., 2023; Zhang M. et al., 2023).

Анализ содержания этого метода и его успешного применения в психотерапии различных контингентов пациентов, его структурированность и понятность используемых интервенций определяет его перспективность в использовании для разработки психотерапевтических программ для пациентов с СР. Исследования показали его успешное применение в лечении адаптационных расстройств у студентов, выходцев из сельской местности (Omeke Faith C. et al., 2024).

В целом проведенный анализ литературных источников в отношении оптимизации диагностики и терапевтических подходов к больным с пограничными психическими расстройствами, обращающихся в первичное звено здравоохранения, свидетельствует о том, что исследователями предлагаются и внедряются различные программы взаимодействия врачей-интернистов и психиатров, которые реализуются с учетом мощной научно-обоснованной доказательной базы. Но практические наблюдения больных СР говорят об отсутствии эффективного взаимодействия врачей-клиницистов общемедицинской практики и психиатрической службы по отношению к больным СР. Приведенные обстоятельства требуют изучения причин несвоевременного обращения за психиатрической помощью и разработки более оптимальных методов раннего выявления и своевременного направления больных СР в профильные учреждения.

В заключение обзора специальной литературы можно сделать вывод о том, что СР является комплексным многоуровневым психопатологическим образованием, которое представляет сложность для диагностики, своевременного выявления в первичном звене здравоохранения, т. к. его механизмы гетерогенны и не до конца изучены. Очевидна недостаточность исследовательского внимания к различным клинико-психологическим, культуральным аспектам соматизированного расстройства у жителей сельской местности. Появление дефиниции СР связано с попыткой избежать стигматизации этих пациентов, однако анализ изученной литературы выявил, что ни стигматизация, ни самостигматизация у пациентов с СР не изучались. Пациенты, проживающие в сельской местности, оказались вне фокуса внимания специалистов. Несмотря на то, что специалисты часто пишут о важности учета индивидуально-психологических особенностей и роли симптоматики в системе значимых отношений пациента, работы, посвященные изучению этих аспектов у пациентов с СР, практически единичны, что определяет актуальность их исследования. Единичные протоколы

рандомизированных исследований в большей степени всей группы соматоформных расстройств не уделяют внимания специфике симптоматического профиля, а посвящены оценке результатов в целом для всей совокупности пациентов, что противоречит персонализированному подходу в медицине. Анализ литературы выявил, с одной стороны, наличие весомой доказательной базы эффективности психотерапии в лечении непсихотических психических расстройств, с другой стороны – отсутствие компактных, легко имплементируемых психотерапевтических программ для пациентов с СР, которые могли бы использоваться в сельской местности и быть понятным как специалистам, так и пациентам.

ГЛАВА II. ДИЗАЙН, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в течение 2010-2024 гг. на кафедре психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, медицинских организациях первичного звена здравоохранения ЦФО, психиатрических учреждениях ЦФО.

В качестве предмета исследования были выбраны пациентки с СР, проживающие в сельской местности ЦФО – этнически гомогенном Федеральном округе нашей страны, что определяет новизну исследования. Анализ литературы по теме диссертационного исследования показал, что это первая в нашей стране работа, посвященная описанию специфики СР у жителей сельской местности, результаты которой могут иметь важное практическое значение для улучшения персонализированного культурально-сенситивного подхода в оказании профильной помощи этой категории пациентов.

Для проведения исследования был выбран Центральный Федеральный Округ в связи с высокой плотностью населения для получения репрезентативных данных, где проживают типичные представители сельского населения России без выраженного этнического разнообразия для обеспечения культуральной гомогенности выборки. Исследование носило кроссекционный характер, особенности клинических проявлений и течения СР оценивались ретроспективно с использованием анализа медицинской документации и авторского полуструктурированного анамнестического интервью, материал набирался методом сплошной выборки.

Исследование проводилось в соответствии с этическим стандартом Хельсинкской декларации ВМА (протоколы заседания Комитета по этике Курского государственного медицинского университета №3 от 3.06. 2009 г., №4 15.2.2022 г.)

Критериями включения в исследование были наличие информированного добровольного согласия на участие в исследовании, диагноза СР в соответствии с критериями МКБ-10 (F 45.0), женский пол, возраст от 18 до 65 лет, постоянное место жительства – сельская местность.

Критериями невключения больных являлись: 1) наличие соматических заболеваний с трудноразличимыми с СР симптомами (в итоге из-за соматической отягощенности в исследовательской выборке оказались женщины не старше 45 лет); 2) активно проводимая психофармакотерапия на момент скрининга; 3) наличие других психических расстройств; 4) наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации.

В исследование не включалось городское население, т.к. нами соблюдался принцип гомогенности исследовательских групп: больные, проживающие в городе, имеют абсолютно разные средовые, культуральные, социальные и даже материальные статусы (описанию этих аспектов отведено большое место в 3 главе диссертации), а также уровень доступности медицинской помощи. Согласно нашему исследовательскому плану, данные параметры должны оставаться контролируемыми (константными в обеих исследовательских группах), а городское население представляет гетерогенную группу. В контексте диссертации сравнение городского и сельского населения нецелесообразно.

Изучение особенностей проявления СР у городских жителей производилось на основании данных литературных источников. Литературный обзор был построен на основании анализа 391 публикаций на данную тему: из них 145 зарубежных и 246 отечественных работ. Поиск публикаций производился в библиографических базах РИНЦ и Medline на русском и английском языке с глубиной поиска 20 лет по ключевым запросам: «соматизированное расстройство», «соматоформное расстройство», «психические расстройства», «пограничные психические расстройства», «непсихотические психические расстройства», «пограничные нервно-

психические расстройства» и «городское население», «сельское и городское население», «сельская и городская популяция», «сельская местность».

По нашим данным на основании анализа литературных источников, можно говорить о том, что это первая в нашей стране работа, посвященная описанию специфики СР у жителей сельской местности, результаты которой могут иметь важное практическое значение для улучшения персонализированного культурально-сенситивного подхода в оказании профильной помощи этой категории пациентов. В задачи исследования не входило выявление специфических антропо-психиатрических характеристик. Важной практической целью стало донесение до врачей изучаемых аспектов о мало знакомой для них категории больных, т.к. образовательные аспекты системы непрерывного медицинского образования не содержат симуляционных задач, коммуникативных навыков, учитывающих особенности пациентов сельской местности.

Дизайн исследования. Исследование проходило в несколько этапов (Таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Этапы проведения исследования

Этап исследования	Материал исследования	Методы исследования
I ЭТАП набор пациентов из собственной исследовательской базы, направленных врачами интернистами специалистами в области психического здоровья и из первичного звена здравоохранения и подтверждение диагноза СР	892 больных с симптомами соматизированного расстройства, направленных на исследование, были обследованы психиатрами кафедры подтвержден диагноз СР у 807	Клинический Клинико-психопатологический Позитивная и негативная диагностика невротических расстройств Проверка соответствия критериям МКБ-10 СР
II ЭТАП		

Исключение коморбидной соматической, неврологической и психической патологии	807 женщин с СР - обследованы на наличие коморбидных психических расстройств и соматических заболеваний с перекрестными с СР симптомами - Описаны основные коморбидные с СР психические расстройства и соматические заболевания (523) - сформирована мононозологическая выборка из 284 больных		Клинический Клинико-психопатологический Психометрический: Международное нейропсихиатрическое интервью (MINI) Структурированное клиническое интервью для диагностики расстройств личности (SCID-II)
III ЭТАП Разделение пациентов на группы с низкой приемлемостью профильной помощи (избегающим врача-психиатра поведением) и высокой приемлемостью (обратившихся за помощью в течении года, с момента направления специалистами)	284 больных СР женского пола, жители сельской местности		Клинико-анамнестический
	Основная группа, n=176 F 45.0	Группа сравнения, n=108 F 45.0	
IV ЭТАП Изучение клинических проявлений, клинико-динамических вариантов СР и особенностей механизмов соматизации и выявление различий в группах с разным уровнем	Основная группа, n=176 F 45.0	Группа сравнения, n=108 F 45.0	Клинико-психопатологический Клинико-анамнестический Психометрический: Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ, 4ДДТС) Статистический:

приемлемости профильной помощи			Метод группового учета аргументов (МГУА)
V ЭТАП Изучение индивидуально- психологических характеристик пациенток с СР: личностных профилей, особенности структуры идентичности, уровня, выраженности тревожности и выявление различий в группах с разным уровнем приемлемости профильной помощи	Основная группа, n=176 F 45.0	Группа сравнения, n=108 F 45.0	Экспериментально- психологический: Стандартизованный метод исследования личности (СМИЛ) Шкала проявлений тревожности Дж. Тейлора (ТМАС) Методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) Критерий χ^2 Пирсона
VI ЭТАП Оценка особенностей отношения к своему расстройству и лечению	Основная группа, n=176 F 45.0	Группа сравнения, n=108 F 45.0	Экспериментально- психологический: Опросник для оценки самостигматизации (Михайлова И.И., Ястребова В.С., 2005) Методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) Корреляционный анализ методом ранговой корреляции г-Спирмена Опросник «Уровень комплаентности» (Кадыров Р.В. с соавт., 2014) Опросник для изучения отношения к болезни и лечению

			(Карвасарский Б.Д., 2014)
VII ЭТАП Разработка прогностической модели «избегающего врача-психиатра поведения» с учетом клинических и индивидуально-психологических параметров у пациентов с соматизированным расстройством; выделение моделей внутренней картины заболевания у больных соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности	Основная группа, n=176 F 45.0	Группа сравнения, n=108 F 45.0	Статистический: множественная линейная регрессия, отбор переменных методом ForwardStepwise, F-критерий (критерий Фишера), корреляционно-регрессионный анализ
VIII ЭТАП Исследование индивидуально-психологических характеристик пациентов, влияющих на манифестацию невротических расстройств в соматической плоскости для подбора мишеней для программы рациональной психотерапии с модулем психообразования	Больные СР из основной исследовательской группы (n=60)	Больные СР из группы сравнения (n=60)	Экспериментально-психологический: Торонтская шкала алекситимии (TAS-26) Тест эмоционального интеллекта Холла Критерий χ^2 Пирсона U-критерий Манна-Уитни метод ранговой корреляции R Спирмена

«Школа соматического стресса»			
IX ЭТАП Проведение и оценка эффективности программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» для женщин с СР, исследование пациенток при включении в программу и по ее завершению	1-я терапевтическая группа (ПФТ+ПО) 60 больных СР, получавшие в стационаре психофармакотерапию и включенные в «Школу соматического стресса»	2-я терапевтическая группа (ПФТ) 60 больных СР, получавшие только психофармакотерапию в стационаре	Психометрический: Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ, 4ДДТС) Экспериментально-психологический: Карта оценки уровня знаний о психической болезни (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2007) Опросник для оценки самостигматизации (Михайлова И.И., Ястребова В.С., 2005) Непараметрический критерий Уилкоксона

На первом этапе исследования был проведен набор пациентов из собственной базы данных, а также по направлению из первичного звена здравоохранения, всего было включено 892 пациента с симптомами соматизированного расстройства.

На протяжении более 10 лет проводилась активная междисциплинарная работа, к набору больных активно привлекались специалисты в области психического здоровья (врачи-психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, сотрудники кафедры психиатрии и психосоматики). Самостоятельно, без направления специалистами первичного звена, к врачу-психиатру обратились лишь 14 человек (2,68%) на этапе скрининга. По итогам тщательно проведенной клинико-психопатологической оценки скринированных пациентов с проведением позитивной и негативной

диагностики невротических расстройств, стартовал второй этап исследования, в которое были включены 807 пациенток с подтвержденным диагнозом СР. Высокая контаминация функциональными симптомами в первичной медико-санитарной сети крайне осложняет достоверную диагностику СР, грамотная негативная диагностика приводит к тому, что части пациентов выставляется диагноз соматического заболевания, где повышенное беспокойство о здоровье может быть обусловлено либо сопутствующей акцентуацией характера, либо ятрогенными осложнениями, связанными с длительным отсутствием правильного диагноза и лечения.

У 807 пациенток был подтвержден специалистом диагнозом СР в соответствии с критериями МКБ-10, они были госпитализированы в психиатрический стационар.

На втором этапе проводилась оценка наличия сопутствующей коморбидной патологии, как психической, так и соматической. На этом этапе использованы методы: клинический, клинико-психопатологический и психометрический, использовался опросник MINI (международное нейropsychиатрическое интервью) – это короткое структурированное диагностическое интервью для психиатрической оценки и отслеживания результатов в клинических психофармакологических и эпидемиологических исследованиях. Методика была разработана в 1990 году клиницистами США и Европы для психических расстройств DSM-III-R и ICD-10 (Аведисова А.С. и др., 2020; Джахагирдар Р., 2022; Касьянов, Е.Д., 2022; Sheehan D.V. et al., 1997; Amorim P. et al., 1998). MINI является наиболее широко используемым психиатрическим структурированным инструментом диагностического интервью в мировом психиатрическом сообществе. MINI был переведен и лингвистически проверен на 70 языках, он обновлен для отображения как DSM-IV, MINI 6.0 (версия 10 / 10 / 10), так и DSM-5, MINI 7.0.2, диагностических критериев.

Так же для исключения из исследовательской выборки расстройств зрелой личности клиническая беседа и оценка состояния пациента в соответствии с критериями F.6 по МКБ-10 дополнялась обследованием SCID-II (Structured Clinical Interview for Personality Disorders, SCID-II) – структурированное клиническое интервью для оценки профиля расстройств личности, разработанное для DSM-IV (Ryder A.G. et al., 2007).

Физикальное обследование и дополнительные консультации врачей интернистов, позволили выявить сопутствующие соматические заболевания, которые у пациенток вызывали значительно меньшее беспокойство, чем проявления СР. По итогам этого этапа были описаны основные выявленные коморбидные психические расстройства и соматические заболевания у пациенток с СР, проживающих в сельской местности.

По результатам этого этапа в мононозологическую выборку» были включены 284 пациентки с СР.

На третьем этапе 284 пациентки с СР были разделены на 2 группы. Основную группу составили наиболее типичные пациентки с СР, проживающие в сельской местности, отказывающиеся обращаться за профильной помощью, вопреки повторным рекомендациям врачей интернистов обратиться к специалистам в области психического здоровья.

В эту группу были включены 176 пациенток с СР F45.0, которые до момента обращения к специалистам психиатрического профиля в течение длительного времени (от 1 года до 6 лет с момента постановки предварительного диагноза) наблюдались (проходили многочисленные обследования, получая малоэффективное лечение) у врачей-интернистов. Для больных основной группы было свойственно «избегающее врача-психиатра поведение».

В *группу сравнения* вошли 108 больных женщин с диагнозом СР F45.0, которые относительно быстро обратились за помощью к врачу-психиатру – в течение нескольких месяцев (до 1 года) после постановки предварительного

диагноза СР, что соответствует литературным данным об обращаемости пациентов с СР к специалистам в области психического здоровья («Клиническая психиатрия : Руководство...» / под ред. Т. Б. Дмитриевой, 1999; Попов Ю.В., Вид В.Д., 2000; von Uexkull T., 1986; Ten Have M. et al., 2010). На данном этапе применялся клинико-анамнестический метод.

На **четвертом этапе** и проводилось изучение клинических проявлений, клинико-динамических вариантов СР и особенностей механизмов соматизации. На данном этапе использовались методы: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психометрический (4DSQ – четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации), статистический (МГУА – метод группового учета аргументов).

Для выявления особенностей проявлений соматизации, соотношения соматизации тревоги, депрессии и дистресса у пациенток с СР, проживающих в сельской местности, а также для корреляционного анализа показателей соматизации и кластеров СР использован опросник 4ДДТС.

Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня состоит из 50 пунктов, оценивающих состояние пациента за последние 7 дней. Варианты ответов на вопросы сформулированы как «нет», «иногда», «периодически», «часто», «очень часто или постоянно». Ответы оцениваются по шкале от 0 до 2 баллов, где 0 баллов – «нет»; 1 – «иногда»; 2 – для всех остальных вариантов ответа. Количество баллов суммируется по каждой шкале. Шкала стресса содержит 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32); шкала депрессии – 6 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 12); шкала тревоги – 12 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 24); шкала соматоформных нарушений – 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32). В данной методике был сделан акцент на шкале соматизации, в состав которой входит 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32), где $x > 10$ – умеренное повышение, $x > 20$ – выраженное повышение.

Подшкала соматизации «Четырехмерный опросник симптомов» (4DSQ) охватывает самый широкий диапазон измеряемых свойств. Авторы рекомендуют использовать подшкалу соматизации 4DSQ как критерии эффективности в первичной медико-санитарной помощи. Опросник показал хорошую внутреннюю согласованность, структурную валидность, конструктивную валидность и ретестовую надежность. Данный инструмент был валидизирован и введен в исследовательскую практику А. Б. Смулевичем и его учениками, как чувствительный и информативный инструмент для изучения психосоматических соотношений при различных психических расстройствах и соматических заболеваниях (Смулевич А.Б. с соавт., 2014).

На пятом этапе проводилось изучение индивидуально-психологических характеристик пациенток с СР, а именно личностных профилей, особенности структуры идентичности, уровня, выраженности тревожности и выявление различий в группах с разным уровнем приемлемости профильной помощи. В рамках экспериментально-психологического метода использовались СМИЛ – стандартизированный метод исследования личности, шкала уровня личностной тревожности Дж. Тейлора, МИЛИ – методика изучения личностной идентичности.

Для выделения специфических личностных профилей у больных СР, проживающих в сельской местности, применялась методика многостороннего исследования личности (СМИЛ) в адаптации Л.Н. Собчик (2001). Опросник представлен 566 вопросами и включает анализ по шкалам достоверности и клиническим шкалам. Данный опросник является культурально-адаптированным (в опроснике переработаны формулировки вопросов, что сделало их более доступными для сельских жителей) и позволяет выявить специфические невротические профили в условиях алекситимии, характерной для пациентов с СР.

Учитывая, что СР рассматриваются в группе невротических и связанных со стрессом расстройств, дополнительно изучалась тревожность как

специфическая личностная черта, которая относится к факторам риска развития и неблагоприятного течения данной группы расстройств.

Шкала уровня личностной тревожности (Teilor's Manifest Anxiety Scale) предназначена для измерения уровня тревожности. Опросник предложен Дж. Тейлор в 1953 г. Рассматриваемая шкала состоит из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения отбирались из набора Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI). Выбор пунктов для теста был осуществлен на основе анализа способности дифференцировать лица с «хроническими реакциями тревоги». Более известны варианты методики в адаптации Т. А. Немчинова и В. Г. Норакидзе, которые в 1975 г. дополнили опросник шкалой лжи, позволяющей судить о демонстративности или неискренности в ответах. В нашем исследовании использовался вариант, адаптированный Т. А. Немчиновым. Оценка результатов исследования по опроснику производилась путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о тревожности. Суммарная оценка от 40-50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги; 20-40 баллов свидетельствуют о высоком уровне тревоги; 15-25 баллов – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне; 5-15 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне; 0-5 баллов – о низком уровне тревоги.

Для оценки идентичности как важнейшей характеристики целостности личности, определяющей целеполагание, принятие решений и социальных ролей, жизненные установки и предпочтения, а также способность к формированию устойчивого и непрерывного чувства собственного Я с набором согласованных представлений о себе и интеграции автобиографического опыта, а также оценки интроспективных способностей пациенток, была выбрана методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) (Шнейдер Л.Б., 2007), которая выделяет различные типы идентичности, в зависимости от личностной зрелости.

В основе ее применения лежат принципы ассоциативного эксперимента, которые отражают способность субъекта воспринимать себя как целостное единство (личностная идентичность). Методика предлагает следующие типы личностной идентичности:

Диффузная идентичность определяет повышенную психологическую уязвимость с отсутствием стабильного целостного образа себя, противоречивое восприятие собственной личности, где симптомы соматизированного расстройства могут выполнять значимую компенсаторную функцию в отношении личностных дефицитов.

Предопределенная идентичность связана с отсутствием личной автономии в выборе жизненных ориентаций, где отсутствует необходимое для нормального развития прохождение кризисов самоопределения, она характеризуется выраженным внутренним противоречием между стремлением к самостоятельности и фактической зависимостью от ожиданий и правил значимых других. В данном случае присутствует ригидное следование патологической родительской идентичности, где может быть, в том числе, вариант «отрицательного подражания». В этих условиях попытки сепарации (протеста, несогласия) могут вызывать выраженное чувство вины и стыда, где симптомы соматизированного расстройства могут сглаживать конфликтные переживания и выступать в качестве средства самонаказания за стремление к автономии. В случае с СР методика является инструментом для выявления вторичной выгоды. Преобладание незрелых форм идентичности определяет трудности адаптации в стрессовых ситуациях, когда пациентам не хватает гибкости и спонтанности, ситуативная подстройка, изменения ролевых стереотипов приводит к резкому усилению тревоги с низкой способностью интегрировать сомато-вегетативные проявления аффекта в единое эмоциональное переживание и страху фрагментации идентичности, что усиливает психологическую дезадаптацию.

Мораторий по определению означает «отсрочку», то есть речь идет о своеобразной «прокрастинации» консолидации идентичности, где присутствует активный интерес к решению задачи выбора, связанного обычно с самореализацией, при одновременном отсутствии подходящего решения.

Достигнутая позитивная идентичность характеризуется наличием прочных жизненных целей и ценностей.

Псевдопозитивная идентичность проявляется стабильным отрицанием собственной уникальности или, наоборот, ее амбициозное подчеркивание с переходом в стереотипию, нарушением механизмов идентификации и обособления в сторону гипертрофированности, ригидность Я-концепции, болезненные реакции на критику.

На шестом этапе была проведена оценка особенностей отношения к своему расстройству и лечению. Здесь использовался экспериментально-психологический метод: опросник для оценки самостигматизации (Михайлова И.И. и др., 2005), опросник «Уровень комплаенности» (Кадыров Р.В. и др., 2014), опросник для изучения отношения к болезни и лечению («Клиническая психология...» / под ред. Б.Д. Карвасарского, 2014).

Самостигматизация является сложным конструктом, отражающим деформацию идентичности под влиянием имеющегося диагноза. С помощью Опросника самостигматизации, разработанного сотрудниками отдела организации психиатрической помощи НЦПЗ РАМН (Михайлова И.И. и др., 2005), определялась выраженность самостигматизации у каждого обследуемого. Утверждения опросника представлены 83 вопросами и касаются каждой из 12 сфер психологического и социального функционирования человека. С каждой из указанных сфер связана определенная группа утверждений. Каждому утверждению, приписывающему больному несостоятельность из-за заболевания, соответствует утверждение, переносящее ответственность за проблемы больного на других людей. Испытуемому предлагается четыре варианта ответа: «абсолютно согласен», «скорее

согласен», «скорее не согласен» и «абсолютно не согласен». Самостигматизация конкретного больного характеризуется совокупностью значений частот предложенных вариантов ответов.

Исследование готовности быть приверженными терапии с учетом социального контекста и эмоционально-поведенческих характеристик проводилось с помощью методики «Уровень комплаентности» (Кадыров Р.В. с соавт., 2014). Она выявляет следующие составляющие комплаентности: 1) социальная комплаентность – стремление соблюдать врачебные рекомендации, исходя из социального одобрения; 2) эмоциональная комплаентность – приверженность к лечению, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью; 3) поведенческая комплаентность подразумевает соблюдение врачебных предписаний, исходя из восприятия болезни как препятствия, которое необходимо преодолеть. В свою очередь уровень комплаентности может быть низким, средним и высоким. Опросник состоит из 66 вопросов, на которые исследуемый может ответить «всегда», «иногда», «никогда». Выбор методики Р.В. Кадырова, обусловлен потребностью автора исследовать установку пациенток, готовность принимать не только медикаментозное, но и психотерапевтическое лечение.

Отношение пациенток к болезни и к предполагаемым результатам лечения определялось по результатам использования методики «Опросник для изучения отношения к болезни и лечению» («Клиническая психология...» / под ред. Б.Д. Карвасарского, 2014). Методика была разработана специалистами Ленинградской-Санкт-Петербургской школы психотерапии и включает в себя четыре шкалы, описывающие основные установки пациентов с невротическими расстройствами: 1) на достижение инсайта; 2) на изменение поведения; 3) на достижение симптоматического улучшения; 4) на получение «вторичной выгоды» от болезни; 5) иная мотивация или пассивная позиция. В завершении этапа были описаны модели отношения к болезни.

На седьмом этапе была проведена разработка прогностической модели «избегающего врача-психиатра поведения» с учетом клинических и индивидуально-психологических параметров у пациентов с СР. Для решения данной задачи использовались результаты экспериментально-психологических методик, оценивающих готовность пациентов воспринимать информацию от специалиста о своем расстройстве и следовать рекомендациям о лечении, а также собственную мотивацию больных: «Уровень комплаентности» (Кадыров Р.В. и др., 2014), «Опросник для изучения отношения к болезни и лечению» (Карвасарский Б.Д., 2014), которые потом были подвергнуты статистической обработке (множественная линейная регрессия, отбор переменных методом ForwardStepwise, F-критерий (критерий Фишера), корреляционно-регрессионный анализ.

На восьмом этапе было проведено исследование индивидуально-психологических характеристик пациентов, влияющих на манифестацию невротических расстройств в соматической плоскости для подбора мишеней для программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «школа соматического стресса». В качестве инструментов были выбраны Торонтская шкала алекситимии (TAS-26), апробированная в НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, и представляющая собой клинический опросник, направленный на изучение алекситимии. Эта характеристика личности проявляется снижением или отсутствием способности к осознанию, распознаванию, дифференцировке и выражению переживаемых эмоциональных состояний, а также описанию телесных ощущений. Также под этим понятием подразумевается эмоциональная безграмотность, низкая эмоциональная чувствительность в отношении других людей, низкая степень эмоциональной включенности в быденную жизнь.

Учитывая значимую роль эмоционального интеллекта в регуляции внутреннего напряжения и понимании своего эмоционального состояния, его психопротективную роль в отношении развития невротических расстройств,

был выбран тест эмоционального интеллекта М. Холла (Ильин Е.П., 2011). Тест использовался для изучения способности понимать отношения личности, отражающиеся в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений. Методом случайной выборки было выделено 60 больных из основной группы, поздно обратившихся за психиатрической помощью, и 60 больных из группы сравнения, не проявляющих избегающего врача-психиатра поведения, уравненной по социально-демографическим показателям.

Затем по результатам исследований был проведен поиск в научной литературе различных методов когнитивно-поведенческой терапии для выделения наиболее подходящих приемов для пациентов с СР с выявленными особенностями. Таким образом, основу психотерапевтической программы составила рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия А. Эллиса (David D. et al., 2018; David O.A. et al., 2021; Knapp S. et al., 2022; Zhang M. et al., 2023). Психосообразование было выделено в качестве значимого модуля психотерапевтических интервенций.

На девятом этапе проводилась оценка эффективности программы рациональной психотерапии с модулем психосообразования «Школа соматического стресса» для женщин с СР». В качестве критериев оценки эффективности программы на этом этапе исследования были выбраны показатели шкал 4-мерного опросника 4 ДДТС, уровня знаний о болезни и уровня самостигматизации. Карта оценки уровня знаний о психической болезни («Практикум по психосоциальному лечению...» / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера, 2007) включает в себя 16 вопросов, на которые предлагается дать субъективную оценку необходимости получения пациентами информации о различных аспектах психических расстройств.

Измерение показателей происходило до начала лечения в обеих группах, а затем через 42 дня (6 недель), то есть на момент завершения психотерапевтической программы в исследовательской группе. В первую группу вошли 60 пациенток из основной исследовательской группы, длительно

не обращавшиеся к врачу-психиатру, которые полностью прошли психотерапевтическое лечение вместе со стандартной психофармакотерапией. Во 2-ю группу вошли 60 больных из той же основной исследовательской группы, которые получали только стандартную психофармакотерапию.

На момент проведения исследования и до сегодняшнего дня в РФ отсутствуют клинические рекомендации по ведению пациентов с СР, выделяющие линии терапии. Поэтому выбор препаратов осуществлялся на основании международных клинических рекомендаций по лечению тревожных расстройств, к которым относится СР, выделяющие СИОЗС в качестве первой линии терапии. Так же все пациентки первые 2 недели получали анксиолитические препараты. Таким образом, исследовательские группы отличались только по одному критерию – участие в психотерапевтической программе, что позволило оценить ее эффективность. В связи с дефицитом квалифицированных кадров в регионе, где проводилось исследование, было принято решение не использовать группы активного внимания в качестве психологического плацебо-контроля в проведенном исследовании. Основанием стали международные клинические рекомендации по лечению тревожных расстройств, которые выделив КПТ как первую линию терапии с уровнем доказательности 1А, указывают, что для оценки эффективности психотерапии могут быть использованы как психологическое плацебо, так и активный контроль, к которому, относятся поддерживающая терапия, релаксация, психообразование или стандартная терапия (TAU). Соответственно в нашем исследовании, учитывая содержание самой психотерапевтической программы, в качестве активного контроля была выбрана психофармакотерапия (Bandelow B. et al., 2022).

Материал исследования

Социально-демографические характеристики. Все исследуемые были женского пола. Возраст участвующих в исследовании – от 18 до 45 лет. В основной группе средний возраст составил $30,5 \pm 11,5$, а в группе сравнения –

31,5 ± 13,5; таким образом, по возрастному признаку исследовательские группы были условно уравнены.

Образовательный уровень больных СР выше в группе сравнения. В основной группе высшее профессиональное образование имели 17 человек (9,66 %), незаконченное высшее было у 39 (22,16 %), среднее у 51 женщины (28,98 %) и наибольшая доля приходилась на среднее профессиональное образование, которое получили 69 женщин (39,20 %). В группе сравнения высшее образование наблюдалось у 43 больных (40,0 %), незаконченное высшее выявлено у 26 женщин (24,0 %), среднее профессиональное образование получили 22 больных (20,0) и среднее имели 17 пациенток (16,0%).

В основной группе преобладали временно трудоустроенные (69 больных (39,21%)): это занятость в сезонных работах, во время посевной или уборочной страды, по найму. Постоянное место работы имели 64 (36,36%) больных СР основной группы, в большинстве это низкоквалифицированные виды труда – уборщицы, разнорабочие, администраторы в магазине или на овощном складе, хранилищах зерна, по сути, выполняющие обязанности кладовщика или сторожа. В группе сравнения доминировали лица, не имеющие постоянного трудоустройства – 60 больных (56,0 %). На втором месте в группе сравнения 35 больных (32,0%), имеющих постоянную работу в соответствии с полученной рабочей специальностью.

В отношении семейного положения среди больных основной группы преобладали разведенные – 77 больных (43,90%). В группе сравнения таковых выявлено 17 человек (16%). 48 больных группы сравнения состояли в браке (44%), 43 больных в браке не состоят (40,0%), сюда же относятся не только никогда не вступавшие в брак, но и вдовы.

Особенности выявленных в этой группе социально-демографических показателей демонстрируют преобладание лиц с нарушениями социального функционирования как в семейной, так и профессиональной сферах, что

указывает на наличие дистресса и социальной дезадаптации и определяет важность изучения индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик, а также личностных профилей этих пациенток. Этим задачам были посвящены дальнейшие этапы исследования.

Методы исследования.

Основными методами исследования были клинический, клинико-психопатологический (с целью дифференциальной диагностики использовались принципы позитивной и негативной диагностики невротических расстройств), клинико-анамнестический, психометрический, экспериментально-психологический и статистический.

Клинический метод использовался для дифференциальной диагностики коморбидной соматической и неврологической патологии.

Клинико-психопатологический метод состоял в описании психической патологии, выделении основных признаков заболевания (симптомов) и их структуры (синдромов), определение отношения больного к своему состоянию. Анализировались психический и, дополнительно, неврологический статусы пациентов. Для клинической оценки и изучения данной патологии целесообразным стало выделение ведущего синдрома, определяющего основные проявления заболевания и указывающего на большую выраженность нарушений. Анализировались этапы, механизмы заболевания, определялись причинно-следственные связи, устанавливались зависимости между особенностями личности пациента и клиническими, психопатологическими и психологическими проявлениями.

С помощью клинико-психопатологического метода описывались основные симптомы соматизированного расстройства, синдромальная структура и синдромокинез, отношение пациента к расстройству и его частным проявлениям. Выявлялся ведущий характер расстройства, конкретные условия его формирования, осложнения клиники за счет присоединения дополнительных симптомов, оценивались особенности предыдущего течения

заболевания, описывалась специфичность проявлений при определенном типе течения соматизированного расстройства, были проанализированы прогностические признаки его дальнейшего развития.

Выделялись синдромы, среди которых определялся ведущий (доминирующий) синдром, отражающий основную специфику клинических проявлений. Оценивались особенности динамики симптоматики (усиление, ослабление, изменение симптомов) в процессе клинической беседы, течения и лечения заболевания.

Клиническая симптоматика заболевания регистрировалась в индивидуальных картах, проводился анализ историй болезни, клиническое интервью. Все пациентки были соматически обследованы, применялся метод включенного наблюдения за состоянием и поведением пациента – при общении с исследователем, в отделении, опрашивались лечащий врач и медицинский персонал больницы.

При проведении клинического интервьюирования наблюдалась повторяющаяся диссоциация между объективным поведением пациенток и их субъективной интерпретацией происходящего, которая ими не осознавалась. Чаще всего отмечена фиксация внимания больных на соматовегетативных проявлениях тревоги, нежелание анализировать факторы её вызывающие. Несвоевременные трактовка и понимание сути конфликта способствовали нарастанию соматизации и многочисленным обращениям к врачам-интернистам с требованиями повторных медицинских обследований.

Для уточнения социальных характеристик и получения информации о характере семейной системы отношений проводились беседы с родственниками и близкими пациента.

С целью сбора клинико-анамнестических данных относительно самого СР, а также данных анамнеза жизни, демографических и социально-психологических характеристик, причинах несвоевременного обращения к

врачу-психиатру, было разработано авторское полуструктурированное интервью.

Информированность является важной характеристикой системы оказания медицинской помощи населению, в связи с этим в полуструктурированном интервью был выделен блок вопросов, касающихся осведомленности пациентов о психиатрической помощи и об основных источниках получения ими информации о своем заболевании и возможностях его лечения.

Полученная информация заносилась в индивидуальную регистрационную карту для последующей статистической обработки. В ИРК также вносились сведения о результатах обследования и заключения специалистов общей практики, многократных лабораторно-диагностических обследований, результаты интерпретации психологических и психометрических методов.

Изучение клинико-психопатологических особенностей СР проводилось на основании диагностических критериев соматизированного расстройства МКБ-10 F45.0. Это многочисленные, повторные, часто меняющиеся физические симптомы, наблюдающиеся не менее двух лет. Симптоматика может относиться к любой части тела или системе органов. Учитывая отсутствие четкого стандартизированного перечня симптомов в МКБ-10, в полуструктурированном авторском анамнестическом интервью мы регистрировали в ИРК список симптомов, составленный на основании руководств по клинической психиатрии отечественных исследователей и комментариев к МКБ-10 (Дмитриева Т.Б., ред., 1999; Попов Ю.В., Вид В.Д., 2000; Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г., ред., 2018). Полуструктурированное интервью позволяло уточнять и дополнять перечень симптомами, жалобы на которые предъявлялись самими пациентками. Для оценки особенностей клинических проявлений СР у жительниц сельской местности ИРК были дополнены перечнем основных симптомов СР (Таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Перечень симптомов СР

Группа симптомов:	Симптомы:
Желудочно-кишечные симптомы	Рвота
	Боли в животе
	Тошнота
	Вздутие живота (повышенное газообразование)
	Понос
	Непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи (по мнению пациентов, не связанных с соматическими заболеваниями)
Болевые симптомы	Боли в конечностях
	Боли в спине
	Боли в суставах
	Боли во время мочеиспускания
	Другие боли (за исключением головных болей)
Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы	Сердцебиение
	Боли в грудной клетке
	Одышка
	Ощущения перебоев в работе сердца
Нарушения со стороны дыхательной системы	Перебои дыхания
	Ощущение неполноты вдоха
	Чувство нехватки воздуха
	Кашель
	Межреберная боль
	Частые вздохи (поверхностное дыхание)
Псевдоневрологические симптомы	Амнезия
	Затрудненное глотание
	Потеря голоса
	Глухота
	Двойственность зрительного образа
	Нечеткость зрения
	Кратковременная потеря зрения
	Обмороки или предобморочные состояния
	Мышечные подергивания
	Шаткость при ходьбе
	Мышечная слабость
	Трудности мочеиспускания

Диагноз СР верифицировался на основании общих диагностических указаний соматоформного расстройства МКБ-10 (F45). Основными

проявлениями расстройства должны были быть присутствующие у пациенток большую часть времени (на протяжении как минимум 2-х лет и более) многочисленные, рецидивирующие, часто видоизменяющиеся соматические жалобы. Одновременно в результатах лабораторно-диагностических исследований, часто проводимых по инициативе самих пациенток, отсутствовали признаки наличия соматического заболевания или имелись указания на их функциональный характер. У пациенток имелись различной степени выраженности дистресс и нарушения трудовой и социальной адаптации. Оценка симптомов проводилась по таким параметрам как продолжительность (не менее 2 лет) и *изменчивость симптоматики*.

Принцип позитивной диагностики невротических расстройств предполагает выявление психогенной природы заболевания (связь расстройства с психотравмирующей ситуацией, связь динамики состояния с изменениями актуальной ситуации, содержание клиники отражает суть психотравмы и др.). Убедительное отграничение невротических расстройств от сходной патологии основано на таких критериях как: выраженность и своеобразие клинических проявлений, структура и особенности личности пациента и тип психотравмирующей ситуации.

Принцип негативной диагностики позволяет относить к «чистым» невротическим расстройствам только те клинические проявления, при которых отсутствуют значимые органические изменения, обнаруживаемые клиническим методом исследования.

Для изучения индивидуально-психологических, социально-психологических особенностей, личностных профилей пациенток с СР, проживающих в сельской местности, а также таких феноменов, как алекситимия и эмоциональный интеллект, которые в значительной степени влияют на клиническую манифестацию тревожных расстройств в соматической плоскости, использовались *психометрический* и *экспериментально-психологический метод*. Дополнительно изучалась самостигматизация как

конструкт, деформирующий идентичность пациента под влиянием переживаний, связанных с наличием заболевания, и в значительной степени влияющий на своевременное обращение за помощью и поведение в отношении лечения.

Клинико-anamnestический метод: было разработано авторское полуструктурированное интервью, направленное на выявление особенностей клинических проявлений СР, их динамики, определение связи развития и изменения симптомов с особенностями системы значимых отношений пациенток и социальными факторами. Кроме активно предъявляемых жалоб больных, вопросы интервью были направлены на всестороннюю оценку эмоционального состояния, динамики настроения, их связи со значимыми, в том числе психотравмирующими событиями. Дополнительно оценивалась динамика поведения пациенток в процессе проведения интервью. Отдельный блок вопросов оценивал анамнез жизни пациента, направленный на понимание таких аспектов, как: особенности формирования личности пациента, влияние условий проживания в сельской местности, специфика системы значимых отношений, прохождение основных этапов социализации, наличие психотравмирующих ситуаций. Анализ анамнестических сведений предоставил информацию об условиях воспитания больных, их отношении к болезни. Так, существенную роль играет формируемое в семье отношение к психологическим проблемам и физическому благополучию. Снисходительное отношение в ситуациях соматического заболевания, отсутствие эмоционального включения, пренебрежение эмоциональными волнениями ребёнка так же оказываются предрасполагающими факторами к формированию и закреплению механизма соматизации, сопровождающимся малоосознаваемым манипулятивным поведением с получением условной выгоды. Таким образом, специфические поведенческие реакции данных пациенток укрепляются в плане манипуляций своим заболеванием с лицами ближайшего окружения; они становятся очень

эффективными в плане получения условного вознаграждения, вопреки субъективному диссонансу с тяжестью болезни.

Сопоставлялись временные и качественные характеристики появления клинических нарушений, оценивалась особенность их динамики, реакция на изменение внешних обстоятельств, обусловленные личностными качествами пациента, терапевтические вмешательства. Клинико-анамнестический метод позволил всесторонне изучить историю болезни и жизни пациенток, чтобы использовать эти сведения для решения поставленных в исследовании клинических психиатрических задач, а также для сравнения с информацией полученной экспериментально-психологическим и психометрическим методами.

На разных этапах исследования использовался *статистический метод*: описательная статистика – анализ средних тенденций (среднее значение, мода, медиана), изменчивость признака (стандартное отклонение), критерий Пирсона χ^2 для оценки частоты встречаемости разных значений признака в двух и более эмпирических распределениях, непараметрические статистические критерии, предназначенные для оценки достоверности сдвига в значениях исследуемого признака (критерий Уилкоксона) и выявления различий в уровне исследуемого признака (U-критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента), метод ранговой корреляции RСпирмена для определения корреляционной связи между двумя признаками или их иерархиями, корреляционно-регрессионный анализ, статистический пакет фирмы StatSoft STATISTICA, версия 10.0. При выборе статистических критериев использовалось руководство Е. В. Сидоренко «Методы математической обработки в психологии» (2010), современные правила применения корреляционного анализа (Баврина А.П., Борисов И.Б., 2021). Для изучения корреляционного анализа показателей соматизации и кластеров СР использована мультипликативная нейронная сеть метода группового учета аргументов (МГУА). При разработке уравнения прогноза использован метод множественной линейной регрессии, F-критерий (критерий

углового преобразования Фишера), отбор переменных для него осуществлялся методом ForwardStepwise. Результаты методик личностной тревожности, алекситимии и самостигматизации применялись *для разработки уравнения прогноза «избегающего врача-психиатра поведения»* у больных СР женщин, проживающих в сельской местности.

ГЛАВА III. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

3.1. Особенности клинических проявлений соматизированного расстройства у женщин, проживающих в сельской местности (варианты и подтипы)

После анализа актуальных руководств по применению МКБ-10 в нашей стране, был составлен список ключевых симптомов СР, который был внесен сначала в полуструктурированное авторское интервью, а затем для статистической обработки в индивидуальную регистрационную карту (ИРК). Несмотря на то, что сами пациентки описывали свои симптомы весьма разнообразно, диагноз СР у всех обследованных нами больных верифицировался на основании общих диагностических указаний СР в МКБ-10 (F 45.0). Наличие в течение не менее 2-х лет множественных и варьируемых соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения; стойкое неверие врачам различных специальностей, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов и отказ следовать их рекомендациям; некоторые нарушения социального и семейного функционирования вследствие природы симптомов и обусловленного ими поведения. Оценка результатов лабораторно-диагностических исследований, часто проводившихся по инициативе самих пациенток, продемонстрировала отсутствие соматического заболевания. У

пациенток имелись различной степени выраженности дистресс и нарушения трудовой и социальной адаптации.

Описание основных симптомов СР, их частотное распределение представлено в Таблице 3.1. С наибольшей частотой регистрировались симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы, что логично вытекает из высокой вариабельности ЧСС и особой значимости сердечно-сосудистой системы в оценке собственного состояния здоровья. У 284 больных их было 1031, в среднем на 1 больную приходилось 3,63 симптома. **Первое место** по частоте среди симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы занимала одышка, которая служила основой для кардиофобической интерпретации своего состояния, она встречалась у 272 чел. (95,77%). Далее следовали «сердцебиение» (265 чел. – 93,30%) и «ощущение перебоев в работе сердца» (264 чел. – 92,95%), реже всего встречались «боли в грудной клетке». Они отмечались в 230 случаях (80,99%).

Таблица 3.1 – Частотное распределение диагностических симптомов соматизированного расстройства у всех обследованных больных женщин (n=284)

Диагностические симптомы соматизированного расстройства	Абс.	%
Желудочно-кишечные симптомы:		
1. Рвота	74	26,05
2. Боли в животе	223	78,52
3. Тошнота	262	92,25
4. Вздутие живота (повышенное газообразование)	131	46,13
5. Понос	134	47,18
6. Непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи (по мнению пациентов, не связанных с соматическими заболеваниями)	138	48,59
<i>Всего:</i>	962	3,38*
Болевые симптомы:		
7. Боли в конечностях	221	77,81
8. Боли в спине	268	94,37
9. Боли в суставах	197	69,37
10. Боли во время мочеиспускания	59	20,77
11. Другие боли (за исключением головных болей)	99	34,86

<i>Всего:</i>	844	2,97*
Нарушения со стороны сердца		
12.Сердцебиение	265	93,30
13.Боли в грудной клетке	230	80,99
14.Одышка	272	95,77
15.Ощущения перебоев в работе сердца	264	92,95
<i>Всего:</i>	1031	3,63*
и дыхательной системы		
16. Перебои дыхания (диспноэ)	164	57,75
17. Ощущение неполноты вдоха	147	51,76
18. Чувство нехватки воздуха	218	76,76
19. Кашель	135	47,54
20. Межреберная боль	103	32,26
21. Частые вздохи (поверхностное дыхание)	227	79,93
<i>Всего:</i>	994	3,50*
Псевдоневрологические симптомы:		
22. Амнезия	–	–
23. Затрудненное глотание	108	38,03
24. Потеря голоса	21	7,39
25. Глухота	–	–
26. Двойственность зрительного образа	110	38,73
27. Нечеткость зрения	180	63,38
28. Кратковременная потеря зрения	25	8,80
29. Обмороки или предобморочные состояния	106	37,32
30. Мышечные подергивания	6	2,11
31. Шаткость при ходьбе	127	44,72
32. Мышечная слабость	152	53,52
33. Трудности мочеиспускания	36	12,68
<i>Всего:</i>	851	2,30*

Примечание: * – количество симптомов в расчете на 1 больного

На втором месте по частоте были выявлены симптомы со стороны дыхательной системы, у 284 больных их было 994. Нарушения дыхания проявлялись, в первую очередь, «частыми вздохами (поверхностное дыхание)», которые отмечены у 227 больных (79,93%) и «чувством нехватки воздуха», которое наблюдалось у 218 женщин (76,76%). Диспноэ (нарушения ритма дыхательных движений), которое больные сравнивали с «перебоями дыхания», выявлены у 164 пациенток (57,75%). Реже в этой группе симптомов со стороны дыхательной системы обнаруживались «ощущение неполноты вдоха»– 147

(51,76%) и «кашель» – в 135 случаях (47,54%), «межреберную боль» отметили 103 пациентки (32,26%). Представляются интересными особенности субъективного восприятия симптомов со стороны дыхательной системы: поверхностное дыхание, перебои (нарушения ритма дыхательных движений, ощущение нехватки воздуха, «как будто, сейчас задохнусь»), пациентки воспринимали как следствие сердечного приступа или какой-либо другой острой патологии со стороны сердца, и соответственно, обращались за помощью к кардиологу. Подтверждением субъективного отрицания проблем со стороны органов дыхания является отсутствие обращений к врачам-пульмонологам в первичной медицинской сети, в анамнезе ни один из участников исследования не упомянул этих специалистов, что может объясняться низкой информированностью жителей сельской местности.

У обследованных больных зафиксировано суммарно 962 желудочно-кишечных диагностических симптома соматизированного расстройства (использовалось 6 диагностических симптомов). В среднем на 1 больную приходилось 3,38 симптома. Приведенные цифры свидетельствуют о том, что по частоте встречаемости группа желудочно-кишечных симптомов находилась **на третьем месте** после группы симптомов со стороны сердца и дыхательной системы. Наиболее часто среди желудочно-кишечных симптомов регистрировалась «тошнота». Она была у 262 больных (92,25%). Второе место по частоте в этой группе диагностических симптомов занимали «боли в животе» (223 чел. – 78,52%). Примерно с равной частотой фиксировались «непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи, которые, по мнению пациенток, «были вредными для здоровья» – 138 чел. – 48,59%; «понос» – 134 чел. – 47,18%; «вздутие живота (повышенное газообразование)» – 131 чел. – 46,13%. Реже всего среди желудочно-кишечных симптомов наблюдалась «рвота». Она встречалась в 74 случаях (26,05%).

По частоте встречаемости **четвертое место** занимает группа псевдоневрологических расстройств. Их зарегистрировано 871, что в среднем

на 1 больного составляет 3,07 симптома. Следует отметить, что из тех симптомов, которые предложены для диагностики соматизированного расстройства в руководстве по клинической психиатрии (Т.Б. Дмитриева, 1998), 2 симптома у обследованных больных отсутствовали («амнезия» и «глухота»). Ряд симптомов, такие как «мышечные подергивания», «потеря голоса» и «слепота», фиксировался крайне редко (соответственно 6 чел. – 2,11%; 21 чел. – 7,39%; 25 чел. – 8,80%).

В анализируемой группе симптомов наиболее часто регистрировалась «нечеткость зрения». Она наблюдалась у 180 больных, что составляет 63,38%. Далее по частоте следовали «мышечная слабость» (152 больных – 53,52%). «Шаткость при ходьбе» встречалось в 127 случаях (44,72%), «двойственность зрительного образа» – в 110 (38,73%). Далее по частоте в группе псевдоневрологических симптомов фиксировались «затрудненное глотание» (108 чел. – 38,03%), «обмороки или предобморочные состояния» (106 чел. – 37,32%) и «трудности мочеиспускания» (36 чел. – 12,68%).

Общее количество болевых диагностических симптомов (применяли 5 симптомов) соматизированного расстройства у обследованных женщин было немного меньше (844 симптом), чем общее количество псевдоневрологических симптомов (871 симптом). На 1 больную в среднем приходилось 2,97 симптома. В группе болевых симптомов с наибольшей частотой фиксировались «боли в спине». Они отмечались у 268 чел. (94,37%), больные часто связывали их с проявлениями остеохондроза, однако предъявляемые жалобы не соответствовали изменениям, выявленным на МРТ. Далее по частотному распределению в анализируемой группе симптомов следовали «боли в конечностях» (221 чел. – 77,81%). В 197 случаях (69,37%) встречались «боли в суставах». «Другие боли (за исключением головных болей)» занимали по частоте – (99 чел. – 34,86%), с наименьшей частотой в группе болевых симптомов регистрировались «боли во время мочеиспускания» (59 чел. – 20,77%). Жалобы на сексуальные расстройства встречались редко, что во

многим связано нежеланием пациенток, проживающих в сельской местности обсуждать со специалистом особенности сексуального анамнеза.

Всего у 284 больных соматизированным расстройством женщин выявлено 3708 соматизированных симптома. На 1 больную в среднем приходилось 13,06 симптомов (для диагностики СР в Руководстве по клинической психиатрии под ред. Т.Б. Дмитриевой указывается необходимость наличия как минимум 8 симптомов для постановки диагноза СР).

Таким образом, результаты изучения частотного распределения диагностических симптомов у больных СР женщин подтвердили, что среди множества полиморфных, алгических и псевдоневрологических жалоб с наибольшей частотой регистрируется группа симптомов со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. На втором месте по частоте группа желудочно-кишечных симптомов. Далее по частоте следуют группы псевдоневрологических и болевых симптомов. С наименьшей частотой встречаются группы урогенитальных и сексуальных симптомов. Наиболее диагностически значимыми среди симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы являются одышка (95,77%), «сердцебиение» (93,30%) и «ощущения перебоев в работе сердца» (92,95%), среди желудочно-кишечных симптомов – «тошнота» (92,25%), «боли в животе» (78,52%), «непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи» (48,59%). Среди псевдоневрологических симптомов – «нечеткость зрения» (63,38%), «мышечная слабость» (53,52%), «шаткость при ходьбе» (44,72%); среди болевых симптомов – «боли в спине» (94,37%), «боли в конечностях» (77,81%), «боли в суставах» (69,37%).

Проведение анамнестического интервью показало, что поликлиники районных больниц, соматические стационары являются «входными воротами», медицинскими учреждениями, куда первично обращаются пациенты с СР. Проведенное исследование выявило ряд значимых проблем, затрудняющих получение достоверной информации о распространенности СР в первичной

медико-санитарной сети. При опросе врачи общей практики, участковые терапевты утверждают, что больных с симптомами СР на приеме, действительно много. В учреждениях здравоохранения, финансируемых системой обязательного медицинского страхования, диагностика соматоформных расстройств, их обоснование противоречат государственной системе планирования (госзаказ). В процессе выполнения исследования и сбора материала можно отметить повышение информированности врачей интернистов и их осведомленности о типичных проявлениях психических расстройств, маскирующихся соматическими симптомами. Стоит отметить достаточно высокую квалификацию участковых терапевтов, врачей общей практики и неврологов, к которым обращались жительницы сельской местности с СР из исследуемой выборки. Однако специалисты из-за существующих организационных трудностей предпочитают пользоваться иными диагностическими формулировками, маскируя СР под диагнозами соматических заболеваний, лечение которых оплачивается по полису ОМС. Закономерным следствием является отсутствие сведений о нозологической форме F 45.0 в статистических отчетах базы данных «Парус».

Врач общей практики, обследуя сельскую жительницу с СР, убедившись в отсутствии органической патологии, невротическом генезе расстройства, вынужден ограничиться рекомендацией консультации психотерапевта, психолога, психиатра, в зависимости от реакции пациентки – лечение невролога, на которое они более охотно соглашаются. При опросе у 86% пациенток было выявлено, что после первичного обращения врач общей практики после назначенного им обследования сообщал, что у них нет соматического заболевания. В 45% случаев пациенткам было рекомендовано обратиться к врачу-психиатру, причем в каждой центральной районной больнице ЦФО работают такие специалисты, в 35% к психотерапевту, в 10% к медицинскому психологу. Пациентки исследуемой группы реагировали отказом, мотивируя его тем, что в сельской местности, по их мнению, нет

квалифицированных специалистов, после чего искали возможность обратиться в частные клиники и медицинские центры в городах, а может быть и «поехать в Москву», считая, что там «за деньги» ведут прием более компетентные врачи.

Важным аспектом, подчеркивающим актуальность изучения особенностей клинических проявлений и «типичного пути» пациенток с СР с учетом влияющих на него клинических и индивидуально-психологических характеристик, является медико-экономическая составляющая. Пациентки с СР отличались настойчивостью, требовательностью, конфликтностью в диалоге с врачом, стеничностью, стойкой убежденностью в наличии серьезного соматического заболевания и недоверием к компетентности специалиста, они успешно настаивали на назначении дорогостоящих обследований и необоснованном хирургическом лечении, которое, если и приносило облегчение, то только кратковременное. Средняя стоимость затрат со стороны системы здравоохранения на диагностику одного больного СР в первичной медицинской сети подсчитать не представляется возможным из-за отсутствия статистических сведений о таких больных в поликлинической сети. Поэтому было принято решение, используя данные, полученные при проведении клинико-anamnestического интервью, провести приблизительный подсчет собственных средств пациентки с СР, потраченных на многочисленные диагностические процедуры до момента обращения за специализированной помощью. Разный уровень финансового благополучия у пациенток с СР, проживающих в сельской местности, определил большой размах значений потраченных средств на самостоятельное обращение к специалистам, однако все больные при проведении интервью выразили готовность «потратить последнее», привлечь финансовые ресурсы близких, чтобы выяснить причину своих недомоганий. Таким образом, можно говорить о выраженной субъективной тяжести страдания при СР.

Следует отметить, что за время проведения исследования, в связи с развитием в ЦФО коммерческой медицинской помощи, можно говорить о

своеобразном «оттоке» этой группы больных в негосударственные лечебные учреждения, где пациентки надеялись найти квалифицированную помощь. Ориентированность многопрофильных медицинских коммерческих организаций на назначение пациентам дорогостоящих обследований и направление пациентов к разным специалистам во многом отвечало ожиданиям пациенток с СР, о том, как «правильно» должен вести себя специалист. По данным индивидуальных регистрационных карт все пациентки (100,0%), вошедшие в исследовательские группы, имели многократный опыт обращения в медицинские центры, негосударственные клиники после того, как врачи из ЦРБ их направляли к специалистам в области психического здоровья.

В соответствии с данными, представленными за изучаемый нами период Центром ОБУЗ МИАЦ (ПАРУС), диагноз «соматизированное расстройство» не был выставлен ни одним специалистом, что противоречит эпидемиологическим данным о распространенности этого расстройства. Однако изучение анамнестических сведений о больных СР, которые спустя длительное время были госпитализированы в психосоматическое отделение (отделение неврозов), дневные стационары ККПБ, указывает на длительное течение СР без своевременной постановки диагноза. Инициальные этапы СР сопровождаются многочисленными обращениями именно в учреждения первичного звена здравоохранения. Изучение факторов, препятствующих получению доступной специализированной психиатрической помощи, также стало предметом настоящей работы.

3.1.1. Клинические варианты и подтипы соматизированного расстройства у жительниц сельской местности

После описания и анализа имеющихся симптомов были выделены отдельные подтипы СР. В случаях, когда у пациентки было зафиксировано доминирование жалоб преимущественно из одной группы симптомов (желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой (кардиальная) или дыхательной), был обозначен **простой клинический подтип** соматизированного расстройства. В данном случае в жалобах пациенток доминировали симптомы, связанные с конкретной системой организма, однако при уточняющем расспросе выявлялись и другие признаки вегетативной дисрегуляции, соответствующие диагнозу СР. Однако пациентки субъективно меньше переживали из-за этих симптомов и не предъявляли их в качестве активных жалоб, эти симптомы не были причиной обращения к специалисту соматического профиля. **Сочетанный подтип** был выделен как сочетание беспокоящих пациентку соматизированных проявлений со стороны разных систем и органов и они относятся к разным группам предложенных в диагностических систематиках жалоб. На Рисунках 3.1, 3.2 представлено соотношение подтипов СР.

Наиболее часто в практической работе наблюдается сочетание кардиальной, дыхательной и болевой симптоматики (**алгически-сердечно-дыхательный вариант сочетанного подтипа** – сочетаются три варианта), сочетание носит устойчивый характер, и в субъективном представлении пациенток объединено концептуальным единством тяжелого недуга (Таблица 3.2).



Рисунок 3.1 – Клинические варианты простого подтипа СР

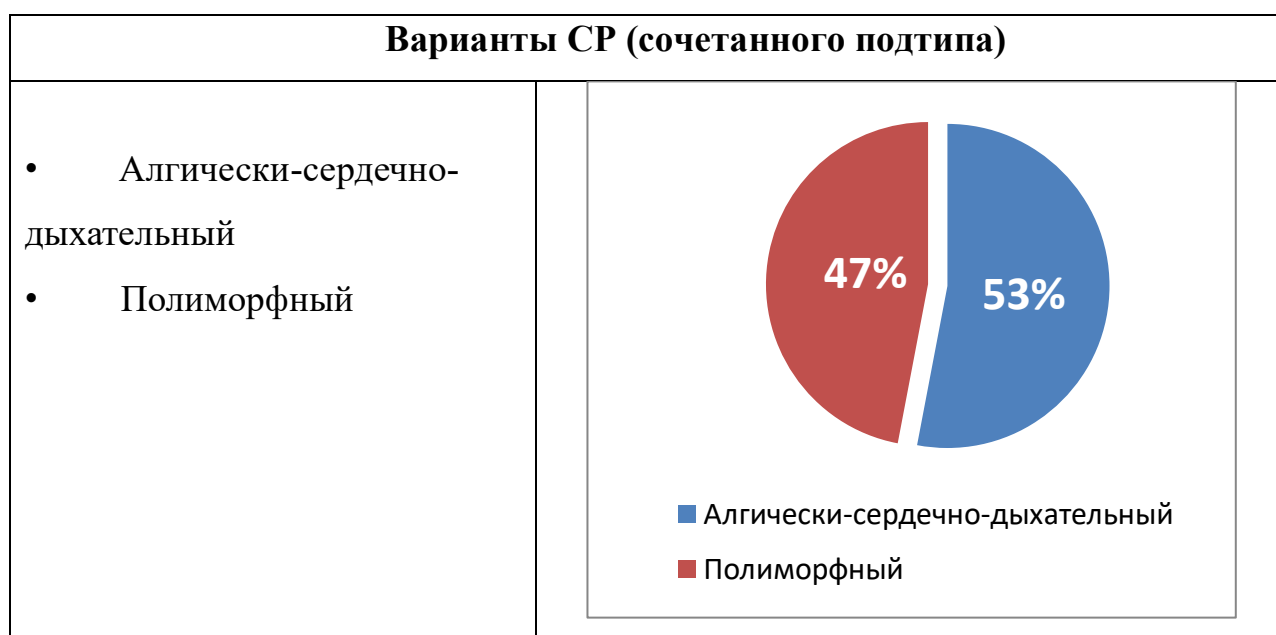


Рисунок 3.2 – Клинические варианты сочетанного подтипа СР

Таблица 3.2 – Частотное распределение клинических вариантов и подтипов СР в исследовательских группах

Клинические варианты СР	Основная группа, n=176		Группа сравнения, n=108		Ф
	Абс.	%	Абс.	%	
Кардиальный вариант <i>простого подтипа</i>	9	5,11	45	41,6	1,282*
Дыхательный вариант <i>простого подтипа</i>	7	3,98	41	37,96	6,453*
Желудочно-кишечный вариант <i>простого подтипа</i>	14	7,95	38	35,18	6,565*
Алгический вариант <i>простого подтипа</i>	31	17,61	3	2,7	0,401*
Псевдоневрологический вариант <i>простого подтипа</i>	38	21,59	5	4,62	0,719*
Алгически-сердечно-дыхательный вариант <i>сочетанного подтипа</i>	45	59,21	9	8,3	0,04*
Полиморфный вариант <i>сочетанного подтипа</i>	39	22,16	8	7,40	7,269*

Примечание: * - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$).

Другая динамическая комбинация кардиального, дыхательного, болевого и желудочно-кишечного вариантов, когда симптоматика может довольно сильно варьировать, – это **полиморфный вариант сочетанного подтипа** – сочетаются четыре простые варианта. В основной исследовательской группе зафиксировано преобладание сочетанных подтипов СР: кардиального, дыхательного и болевого вариантов СР (**алгически-сердечно-дыхательный вариант**) у 45 больных (59,21%); кардиального, дыхательного, алгического и желудочно-кишечного варианта (**полиморфный вариант сочетанного подтипа**) у 39 больной (22,16 %). Псевдоневрологический вариант СР простого подтипа характерен для 38 больных (21,59%), болевой – для 31 больной основной группы (17,61%).

На последних местах по частоте в основной исследовательской группе наблюдались простые подтипы СР – желудочно-кишечный вариант, кардиальный и дыхательный. Обратная закономерность прослеживается в группе сравнения – наиболее часто фиксируются простой подтип СР – кардиальный вариант у 41,6% больных, дыхательный у 37,96% и желудочно-кишечный вариант простого подтипа у 35,18%.

Детально проведенное полуструктурированное авторское интервью выявило, что СР может видоизменяться в процессе течения, что подтверждает утверждения других авторов о полиморфизме данного расстройства.

Речь идет о том, что манифест соматизированного расстройства мог проявляться доминированием какого-либо одного варианта простого подтипа, например, сердечно-сосудистого (кардиального), другие симптомы вегетативной дисрегуляции выявлялись при активном расспросе, но меньше беспокоили пациенток. И в этот период пациенты сосредотачивали свое внимание на возможных проблемах со стороны сердечно-сосудистой системы, обследовались у врачей-кардиологов. После периода благополучия возобновление соматизированного расстройства у этой же больной могло проявиться наличием симптомов со стороны другой системы органов, к примеру, преимущественно желудочно-кишечной симптоматикой (простой подтип) или сочетанием желудочно-кишечного и болевого варианта (сочетанный подтип).

Следует отметить, что начальные этапы СР даже при более благоприятном типе течения СР оставались диагностически малопонятной нозологией для специалистов первичной медицинской сети, по сравнению с ранее использовавшимся термином в отечественной психиатрии «органные неврозы». Неумение врача четко и понятно для пациента, особенно в сельской местности, проинформировать его о диагнозе, характере расстройства и эффективных методах лечения приводит к ятрогенному усилению беспокойства о своем здоровье. Необходимо улучшение междисциплинарного

взаимодействия и проведение дополнительного обучения для своевременного выявления СР врачами-интернистами и своевременной маршрутизации.

Кроме сомато-вегетативных нарушений, которые доминировали в жалобах пациенток, при проведении полуструктурированного интервью были определены специфические психопатологические синдромы (Таблица 3.3). На первом месте по частоте зафиксирован астенический синдром, его отмечали 118 больных (41,55%). На втором месте по частоте был определен ипохондрический синдром – у 101 больных (35,56%), однако следует отметить, что в отличие от ипохондрического расстройства, собственно обсессивный когнитивный компонент у пациенток с СР был выражен меньше, и ипохондрические переживания в большей степени определялись телесными сенсациями и проблемами в межличностных отношениях. У 87 (30,63%) больных СР была выявлена субклиническая депрессия, не достигающая уровня депрессивного эпизода, настроение было сильно подвержено влиянию внешних событий, при проявлении активного слушания, ободрении, поддержки в ходе интервью больные оживлялись, охотно поддерживали беседу, с интересом обсуждали новые методы диагностики и современные успехи в медицине (31,75%). У 67 больных (23,59%) выявлена тревожная симптоматика, тревога в основном провоцировалась телесными сенсациями, так же имели место тревожные руминации относительно состояния своего физического здоровья.

Таблица 3.3 – Частотное распределение психопатологических синдромов (n = 284)

Психопатологические синдромы	Абс.	%
Тревожный	67	23,59
Фобический	60	21,13
Депрессивный	87	30,63
Обсессивно-компульсивный	6	2,11
Ипохондрический	101	35,56
Астенический	118	41,55

Таким образом, клинической картине СР преобладают астенический, ипохондрический и депрессивный синдромы. Астенический синдром является

наиболее распространенным синдромом в медицине, что может давать основания для большой вариативности его ипохондрической интерпретации и поддержания беспокойства о здоровье. Сомато-вегетативные проявления депрессивного синдрома, как указывает проф. Х.-Й. Ассион, является основой для онкофобии у лиц, чья личность формировалась в условиях европейской культуры (Васильева А.В. и др., 2015).

3.1.2. Коморбидные с соматизированным расстройством соматические заболевания и психические расстройства

Многочисленные литературные данные указывают на высокую коморбидность СР с соматическими заболеваниями и другими психическими расстройствами, наличие перекрестных функциональных симптомов в значительной степени затрудняет процесс диагностики. В нашем исследовании была проведена оценка пациенток, которые из-за наличия коморбидностей не вошли в мононозологическую выборку, однако для совершенствования диагностики СР у жительниц сельской местности представляется значимым выявить наиболее часто встречающиеся коморбидные состояния, что может существенно улучшить диагностическую ориентацию специалистов. Основные результаты проведенной диагностики коморбидных соматических заболеваний и психических расстройств представлены в Таблице 3.4.

Таблица 3.4 – Частотное распределение коморбидных соматических заболеваний и психических расстройств (n=523)

Коморбидные состояния	Пациентки с СР, n=523	
	Абс.	%
Заболевания ЖКТ Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (K20-K31) Гастриты (K29) Язва желудка (K25) Язва двенадцатиперстной кишки (K26) Неинфекционный энтерит и колит (K50-K52)	94	17,97
Сердечно-сосудистые заболевания Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек (I13) Ишемическая болезнь сердца (I20-I25) Стенокардия [грудная жаба] (I20) Хроническая ишемическая болезнь сердца (I25) I25.2 Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда I49.9 Нарушение сердечного ритма неуточненное, МКБ-10	62	11,85
Эндокринные заболевания Тиреотоксикоз [гипертиреоз] (E05) Сахарный диабет II типа (E 11) Сахарный диабет I типа (E10)	86	16,44
Гинекологические заболевания Невоспалительные болезни женских половых органов (N80-N98) Воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-N77)	112	21,41
Другие цереброваскулярные болезни (I67) Церебральный атеросклероз (I67.2) Атеросклеротическая болезнь сердца (I25.1)	52	9,94
Перенесенные ЧМТ (в анамнезе) Внутричерепная травма (S06)	12	2,29
Алкогольная зависимость Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, пагубное употребление (F10.1)	48	9,18
Эпизодическое курение (Z 72.0)	74	14,15
Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства (F20-F29) Шизотипическое расстройство (F 21) (латентная шизофрения; латентная шизофреническая реакция; неврозоподобная (псевдоневротическая) шизофрения)	21	4,02

Расстройства настроения [аффективные расстройства] (F30-F39) Рекуррентное депрессивное расстройство (F 33) Депрессивный эпизод легкой степени (F 32.0) Депрессивный эпизод средней степени (F 32.1) Другие депрессивные эпизоды (атипичная депрессия) (F 32.8) Циклотимия (F 34.0) Дистимия (F 34.1)	84	16,06
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69) Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (F 60.31)	31	5,93
Ананкастное расстройство личности (F 60.5)	47	8,99
Истерическое расстройство личности (F 60.4)	62	11,85

Среди пациенток с СР, направленных из учреждений первичного звена здравоохранения, на первичный прием к врачу-психиатру на первом месте в качестве коморбидных состояний зафиксированы урогенитальная патология (21,41%), на втором – заболевания ЖКТ (17,97%), далее следовала эндокринная патология (16,44%). При этом у одной пациентки могло быть несколько соматических заболеваний. Существенным результатом исследования является демонстрация именно сочетания СР и соматических заболеваний. Несмотря на то, что МКБ-10 отмечает вероятность появления независимого соматического заболевания у пациентов с СР не ниже, чем в популяции, в рутинной практике часто имеет место дихотомия, где специалист должен сделать выбор либо в пользу соматики, либо психических нарушений. Такой подход определил интерес к дополнительной оценке существующих коморбидностей у пациентов с СР. В образовательных программах для врачей необходимо делать акцент на том, что наличие соматического заболевания не исключает диагноз СР, но эти патологии могут действительно сосуществовать у одного пациента. Примечательным является, что соматическое заболевание воспринимается пациентами более спокойно и не вызывает выраженного беспокойства и стремления постоянно обращаться за медицинской помощью, то есть в данном случае речь идет не об ипохондрической фиксации на

диагнозе соматического заболевания, а о манифестации тревожного расстройства в соматической плоскости. В определенной степени это согласуется с провидческим утверждением П. Брике, который одним из первых описал СР, что его развитие связано с частью головного мозга, отвечающей за чувства и эмоциональные впечатления.

Эндогенная психическая патология с неврозоподобной симптоматикой (Шизотипическое расстройство, F 21) с неврозоподобными шизотипическими расстройствами у женщин наблюдалась в 4,02% случаев. Эндогенная психическая патология с неврозоподобной симптоматикой в рамках непсихотической аффективной патологии среди женщин больных СР в качестве коморбидной патологии зафиксирована у 16,0%.

В нашем исследовании были выявлены различные коморбидные расстройства зрелой личности, что также согласуется с литературными данными. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип встречался у 5,93% женщин. Ананкастное расстройство личности диагностированы у 8,99% пациенток. Истерическое расстройство личности наблюдалось у 11,85% больных СР женщин.

Среди коморбидных расстройств невротического уровня у больных женщин, направленных к врачу-психиатру, по частоте встречаемости были выявлены: неврастения (25,81%), диссоциативные расстройства (18,74%), генерализованное тревожное расстройство (14,91%). Коморбидное смешанное тревожное и депрессивное расстройство обнаружено у 72 пациенток, что составило 13,77%. Далее по частоте встречаемости коморбидных состояний у женщин были зафиксированы соматоформная вегетативная дисфункция (8,03%), паническое расстройство (5,92%), хроническое болевое соматоформное расстройство (3,82%).

Клиническим своеобразием коморбидных СР депрессивных состояний является присутствие одновременно проявлений и тревоги, и депрессии. Наличие в течение нескольких месяцев необъяснимых болевых ощущений,

отсутствие понятных результатов многочисленных обследований, низкая эффективность лечения у разных специалистов приводили к появлению сниженного настроения, сопровождающегося тревожными опасениями, мыслями о неизлечимости, фиксацией на мрачных сторонах жизни, исчезновению интереса к занятиям, которые ранее доставляли удовольствие.

В исследуемой выборке среди выявленных коморбидностей отсутствуют пациенты с конверсионными расстройствами, что очевидно может быть объяснено довольно ясной для специалистов вторичной выгодой присутствующей у этих пациенток, что помогает дифференцировать состояния пациенток с СР, где имеется субъективная тяжесть страдания, выраженный дистресс от симптомов с нежеланием признавать их психическую природу.

3.2. Клинико-динамические особенности соматизированного расстройства и адаптационного образа болезни (адаптациогенез соматизированного расстройства)

Проведенное клинико-динамическое исследование позволило выделить три типа течения СР: **непрерывный** (континуальный), его обнаруживали 152 больных (86,36%) основной; ундулирующий (**волнообразно-резидуальный**) наблюдался у 22 (12,50%) больных основной группы и у 16 (14,81%) группы сравнения; **периодический** (рекуррентный, неконтинуальный), который отмечен у 2 (1,14%) пациентов основной группы и у 92 (85,19%) группы сравнения (Таблица 3.5, Таблица 3.6).

Таблица 3.5 – Частотное распределение типов течения СР

Типы течения	Основная группа (n = 176)		Группа сравнения (n = 108)	
	Абс.	%	Абс.	%
Непрерывный	152	86,36%	0	0
Ундулирующий	22	12,50%	16	14,81%
Периодический	2	1,14	92	85,19%

Таблица 3.6 – Признаки непрерывного, ундулирующего и периодического типа течения соматизированного расстройства

Признаки	Непрерывный тип течения (n = 152)	Ундулирующий тип течения (n = 38)	Периодический тип течения (n = 94)
Начало заболевания			
Острота начала	Постепенное	Постепенное	Острое
Триггерный механизм	Связь с отдельными стрессовыми ситуациями, временным социальным неблагополучием	Связь с кумулятивным стрессом по типу «эффекта последней капли»	Связь с отдельными стрессовыми ситуациями
Преобладающие клинические проявления			
Ведущие клинические варианты и подтипы	Многочисленные соматизированные симптомы: доминируют сочетанные подтипы (алгически-сердечно-дыхательный и полиморфный варианты)	Многочисленные соматизированные симптомы: доминируют сочетанные подтипы (полиморфный вариант)	Многочисленные соматизированные симптомы: доминируют простые подтипы (кардиальный, дыхательный и желудочно-кишечный вариант)
Наличие признаков мерцания симптоматики	Отсутствие периодов выздоровления	Временное затухание соматизированных симптомов без периодов полного благополучия, феномен	Наличие периодов полного благополучия

		«кратковременно о улучшения»	
Динамика клинических проявлений			
Характеристика динамики	Постоянное присутствие вегетосоматических симптомов и астении, выраженный дистресс, значительное снижение социального функционирования, постоянно имеются поведенческие нарушения, связанные с беспокойством о здоровье и фиксацией на телесных сенсациях	Периодически отмечается улучшение состояния с сохранением резидуальных симптомов, снижающих социальное функционирование пациентов	Имеются периоды значительного улучшения состояния, со значительной редукцией беспокойства о здоровье и сохранением слабо-выраженной вегетосоматической симптоматики, которая в сознании пациентов отходит на задний план и практически не влияет на социальное функционирование
Видоизменение клинических вариантов в динамике	Отсутствует		Присутствует
Когнитивная переработка симптомов			
Тип ВКБ	Соматоцентрический		
Отношение к медикаментозному лечению у врача-психиатра	Негативное отношение к любым назначениям, соблюдение режима приёма препаратов только под контролем медперсонала, желание заменить их «народными средствами», изучение аннотации к	Избирательное отношение к медикаментозным препаратам: негативное отношение к психофармакологическим средствам, но соблюдение режима приёма препаратов, назначенных неврологом и	Соблюдение рекомендаций в отношении приёма препарата, изучение аннотации к препаратам с целью «проверки врача»

	препаратам с целью отказа от приёма из-за возможных побочных эффектов	другими специалистами. Изучение аннотации к препаратам с целью «проверки врача», уточнение частоты приёма и дозировки	
Специфика информационного поведения	Постоянный поиск информации, сосредоточенность интересов не на здоровье, а на нетрадиционных способах лечения	Постоянный поиск информации, сосредоточенность интересов вокруг здоровья	
Астения и её когнитивная переработка	Постоянна вторичная интерпретация астении как подтверждение наличия тяжелого соматического заболевания	Констатация астении без интерпретации её как осложнения соматического заболевания	Отсутствие астении
Интерпретация вегетативных симптомов	Неправильная интерпретация вегетативного возбуждения как симптомов соматического заболевания и его прогрессирования		
Фиксация на болезненных проявлениях	Постоянные трудности переключения на повседневные дела из-за обеспокоенности своим состоянием	Временные трудности (в периоды обострения) переключения на повседневные дела из-за обеспокоенности своим состоянием	Легко переключаются на повседневные дела от беспокойства о своём состоянии
Интерперсональная функция симптомов	Обвинение близких в недостаточной поддержке и непонимании тяжести состояния		Отсутствие обвинения близких
Поведенческие нарушения			
Избегающее поведение	Наличие избегающего, охранительного («сберегающее здоровье») поведения		Отсутствие избегающего,

			охранительного поведения
Роль ближайшего окружения (родственников, семьи)	Поддержка родственниками статуса «тяжело больной»	Склонность к конфликтам с родственниками из-за «непонимания болезни»	Частые конфликты в семье по несвязанным с болезнью причинам
Выбор способов лечения	Выбор и следование нетрадиционным методам лечения, более частое обращение к знахаркам, чем к медикам, посещение «вычетов»	Предпочтение традиционных методов лечения, назначенных врачом, приемлемость медикаментозной терапии	
Специфика вторичной выгоды	Вторичная выгода в связи с установлением инвалидности по соматическому заболеванию	Вторичная выгода (манипулятивное поведение в отношении близких)	
Адаптационный образ болезни			
Динамика социальной и трудовой адаптации	Снижение социальной и трудовой адаптации без тенденции к восстановлению трудовой деятельности	Снижение социальной и трудовой адаптации с попытками восстановления социальной активности	Восстановление социальной и трудовой адаптации
Патохарактерологические расстройства	Препсихопатическое состояние и патохарактерологические расстройства	Отсутствие патохарактерологических расстройств	
Прогностическая оценка	Неблагоприятная для выздоровления прогностическая оценка	Сомнительный прогноз для выздоровления	Благоприятный прогноз для выздоровления

Непрерывный (континуальный) тип течения соматизированного расстройства был выявлен у 152 (53,14%) обследованных больных, из них все больные были представителями основной группы. Этот тип СР характеризовался постепенным началом: на фоне ситуационного ухудшения жизненных обстоятельств (в условиях психической травмы) отмечалось усиление жалоб, постепенно нарастали многочисленные симптомы сомато-вегетативных нарушений. В течение 2-х лет, необходимых в соответствие с критериями МКБ-10 для постановки диагноза, как правило, проводилась его многократная подробная негативная диагностика. С момента направления больных к врачу-психиатру длительность заболевания составляла от 2-х до 6 лет.

При непрерывном типе проявления полностью соответствовали диагностическим критериям МКБ-10 (F 45.0). Телесные симптомы наблюдались со стороны разных систем организма (доминировали сочетанные подтипы СР). Их возникновение имело четкую связь с психотравмирующими обстоятельствами (неудовлетворенность работой, завышенные требования на производстве, напряженный характер работы, отсутствие работы, материальное неблагополучие), которые были характерны для 149 больных (98,03%) с непрерывным течением болезни. Среди ситуаций, связанных с межличностными отношениями, в анамнезе жизни были выявлены семейные конфликты, личная неустроенность, смерть или тяжелые заболевания близких, неустроенность детей.

Следует отметить, что наличие сложных психотравмирующих обстоятельств и их связь с началом заболевания была неочевидной для самих пациентов, не осознавалась ими, в ряде случаев отрицалась, и была выявлена при проведении полуструктурированного анамнестического интервью. Сложные жизненные обстоятельства больные воспринимали как должное, «кому сейчас легко?», «работы сейчас нет», «кто вместо меня это будет делать?», «все сейчас так живут» и т.д., при этом не стремились взять на себя

ответственность, чтобы улучшить свою жизнь, объясняя это ограниченными социальными возможностями в сельской местности.

В клинической картине СР у всех 152 больных с непрерывным течением доминировали многочисленные соматизированные симптомы (желудочно-кишечные, болевые, сердечно-дыхательные, псевдоневрологические и другие), в данной подгруппе преобладали сочетанные клинические подтипы СР: алгически-серечно-дыхательный вариант сочетанного подтипа; полиморфный вариант сочетанного подтипа. Реже, при непрерывном типе течения, выявлялись псевдоневрологическая и алгическая клинические варианты простого подтипа СР. Непрерывный тип подразумевал отсутствие видоизменений вариантов СР в динамике: клиническая картина подтипа оставалась неизменной на протяжении многих лет (алгически-серечно-дыхательный вариант не мог смениться желудочно-кишечным при следующем ухудшении состояния). Дополнительно со временем присоединялись астенические проявления: у 143 больных (94,08%) были выявлены раздражительность, утомляемость, больные переставали справляться с привычными ежедневными делами (снижение толерантности к нагрузке). Астенизация прочно вплеталась в клиническую картину заболевания в качестве привычного дезадаптирующего фона. Количество предъявляемых жалоб у одного больного варьировало от 8 до 15. Появление новых, ранее не наблюдающихся, телесных сенсаций, приводило к усилению тревоги у 116 женщин (76,32%). Динамика в виде усиления интенсивности соматизированных жалоб с непрерывным течением отмечена у 132 женщин (86,84%), к примеру, при получении негативной информации о состоянии здоровья популярных личностей, общественных деятелей из СМИ, известных людей в ближайшем окружении. Ятрогенное ухудшение состояния после получения непонятной информации (расхождения в предполагаемых диагнозах) от разных специалистов наблюдалось у 117 пациенток (76,97%), что провоцировало

обсуждение со знакомыми результатов обследований, что «врачи ничего не знают» и последующее недоумение.

Предъявление множества соматических жалоб использовалось для манипуляции в отношениях со значимыми людьми у 140 больных (92,11%). Проживание в сельской местности требует регулярного участия в различного вида работах, которые обеспечивают экономическое благополучие. В ситуациях, когда необходим был коллективный физический труд в семье (уборка картофеля, посевная), симптоматика усиливалась, благодаря чему их освобождали от тяжелой физической работы.

Наличие постоянно болеющего непонятными для членов семьи заболеваниями является причиной конфликтного напряжения, претензий со стороны родственников, по этому поводу у пациенток с СР, отмечались выраженные экстрапунитивные реакции, обвинения в адрес близких высказывали 146 пациенток (96,05%), они считали, что семья не понимает тяжести их заболевания, необоснованно высказывает упреки за трату денег на бесконечные обследования, «вся семья работает на её болячки». Эмоциональная дисрегуляция как репрессивная система контроля над эмоциями, направленная на снижение негативных последствий действия разрушительных эмоций посредством их игнорирования, подавления или уклонения от них, некоторыми исследователями считается фактором, снижающим адаптационный потенциал личности (Польская Н.А., Разваляева А.Ю., 2017).

Особенности когнитивной переработки симптомов. Характерная для всей группы соматоформных расстройств соматоцентрическая внутренняя картина болезни во многом определяет трудность их диагностики и лечения. Свое заболевание пациентки определяли как болезненные симптомы соматического заболевания, требующего медицинской помощи, поэтому они проявляли настойчивость в отношении многократных медицинских обследований, инициировали многочисленные повторные консультации у

врачей-интернистов, обдумывали план действий для устранения симптомов, много времени проводили в поиске информации о своих симптомах, при этом чаще выбирая малодостоверные источники.

Для больных СР с непрерывным типом течения характерно негативное отношение к любым назначениям. При покупке препарата они изучают инструкцию, акцентируя внимание на побочных действиях, которые, по их мнению, «обязательно появятся», поэтому часто отказываются их принимать. Соблюдение режима приёма препаратов было возможно только во время госпитализации под контролем медперсонала. Отличительной чертой больных СР женщин было стремление заменить назначение «народными средствами». В общении с «какими-то знакомыми», которые болели сходными недугами, происходило эмоциональное оживление при обсуждении темы очередных способов лечения особенными диетами, рецептов микстур «от всех болезней», растирок и примочек (настойки каштана, одуванчика, молодых шишек и др.) для больного органа. Востребованы были запасы барсучьего или бараньего жира, специальной соли с добавками, отвары крапивы, в том числе прикладывание капустного листа на голову, собирались одиозные рецепты шоумена-«целителя» Геннадия Малахова. Обращает на себя внимание тот факт, что у больных СР женщин в ближайшем их окружении не было надежных друзей, общение ограничивалось неблизким знакомством по вопросам «исцеления» от недомогания. Таким образом, симптомы использовались с коммуникативной целью, обсуждение вариантов нетрадиционного лечения создавало безопасное поле для общения, не затрагивающего систему значимых отношений и личности пациенток.

Повторяющиеся мысли о серьезном заболевании обычно провоцировались телесными сенсациями, что «я не поправлюсь никогда», сомнения в понимании врачами причины заболевания посещали 131 больных с непрерывным течением (86,18%). Из-за обеспокоенности своим состоянием 146 (96,05%) больных с непрерывным типом течения не могли переключить

внимание и силы на повседневные дела. Постоянный поиск сведений о своем состоянии, информации о проявлениях болезни в 78 случаях (51,31 %) приводили к сосредоточению интересов не вокруг собственного здоровья, а на нетрадиционных способах лечения.

Наличие астенических проявлений у больных основной группы рассматривались ими как доказательства тяжести соматического заболевания, вторичная интерпретация астении зафиксирована у 142 женщин (93,42%). Аналогичная ситуация в интерпретации симптомов вегетативного возбуждения как проявлений тяжести соматической болезни выявлена у 140 больной (92,10%).

Обнаружены **поведенческие нарушения**, которые имеют особенности при непрерывном типе течения соматизированного расстройства. Избегающее (охранительное) поведение в отношении сбережения своего здоровья стало ярким проявлением болезни у 149 больных (98,03%). Кроме манипулирования близкими и уклонения от периодического физического труда (уборка урожая и др.), в поведении пациенток были выявлены устойчивые повседневные тенденции к соблюдению специального щадящего «сберегающего здоровье» режима: в основном это касалось питания – появлялась избирательность в выборе пищи, предпочтения правильному питанию, доходящие до капризов, вплоть до отказа есть обычную «сельскую еду» с другими членами семьи. При наличии кардиального или дыхательного вариантов у этих больных формировалось избегание постоянных видов занятости, являющихся традиционными для сельской местности (забота о хозяйстве, кормление домашней птицы, выпас гусей, овец, доение коров, прополка огорода, работа в теплицах и др.), которые требовали ежедневных физических усилий. При псевдоневрологическом варианте пациентки сельской местности также уклонялись от физических нагрузок – полива растений, работы, связанной с наклонами туловища, «т.к. заболит спина, а мне нельзя наклоняться и тяжелое поднимать». Родственники поддерживали статус пациентки как «тяжело

больной», на местном диалекте описание родственниками такого охранительного поведения выглядело следующим образом: «она у нас хвора, не пойми чего лечит», «опять по врачам побегла», «причину не найдешь», «откуда у ей столько болячек посбиралось?».

Пациенты длительно многократно контактировали со службами первичного звена здравоохранения, где выполнялись многочисленные безрезультатные обследования. Прием назначенных врачами соматического профиля медикаментозных препаратов был малоэффективен, поэтому следовали повторные обращения в другие клиники и медицинские центры. Кроме активных посещений врачей-интернистов популярным было обращение к специалистам в области нетрадиционной медицины (знахари, целители, экстрасенсы), применение экзотических способов лечения выявлено у 14 женщин (9,21%).

При непрерывном типе течения выявлены специфические поведенческие паттерны – выбор и следование нетрадиционным методам лечения, выполнение различных процедур, что способствовало занятости, организации структуры дня, а также частое обращение за помощью к гадалкам, знахаркам, «бабкам», вера в эффективность таких методов, как тарология, нумерология, гадание. Несмотря на то, что в нашем исследовании не изучались религиозные аспекты у женщин сельской местности, все пациентки позиционировали себя как приверженных православию. В отношении доминирующих в населении ценностей регионы ЦФО испокон веков считались Святой православной землей, но, несмотря на объявляемую духовную принадлежность к христианству и вопреки осуждениям церкви, женщины сельской местности даже не задумываются о неблагопристойности обращения к целителям, знахарям и прочей осуждаемой церковью «нечисти». Таким образом, можно говорить об отсутствии согласованности в системе значимых отношений при этом типе течения СР, что способствует поддержанию симптоматики.

Именно с этим типом течения болезни несколько женщин посещали так называемые ритуалы «вычетов», которые до сегодняшнего времени проводятся в глубинке (в дальних монастырях), после которых самочувствие ещё больше ухудшалось от «увиденного». Иногда под «ритуалами вычетов» женщины, возможно, имели в виду отдельный молебен, служащийся в воскресные или праздничные дни в любой православной церкви, на который остаются после службы не все прихожане, а желающие усердно помолиться о здоровье. Нередко во время таких молебнов в присутствии большого количества людей наблюдаются разнообразные истерические расстройства (крики, плач, бурное выражение эмоций, истерические припадки и др.), которым внушаемыми эмоционально-лабильными, впечатлительными людьми придается особенное значение («изгнание беса») и которые оставляют на них неизгладимое впечатление.

Женщины с СР, ведущие подобный «паразитический» образ жизни, считают, что больные люди в семье не должны работать, их должны содержать более здоровые члены семьи («брат хорошо зарабатывает, маме деньги даёт») или государство, а учитывая, что в сельской местности человек, получающий пенсию, рассматривается как обладатель постоянного дохода, не гнушаются забирать пенсию у пожилых. При длительном течении соматизированного расстройства в районных ЦРБ 12 больным женщинам (7,89%), проявившим особую настойчивость, была впервые установлена группа инвалидности, по неврологическому профилю или общему заболеванию, которую смогли подтвердить (переосвидетельствовать) спустя год только 50%. Родственники 6 пациенток указывали на то, что получение инвалидности было в большей степени обусловлено индивидуально-психологическими особенностями пациенток, а не результатами обследований или наличием заболевания: «выбили себе инвалидность», «выходили себе справку».

У больных СР формировалось обозначенное нами «избегающее врача-психиатра поведение» с отказом обращаться к специалистам в области

психического здоровья на протяжении многих лет, что рассматривается как один из критериев СР в МКБ-10, как неверие врачам соматического профиля (Васильева А.В. с соавт., 2024).

Длительность заболевания при непрерывном типе течения от момента рекомендации специалистов соматического профиля обратиться за психиатрической помощью до действительного обращения к специалистам психиатрического профиля составила от 2 до 6 лет. Наблюдения в практике показывают, что, несмотря на отсутствие подтверждений соматического заболевания в результатах повторных лабораторно-инструментальных обследований, отсутствие эффекта от назначенной терапии, больные с СР с непрерывным течением не следуют рекомендациям специалистов первичной медицинской обратиться к врачу-психиатру. Длительное необращение за специализированной помощью является важной проблемой: 43 (28,29%) больных не хотели обращаться к психиатру на протяжении 6 лет и более. Продолжительность заболевания 2 года до момента обращения к врачу-психиатру наблюдалась всего лишь у 20 больных (13,16%), от 2 до 6 лет – у 89 (58,55%) больных.

Адаптационный образ болезни при непрерывном типе течения имел следующие особенности: у 141 пациенток (92,76%) обнаружено снижение социальной и трудовой адаптации, что с течением заболевания приводило к уменьшению адаптационного потенциала. Они начинали избегать социальных контактов, не работали физически (по дому, в огороде, отказывались вести домашнее хозяйство, что является основным источником благосостояния семьи в сельской местности), что приводило к нарастанию межличностного дистресса.

Длительное течение СР послужило у 134 больных (88,15%) основой для развития патохарактерологических нарушений, не достигающих уровня хронических личностных изменений под влиянием психического расстройства. Эти данные были получены в результате ретроспективной оценки

анамнестических сведений. Имело место как усугубление преморбидных акцентуированных личностных черт (преимущественно истерических), так и появление новых, не присущих пациенткам до болезни характерологических свойств, чаще эксплозивных черт. Более подробно личностные характеристики пациенток освещены в 4 главе, посвященной изучению личностных особенностей больных СР (результаты опросника СМИЛ, глава 4).

Катамнестическое наблюдение на протяжении 1 года подтвердило признаки непрерывного течения СР у 147 женщин (96,71%), можно считать этот тип течения прогностически неблагоприятным. Несмотря на симптоматическое улучшение, после выписки у них сохранялся низкий уровень социального функционирования, они быстро возвращались к прежней системе отношения в межличностном общении с близкими. После выписки пациентки обращались к врачам амбулаторно, использовали статус больного, чтобы не трудоустраиваться в те организации, где необходимо было систематически трудиться, объясняя это, тем, что «больных держать на работе не будут». Следует отметить, что на фоне развития и роста агропромышленного комплекса в сельской местности, последние годы появилось много вакансий и существует дефицит кадров на животноводческих и аграрных предприятиях («Мираторг», «Грибная радуга», тепличные комплексы, магазины торговой сети «Пятерочка»), пациентки были ориентированы на временные варианты занятости, «свободные графики» и «нетяжелый труд».

Непрерывный тип течения СР приводил к нарушениям социального, межличностного и семейного взаимодействия. В большинстве случаев СР развивалось в контексте ситуаций длительного эмоционального напряжения (бытовые проблемы, конфликты с близкими), с которыми пациентки не справлялись, активно не преодолевали повседневные трудности, постепенно нарастала социальная дезадаптация.

Пациентки после выписки возвращались в те же жизненные условия, которые способствовали формированию клиники заболевания, не понимали,

как изменить сложившийся образ жизни (пытались «разгрести накопившиеся в их отсутствие проблемы»). Периоды полного выздоровления, ощущения благополучия при этом типе течения отсутствовали. Описанный адаптационный образ соматизированного расстройства определял низкие возможности адаптации (низкий адаптационный потенциал).

Непрерывное течение сопровождалось фиксацией на соматических ощущениях, дополнительной ипохондризацией и заострением личностных черт.

Непрерывный тип течения СР характеризуется неблагоприятным прогнозом – стойким снижением социальной и трудовой адаптации без тенденции к восстановлению, активной рентной установкой вторичной выгоды от заболевания. Были выявлены трудности в различных сферах жизни – производственной, образовательной, межличностной, в организации досуга и быта, общении с родственниками.

Таким образом, непрерывный тип течения соматизированного расстройства, доминирующий в основной исследовательской группе, носит неблагоприятный характер: постепенное начало с нарастанием симптоматики проходит без периодов свободных от симптомов заболевания и сопровождается развитием патохарактерологических расстройств и нарушением адаптационных возможностей без тенденции к восстановлению. При этом наблюдается выраженная дезадаптация, когда соматические симптомы используются для стабилизации самоотношения и регуляции межличностных отношений, что отчетливо прослеживается в анамнезе заболевания.

Ундулирующий (волнообразно-резидуальный) тип течения был выявлен у 38 (13,38%) обследованных пациенток: 22 больных (12,50%) основной и у 16 (14,81%) сравнительной группы женщин с СР из сельской местности. В сравнении с непрерывным и периодическим типами течения СР ундулирующий тип занимает промежуточное положение. Он характеризовался постепенным началом в условиях социального неблагополучия, «различных

жизненных неурядиц». При проведении полуструктурированного интервью был выявлен кумулятивный стресс, что в качестве триггера в данной группе чаще всего выступал незначительный стресс психотравмирующее воздействие, малозначимое в других обстоятельствах, несущественный отрицательный фактор, который выступал в качестве «эффекта последней капли».

Для иллюстрации можно привести пример пациентки, которой ежедневно в семье приходилось ухаживать за больным пожилым человеком на протяжении длительного времени, а когда сломалась стиральная машинка, как она описывает, «прорвало на слезы, и так с деньгами плохо, а тут всё навалилось и градом посыпались болячки». Соматизированные симптомы нарастали постепенно и продолжались несколько лет так же, как и при непрерывном типе течения. Ундулирующее (волнообразное) течение проявляется временным затуханием соматизированных симптомов без периодов полного благополучия: при получении результатов очередных обследований, не подтверждающих наличие какого-либо соматического заболевания, у больных наступает временное исчезновение симптомов, так называемый феномен «кратковременного улучшения». Затухание симптоматики и характеризует тип как мерцающий, прерывистый, ундулирующий.

Особенностью динамики клинических проявлений ундулирующего типа является присоединение дополнительных общеастенических (общевротических) проявлений в период обострений, интенсивность которых также снижается при «кратковременном улучшении». Наличие резидуальных симптомов в период улучшения состояния значимо снижало социальное функционирование.

Симптоматическое улучшение состояния имело четкую связь с позитивными, чаще незапланированными (случайными) событиями: получение наследства от дальней родственницы, начало новых отношений с «достойным» мужчиной. Происходила временная редукция симптомов

соматизации, они отходили на второй план. Однако, при этом типе течения заболевания полного благополучия и восстановления адаптации, которые можно назвать выздоровлением, не отмечалось. Продолжительность временного улучшения носило обычно кратковременный характер.

В отношении когнитивной переработки симптомов наблюдающийся постоянный поиск информации характеризовался избирательным вниманием к медикаментозным препаратам: выявлялось негативное отношение к психофармакологическим средствам, не соблюдение режима приёма препаратов, назначенных неврологом и другими специалистами. Отношение к назначениям врачей-интернистов было более приемлемым, однако пациенткам было свойственно изучение аннотации к препаратам с целью «проверки врача», уточнения частоты приёма и дозировки. Назначения врача-психиатра подвергались тщательному анализу, по поводу побочных эффектов у больных возникало много вопросов к медперсоналу: «Это от них становятся дураками?», после выписки из психиатрического стационара, рекомендуемая поддерживающая терапия не принималась. Для этого типа характерен постоянный поиск информации, касающейся состояния здоровья. В отличие от пациентов с непрерывным течением, здесь внимание сосредотачивалось не на альтернативных способах лечения, а на достижении здоровья традиционными методами у врачей соматического профиля.

Особенностью поведенческих нарушений являлось избегающее, охранительное поведение, так же как у пациентов с непрерывным типом течения. Для «сбережения здоровья» они прибегали к множественным медицинским оздоравливающим процедурам: физиотерапии, мануальной терапии, массажа, иглорефлексотерапии, подчеркивали необходимость санаторно-курортного лечения. Пациентки жаловались на недооценивание со стороны родственников тяжести их заболевания, которые считали, что «они придуриваются».

При ундулирующем типе течения можно говорить о парциальной адаптации у этой группы пациентов, то есть в бесконфликтных сферах имело место сохранение социального функционирования, так же оно могло улучшаться при благоприятных, щадящих внешних обстоятельствах, но и появлялись компенсаторные попытки восстановления социальной активности. В периоды временного затухания симптомов отмечались стремление трудоустроиться в новые торговые организации (тепличное хозяйство, фермерские предприятия и др.) и наладить личную жизнь. При данном типе прогноз для выздоровления характеризуется как сомнительный: его можно характеризовать как более благоприятный, по сравнению с непрерывным, но менее благоприятный по сравнению с периодическим.

Таким образом, ундулирующий тип течения СР характеризуется чередованием периодов достаточно сильно выраженной симптоматики и периодов слабо или умеренно имеющих симптомов СР. Он отличается средним адаптационным потенциалом с тенденцией к восстановлению социальной активности и трудовой деятельности.

Третий тип течения заболевания – **периодический** (рекуррентный или неkontинуальный) был выявлен у 94 (33,10%) обследованных пациенток: у 2 (1,14%) основной группы и 92 (85,19%) группы сравнения. Здесь наблюдались периоды существенного улучшения состояния со значительной редукцией беспокойства о здоровье и сохранением слабо выраженной вегетосоматической симптоматики, которая в сознании пациентов отступала на второй план и практически не влияла на социальное функционирование. Так называемые «светлые промежутки» характеризовались относительной стабильностью, устойчивостью соматического благополучия и продолжительностью от нескольких месяцев до нескольких лет.

Начало заболевания отличалось остротой, было обусловлено ситуативно, т.е. первые проявления заболевания имели четкую связь со значимыми психотравмирующими ситуациями у 78 больных группы сравнения (82,98%).

При этом типе течения связь стрессовых ситуаций и начала заболевания была самими пациентами не только замечена, но и осознана – возникновение физических симптомов воспринималось как следствие «нервных перегрузок», «нервы не выдержали», то есть в данном случае неприемлемые психические расстройства интерпретировались как патология нервной системы. Трудные жизненные обстоятельства (увеличение нагрузки, повышенные требования производственного характера, длительное эмоциональное напряжение) являлись факторами, провоцирующими появление симптоматики.

Почувствовав телесное недомогание, больные затруднялись их определить как симптомы или что-то, требующее помощи. Часто видоизменяющиеся боли, их количество варьировало от субклинических форм (психологический уровень соматизированной дисфункции) до выраженного – соответствующего диагностическим критериям МКБ-10 соматизированного расстройства. Пациентки были фрустрированы, у некоторых наблюдалось временное нарушение адаптации. При этом особую актуальность приобретали источники информации о заболевании, сведения из которых формировали у больных информационное поведение (следование рекомендациям из сети интернет, советам знакомых, сведениям из немедицинской литературы). Острота возобновления соматизированных симптомов имела четкую связь с информационными факторами о возможном наличии соматического заболевания, роль которых описана в следующем разделе диссертации. При этом типе течения информационные ресурсы имеют особую значимость, в отличие от непрерывного типа течения.

Попытки разобраться в состоянии приводили к единичным обращениям к специалистам первичного звена здравоохранения. В клинической картине у 94 (100,0%) доминировали жалобы соматизированного характера (от 6 до 12), которые сочетались не с астеническими, в отличие от постепенного начала при непрерывном типе течения, а с отдельными дистимическими, тревожно-фобическими и ипохондрическими переживаниями. В отношении клинических

вариантов и подтипов СР при периодическом (рекуррентном) течении доминирующими были простые клинические варианты – кардиальный, дыхательный и желудочно-кишечный. Неясность, отсутствие объективных данных в результатах исследований (сложная медицинская терминология), отсутствие подтверждений органической основы заболевания не успокаивало, а наоборот усиливало тревогу у 83 больных (88,30%), как и у подавляющего большинства больных с непрерывным типом течения. Появившиеся сомнения в компетентности врача, мысли о серьезности заболевания, сниженное настроение дополняют клинику соматизации, но не достигают уровня критериальной диагностики других нозологий по МКБ-10.

При периодическом типе течения больные СР после направления их клиницистами на консультацию к врачу-психиатру обращаются в относительно более короткий период (в течение 1 года), что является более благоприятным в отношении прогноза моментом, по сравнению с периодом необращения при непрерывном типе течения.

При снижении актуальности психотравмирующих ситуаций происходило сглаживание клинических проявлений, симптоматика редуцировалась, и пациенты могли справляться с ней самостоятельно. Свободный от симптомов период характеризовался не только отсутствием жалоб, но и ощущением полного физического благополучия, хорошего самочувствия и высокими адаптационными ресурсами.

В случаях, когда минимальная симптоматика всё-таки присутствовала, она не оказывала влияния на социальное функционирование женщин. Важным отличительным моментом является отсутствие проявлений астенизации (общевротической симптоматики). В анамнезе у 83 (88,30%) больных с периодическим типом было выявлено *видоизменение* вариантов и подтипов СР в динамике заболевания. Наличие периодов практически полного выздоровления с фоновым присутствием симптомов СР позволило выделить этот тип течения как периодический.

В отличие от других типов течения, для больных с периодическим типом течения свойственно более ответственное отношение к соблюдению рекомендаций и назначениям врача. В быту они легко переключаются на повседневные дела, несмотря на плохое самочувствие («корова не спрашивает какое у тебя сегодня настроение, надо идти доить»), у них отсутствует охранительное поведение.

Адаптационный образ болезни, представляющий совокупность клинико-динамических, индивидуально-психологических, поведенческих характеристик в их взаимосвязях является динамическим образованием, отражающим этапы приспособления больного СР к своему расстройству в условиях длительно протекающего заболевания (адаптациогенез). Фиксация на сомато-вегетативных симптомах имеющегося невротического расстройства представляет собой вариант псевдоадаптациогенеза к развитию и течению имеющегося расстройства, который негативно влияет на своевременное обращение за специализированной помощью.

Периодический тип течения отличается более высоким адаптационным потенциалом у больных СР, способностью восстановления социальной и трудовой адаптации, которое наблюдалось у 89 пациентов (94,68%) к моменту выписки из стационара, прогностическая оценка у них была благоприятной. Следовательно, адаптационный образ болезни на данном этапе предполагает наличие относительно сохранного адаптационного потенциала, который характеризуется возвращением к работе, прежнему месту занятости, улучшением взаимопонимания с близкими, прямое обращение за поддержкой к членам семьи и др.

3.3. Роль клинических вариантов и подтипов соматизированного расстройства в формировании «избегающего врача-психиатра поведения»

Проанализирована взаимосвязь клинического варианта СР и выбора пациентками специалистов первичного звена здравоохранения и представителей нетрадиционной медицины, к услугам которых неоднократно обращались обследованные до момента обращения за помощью в психиатрические учреждения (Таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Частотное распределение обращаемости больных СР к специалистам здравоохранения и представителям нетрадиционной медицины

Специалисты	Основная группа (n=176)		Группа сравнения, (n=108)		Ф
	Абс.	%	Абс.	%	
Терапевт	93	52,84	81	75	5,305*
Невролог	135	76,70	34	31,48	2,654*
Кардиолог	96	54,55	48	44,44	0,441*
Эндокринолог	24	13,64	10	9,26	1,541*
Гастроэнтеролог	53	30,11	42	38,89	2,62*
Гинеколог	25	14,20	6	5,56	2,436*
Специалисты по мышечно-скелетной медицине (мануальный терапевт, кинезотерапевт, остеопат, вертебролог)	56	31,81	2	1,85	0,356*
Целитель, экстрасенс	18	10,23	0	0	4,296*

Примечание: * - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$).

Больные группы сравнения, в которой преобладали кардиальный, дыхательный и желудочно-кишечный варианты простого подтипа СР, наиболее часто обращались к терапевту (81 больных, 75,0%), кардиологу 48 больных (44,44%) и гастроэнтерологу – 42 пациентки (38,89%). После рекомендаций

соответствующих специалистов они обратились к врачу-психиатру в относительно короткий период (в течение 1 года). Интересным представляется факт необращения к врачам-пульмонологам при наличии высокой частоты встречаемости жалоб со стороны дыхательной системы.

Тем не менее, в перечне обследований, которые больные СР самостоятельно инициировали, были флюорография органов грудной клетки, рентген легких, КТ и МРТ грудного отдела позвоночника, по заключениям которых органической основы выявлены не было.

Пациентки основной группы с преобладанием сочетанных подтипов СР в течение длительного времени (от 2 до 6 лет) наблюдались у врачей разных учреждений первичной медицинской сети: к неврологу обратились 135 больных (76,70 %), к врачу-кардиологу – 96 больных (54,55 %), к терапевту 93 больных (52,84 %). Несмотря на рекомендации указанных специалистов получить консультацию врача-психиатра, больные отказывались обращаться в психиатрические учреждения.

Отмечается большой процент обращения (56 обследованных, 31,81 %) за помощью к специалистам в области мышечно-скелетной медицины (мануальному терапевту, кенезотерапевту, вертебрологу), гомеопату и представителям нетрадиционной медицины – целителям и знахарям (18 больных, 10,23%). Они предпочли самостоятельно выбранные способы лечения (прием гомеопатических препаратов, ЛФК, кинезотерапия, массаж, оздоровительные процедуры, экзотические методы – гирудотерапия и другие). Такие специалисты, как массажист, тренер по фитнесу, кинезотерапевт, гомеопат, целители и экстрасенсы, в силу своей некомпетентности не могли диагностировать СР и направить таких больных на консультацию к врачу-психиатру.

В учреждения психиатрического профиля после изучения информации о своем состоянии они обратились в сети Интернет, где в поисковых запросах фигурировал термин «Психосоматика», «Психосоматические расстройства» и

предлагались разнообразные виды психологической и психотерапевтической помощи.

Таким образом, клинические варианты и подтипы СР играют ведущую роль в выборе специалиста для обращения в первичное звено здравоохранения. Клинические варианты СР простого подтипа – кардиальной, дыхательной и желудочно-кишечной способствуют обращению больных к врачам – терапевту, кардиологу, гастроэнтерологу. Наличие сочетанных подтипов СР определяет обращение не только к тем же специалистам первичного звена здравоохранения (терапевтам, кардиологам), но и создает нагрузку для врачей неврологов, т.е. расширяет спектр специалистов, а также способствует оттоку больных за помощью к представителям нетрадиционной медицины.

3.4. Результаты применения метода группового учета аргументов исследования показателей соматизации, дистресса, депрессии, тревоги и кластеров соматизированного расстройства

По результатам частотного распределения клинических вариантов и типов СР было выделено шесть клинических кластеров: 1) кардиальный вариант простого подтипа (1К ПТ), 2) желудочно-кишечный вариант простого подтипа (2 ЖКР ПТ), 3) алгический вариант простого подтипа (3 ПР ПТ), 4) псевдоневрологический вариант простого подтипа (4 ПНР ПТ), 5) сочетанный подтип: алгически-кардиально-дыхательный вариант, (5 АКД СТ), 6) сочетанный подтип: полиморфный вариант (сочетание кардиального, дыхательного, полиалгического и желудочно-кишечного вариантов).

Принимая во внимание особенности внутренней картины болезни, а именно субъективное восприятие больными нарушений со стороны органов дыхания (поверхностное дыхание, перебои дыхательных движений, ощущение нехватки воздуха) как проявлений сердечной патологии, с выбором кардиолога и терапевта в качестве специалистов и отсутствие обращений к пульмонологу, кардиальный и дыхательный варианты были объединены в один клинический кластер и отнесены к простому подтипу. Такое понимание симптомов соответствует и общемедицинским представлением, где одышка включена в набор симптомов кардиальной патологии и сердечной недостаточности.

Изучение возможных корреляций показателей субшкал опросника соматизации (4DSQ) – четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации и выделенных на основании оценки клинических проявлений СР кластеров происходило в несколько этапов с помощью инструментария Excel 2010 (количественная оценка выраженности дистресса, депрессии, тревоги и соматизации осуществлялась в баллах, которые заносились в таблицу).

Для проверки гипотезы о существовании статистически значимых корреляционных связей применялся следующий дизайн технологии исследования. На первом этапе с помощью визуального анализа выделялись показатели опросника, которые обладают индикаторными (классифицирующими) возможностями (X). На втором этапе осуществлялся синтез функционалов, «связывающих» номера кластеров и показателей опросника. На третьем этапе осуществлялась структурно-параметрическая идентификация решающих правил, позволяющих соотнести объект исследования к определенным кластерам. Четвертый этап включал оценку диагностических возможностей решающих правил (вычисление показателей диагностической специфичности, чувствительности и эффективности). Применение полученных решающих правил предоставляет возможность предикативной оценки принадлежности состояния обследуемого к

определенному кластеру. Таким образом, полученные математические модели, решающие правила продукционного типа, позволяют прогнозировать принадлежность больного к определенному кластеру с некоторой степенью уверенности, что позволяет применять их системе поддержки принятия решений (автоматизированную или неавтоматизированную). Это существенно сокращает сроки первичной диагностики, оптимизирует траекторию ведения больного (о своевременную маршрутизацию), повышает качество медико-профилактической работы.

На Рисунке 3.3 видно, что показатели «депрессия» позволяют выделить классы: классу А принадлежат кластеры 5, 6; к Классу Б отнесены кластеры 1-4. Аналогичная закономерность прослеживается по показателям шкал «тревоги» и «дистресса» опросника 4DSQ. В отношении шкалы «соматизация» показана возможность дифференцировать Класс Б1– кластер 1,2, класс Б2 кластер 3,4 и класс А, который соответствует кластерам 5,6.

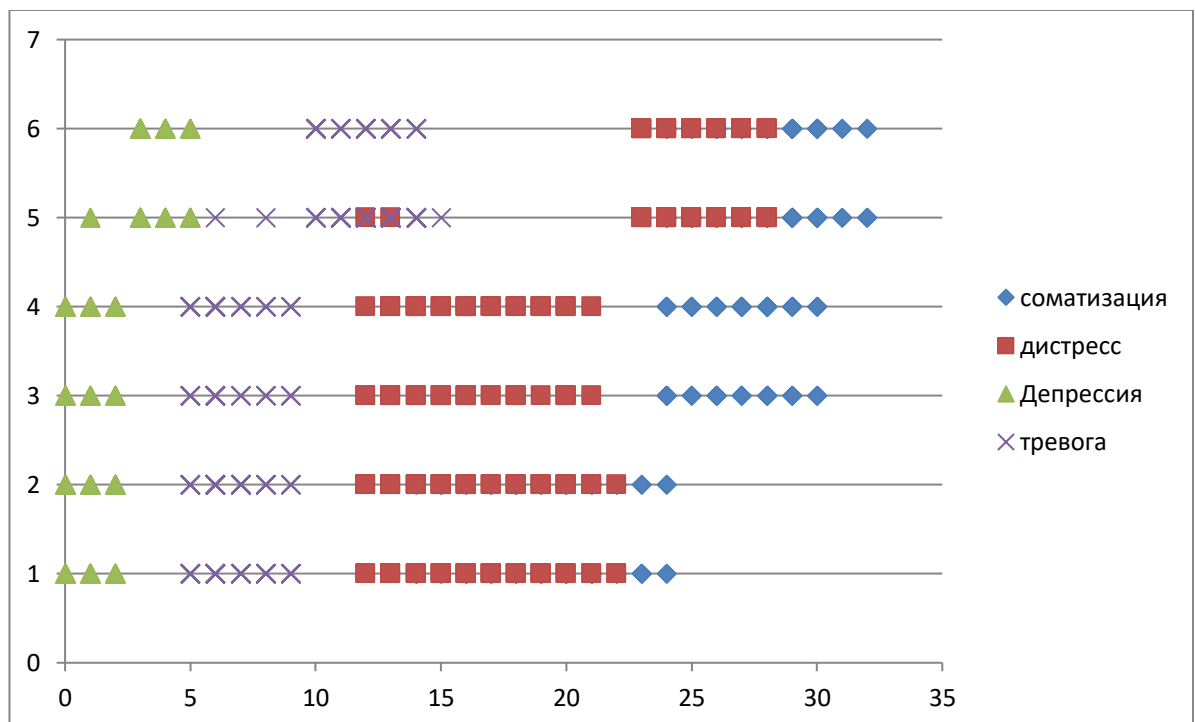


Рисунок 3.3 – Зависимости «кластер-результаты
опросника 4DSQ» (1 этап)

Второй этап. Класс А (кластеры 5,6) хорошо дифференцируются всеми показателями, что дает основание сформировать разделяющие решающие правила. Для этого с помощью дискриминантного анализа по методу, предложенному И. М. Воронцовым с соавт. (2006) получена следующая дискриминантная функция: $Y = [-33 + 0,58 * X_1 + 1,7 * X_2 + 1,3 * X_3 + 0,2 * X_4]$, где X_1 – дистресс (балл), X_2 – депрессия (балл), X_3 – тревоги (балл), X_4 – соматизация (балл).

Полученная функция позволила сформировать продукционное решающее правило дифференциального деления по вышеупомянутым классам. Решающее правило: *если показатели $Y > 0$, то очевидна принадлежность обследуемого к классу А, если значение $Y \leq 0$, соответственно, к Классу Б.*

На участвовавшей в исследовании выборке больных диагностические специфичность, эффективность и чувствительность данного правила составили 1 (или 100%). Для мультипликативной дискриминантной функции, полученной с помощью самоорганизационного моделирования методом группового учета аргументов (полиномиальной нейронной сетью) соответственно получено $Y = -25 + [0,3 * X_{10,6} + X_{30,7} + X_{40,3}]$.

В данном случае решающее правило определяет принадлежность к классу А, если $Y > 0$, в противном случае – к Классу Б.

Диагностическая специфичность, эффективность и чувствительность данного правила составили ДС=1 ДЭ= 0,99 ДЧ=0,97. При этом, показатель X_2 – депрессия был исключен из мультипликативной модели в процессе реализации метода группового учета аргументов (МГУА). Мультипликативная модель была получена методом группового учета аргументов (Артеменко М.В., Оболенский А.Н., 2007; Кореневский Н.А. и др., 2021). Методологический подход образования полученных правил по своей сущности представляет дискриминантный анализ (Воронцов И.М. и др., 2006; Савченко Т.Н., 2010).

Как видно из Таблицы 3.8, кластерный анализ позволяет дифференцировать класс z_1 , в который входят представители 1 и 2 кластера и

z_2 для испытуемых 3-4 кластера. Поскольку ранее мы дифференцировали классы, объединяющий группы 5,6 и 1-4 группы, с помощью дискриминантного анализа можно произвести следующее выделение классов X_1 и X_2 .

Это возможно после выделения класса Б, т.к. z_1 и z_2 образуют класс Б:

$Y_1 = [-42 + 1.8 * X_4]$, где X_4 – соматизация (балл).

Таблица 3.8 – Анализ среднего значения и дисперсий в кластерах соматизированных расстройств

Показатель	Группа/ кластер					
	1	2	3	4	5	6
Дистресс	M = 16,58 D = 6,84	M = 16,52 D = 7,51	M = 16,21 D = 6,53	M = 16,30 D = 5,60	M = 24,87 D = 8,79	M = 25,00 D = 2,65
Депрессия	M = 0,89 D = 0,65	M = 0,90 D = 0,76	M = 0,92 D = 0,69	M = 0,91 D = 0,66	M = 3,59 D = 1,04	M = 3,62 D = 0,59
Тревога	M = 6,77 D = 1,79	M = 6,65 D = 1,29	M = 6,50 D = 1,65	M = 6,49 D = 1,49	M = 11,98 D = 2,89	M = 11,77 D = 1,97
Соматизация	M = 18,94 D = 8,02	M = 18,50 D = 6,88	M = 26,85 D = 3,95	M = 27,02 D = 3,26	M = 27,74 D = 4,91	M = 27,82 D = 4,58

Примечание: М – среднее значение; D – дисперсия.

Решающее правило для уравнения выглядит следующим образом: при $Y_1 \geq 0$, показатель принадлежит к Классу z_2 , в случаях $Y_1 < 0$, к Классу z_1 . Диагностическая специфичность, эффективность и чувствительность данного правила составили ДС=1; ДЭ= 0,85; ДЧ=0,79.

Таким образом, кластерный анализ с помощью приведенных решающих правил позволяет на основании результатов 4-х мерного опросника выделить три кластера (группы 1,2 3,4 5,6). Анализ статистических оценок значений среднего и дисперсия показателей в каждой группе позволяет сделать вывод о низкой адекватности методов идентификации групп внутри классов с помощью классических статистических оценок среднего и дисперсии.

Возможно предположить, что имеющиеся различия носят функциональный характер – то есть внутри групп изменяются не столько значения, сколько характер взаимоотношений показатели шкал и их принадлежность к кластерам. Приведенное отражается, в том числе, и регрессионными аппроксимантами функциональных связей.

Далее представлены группы 5 и 6. Внутригрупповая корреляция между показателями показана ниже в Таблице 3.9.

Таблица 3.9 – Внутригрупповая корреляция показателей 4-мерного опросника

5 группа				
	X1 дистресс	X2 депрессия	X3 тревога	X4 соматизация
дистресс	1			
депрессия	0,394273	1		
тревога	0,482611	0,344301	1	
соматизация	0,250271	0,202963	0,179081	1
6 группа				
	дистресс	депрессия	тревога	соматизация
дистресс	1			
депрессия	0	1		
тревога	-0,17137	0,116893	1	
соматизация	0,137238	0,210901	-0,04255	1

Из корреляционных матриц хорошо видны функциональные различия пар дистресс-депрессия (в 6 группе практически исчезает). В 6-ой группе положительная корреляция показателей дистресс-тревога меняется на слабозначимую отрицательную. В группе 5 связь показателей депрессия-тревога статистически более значима, чем в шестой. Для них получены следующие уравнения парной регрессии (Таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Регрессионные связи показателей

Регрессионная связь	5 группа	6 группа
Дистресс-депрессия (Y) $X2=f(X1)$	$y = 0,0337x^{1,4408} R^2 = 0,3509$ $y = 0,1355x + 0,2231 R^2 = 0,1555$	$y = 0,0656x + 1,9351 R^2 = 0,0106$
Дистресс-тревога (Y) $X3=f(X1)$	$y = 1,4855x^{0,648} R^2 = 0,3774$	$y = -0,1475x + 15,454 R^2 = 0,0294$
Депрессия-тревога (Y) $X3=F(x2)$	$y = 9,0182x^{0,2226} R^2 = 0,2634$	$y = 0,2135x + 10,994 R^2 = 0,0137$

Примечание: R^2 – коэффициент детерминации.

Проведенный кластерный анализ позволил подвести следующие итоги. По мере усложнения клинических вариантов и подтипов СР (от простых к сочетанным) увеличивается количество корреляций между показателями шкал 4-х мерного опросника и клинической сложностью кластеров. Увеличение, рост корреляций в 5 и 6 группе происходит не только количественно, но и сопровождается большей чувствительностью параметров, т.е. более жесткой связью между ними. Другими словами, сочетанные клинические подтипы СР, которые усложняются наличием симптомов разных клинических вариантов (речь идет о сочетании алгическо-сердечно-дыхательного варианта сочетанного подтипа (5 группа), полиморфного варианта сочетанного типа (6 группа), сопровождаются увеличением количества прямых и обратных корреляций показателей дистресс-депрессия, дистресс-тревога и депрессия-тревога, а также выраженностью силы этих связей. Полученные результаты могут быть использованы для выбора терапевтических подходов для больных СР с учётом их принадлежности к клиническому кластеру, это может помочь персонализированному подходу к лечению пациентов с СР, а именно определению соотношения психофармакотерапии и психотерапии, выбору симптоматических мишеней психотерапии, назначению препаратов с более выраженным противотревожным, антидепрессивным или вегетостабилизирующим действием.

3.5. Социально-психологические характеристики, условия воспитания, особенности переработки соматосенсорной и эмоциональной информации у женщин с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности

Изучение факторов, препятствующих своевременному обращению к специалистам в области психического здоровья требует оценки социально-психологических характеристик, условий воспитания и формирования личностной предрасположенности, анализа информационных ресурсов, которыми пользуются больные СР.

Анализ социально-психологических характеристик оценивал роль нуклеарной семьи в формировании системы значимых отношений пациенток, в том числе, и к своему здоровью (Таблица 3.11). У большинства обследованных нуклеарная семья была не только полной, но и многочисленной. В основной группе 132 женщины (75,0 %), в сравнительной – 91 (84,23 %) воспитывались в многочисленных семьях, не только родителями. Активное участие в воспитании детей принимали проживающие вместе дедушки и бабушки, чаще по линии отца. Обращает внимание наличие у всех пациенток родных сестер и братьев (176, 100%), только 7% участвующих в исследовании жительниц сельской местности из группы сравнения не имели сиблингов.

Материальную обеспеченность в родительских семьях пациентки характеризовали как достаточную, «как у всех»: высокий уровень отметили 14 человек (7,95 %) основной группы, 7 человек (12,03%) группы сравнения, средний уровень достатка в своей семье оценили 120 человек (68,4%) основной и 79 женщин (73,15%) группы сравнения, низкой обеспеченность считали 42 пациентки (23,86 %) основной и 22 женщины (20,37 %) группы сравнения.

Таблица 3.11 – Особенности воспитания, культуры, ценностных ориентиров в родительской семье в исследовательских группах

Особенности уклада жизни и воспитания в родительской семье	Основная группа n=176		Группа сравнения n=108	
	Абс.	%	Абс.	%
Состав нуклеарной семьи (многочисленные семьи)				
Наличие бабушек и дедушек, проживающих вместе, наличие других сиблингов (братья, сестры)	132	75,6	91	84,23
Один ребенок в семье родителей	—	—	7	7,56
Оценка материальной обеспеченности нуклеарной семьи				
Высокая	14	7,95	13	12,03
Средняя	120	68,4	74	68,51
Низкая	42	23,86	22	20,37
Стиль воспитания				
Потворствующая гиперопека	170	96,59	—	—
Доминирующая гиперопека с запретом самостоятельности	—	—	106	98,15
Ориентация на мнение со стороны	47	26,70	13	12,03
Особенности отношений в семье				
Частые конфликты в родительской семье	163	92,73	103	95,37
Развод родителей	12	6,82	3	2,78
Отношение к алкоголизации в семьях				
Алкоголизация по мужской линии, культивирование традиций самогонварения	132	75,0	60	55,56
Отношение к образованию в семье				
Наличие высшего образования у родителей	12	6,82	28	25,93
Наличие средне-специального профессионального образования	96	54,55	68	62,96
Среднее образование у родителей	68	38,64	12	11,11
Успеваемость пациенток в школьные годы				
Отличная	25	14,20	31	28,7
Хорошая	131	74,43	67	62,04
Посредственная	20	11,36	10	9,26

Отношение к здоровью, к психическим и соматическим заболеваниям				
Понимание здоровья конкретное (отсутствие ценности здоровья)	148	84,09	94	87,03
Использование соматических симптомов в детском возрасте, манипулятивное болевое поведение	134	76,14	76	70,37
Игнорирующее отношение к проблемам психологического характера (непонимание, отрицание психологических трудностей)	172	97,73	96	88,89
Рассогласованность интересов и ценностей, преобладание мифологического мышления	26	14,77	—	—
Особенности мотивации к труду и образованию				
Отсутствие мотивации на получение образования	168	93,45	76	70,37
Отсутствие мотивации к самообеспечению, систематическому общественному труду, изживенческие установки	154	87,5	72	66,66

Следует пояснить, что у больных СР женщин из сельской местности представления о материальном благополучии выражались в наличии большого хозяйства, площади земли для выращивания урожая, своей сельскохозяйственной техники (трактор, мини-трактор, мотоблок, теплицы, автополив или «сажаем под лошадь» пр.), возможности «жить в достатке, чтобы всё своё было». Полученные данные о хорошем материальном положении пациенток с СР, проживающих в сельской местности, отличаются от имеющихся в литературе многочисленных утверждений при описании пациенток с СР из городской среды о том, что низкий материальный уровень способствует манифестации СР (Пакриев С.Г., 2010; Hessel A. et al., 2003; Sabaté, E., WHO, 2003; Patel V., Kleinman A., 2003).

Особенности условий воспитания влияли на формирование, усиление определенных личностных черт, поведенческих паттернов, которые в ситуациях психоэмоционального напряжения или неблагоприятных жизненных обстоятельствах могли способствовать возникновению и поддержанию СР.

Воспитание участвовавших в исследовании женщин определялось существующим укладом жизни, характерным для сельской местности. Эти особенности нельзя назвать традициями, скорее это распространенные точки зрения, упрочившиеся и передающиеся из поколения в поколение отношения к некоторым аспектам жизнедеятельности, в которых можно проследить сочетание разных стилей воспитания, но в большей степени для данной категории пациенток были характерны различные варианты гиперопеки.

В семьях больных обеих исследовательских групп было не принято «выносить сор из избы». На первый взгляд испытуемые характеризовали семьи, в которых они воспитывались, как гармоничные, бесконфликтные, «как у всех» (в основной группе женщины считали, что в их родительских семьях конфликтов не было у 163 больных – 92,61% и в группе сравнения у 103 женщин – 95,37%). Отношение к разводам было крайне категоричным, считалось позором, если муж уходил к другой женщине, обвинения сыпались на его жену, при этом осуждалась ее недалекость («Сама виновата, не доглядела», «У нее дети, о чем она думает?», «Бог терпел и нам велел», «От хорошей жены муж не гуляет»). О разводе родителей неохотно сообщили после конкретных вопросов из полуструктурированного интервью 12 женщин в основной группе (6,82%) и 3 больных из группы сравнения (2,78%). Строгость и требовательность к поведению детей выявлена со стороны лиц женского пола старшего поколения – бабушек, сестер бабушек, и сестер дедушек, тётушек, крестных матерей. Роль самой матери сводилась к согласию с точкой зрения своих родителей или родителей отца и заступнической позиции по отношению к детям. В моменты отсутствия старших членов семьи, мать, как правило, полностью поддерживала своих детей и нелестно отзывалась о строгости и

придирчивости взрослого поколения. Таким образом, в одной семье предъявлялись противоречивые требования к детям: старшее поколение были более требовательные и жесткие к дисциплине, а родители многое попускали, «не обращай внимания, старикам лишь бы ворчать». В условиях противоположных требований дети развивали высокую ситуационную приспособляемость: по отношению к старшим и к родителям они вели себя по-разному, угождая то одним, то другим, культивировались хитрость, угодничество, поощрялись актерские навыки. Потворствующая гиперопека с элементами и запретов, и попустительства, противоречивость требований, ориентация на «высоконравственное мнение соседей» – основной стиль воспитания в экспериментальной группе, его описали 170 больных (96,59%). В группе сравнения доминирующая гиперопека сочеталась с элементами предоставления самостоятельности, свободы принятия детьми решений по каким-то вопросам отдаленного будущего, когда они уже становились подростками старшей группы, вот «вырастешь – делай что хочешь, поступай как знаешь!», при этом в процессе воспитания самостоятельность и уверенность мягко пресекалась, навыки принятия ответственности не формировались у 106 женщин в подростковом возрасте (98,15%) – так называемые отсроченные иллюзорные представления о самостоятельности.

При оценке характера своих родителей пациентки чаще описывали добрую терпеливую мать, которая всегда угождала отцу, преподносила его главой семьи, а тот очень много работал, детей видел по выходным. Одним определением можно описать такой стиль как **потворствующая гиперопека**, который способствует формированию демонстративных черт в характере, хитрости, капризности, склонности к манипулированию здоровьем.

Для семейного анамнеза характерно наличие нравственных требований, лишение пациенток инициативы, что не способствовало развитию навыков самостоятельности, совладания со стрессовыми ситуациями. Имея склонность к завышению возможных негативных последствий своих действий, эти пациенты

не получали необходимый опыт конфликтного взаимодействия с последующим разрешением ситуации и примирением, у них не формировались навыки проблемно-решающего поведения. В социальном плане у женщин, принимавших участие в исследовании, не сформировались установка к самообеспечению, образованию и систематическому общественному труду, а выработались иждивенческие установки.

В семейном анамнезе больные СР в основной и сравнительной исследовательских группах описали *гендерные особенности воспитания* детей в семьях их родителей. В отношении лиц мужского пола в их семьях (отцы, деды) доминировал культ «главы семьи». Их чаще представляли как строгого авторитета («вот отец придет, он с тобой строго поговорит!»), детей запугивали наказаниями от отца, приписывали им черты властности, авторитарности, даже тиранства. Но в общении с любимыми внуками это были мягкие, чувствительные люди, которые всегда баловали, разрешали делать то, что запрещали бабушка и мама, и сами были любителями похулиганить с внуками. В отношении поведения мальчиков ими прощались любые шалости (поджог травы, угон мотоцикла у соседа, пробы алкоголя, курение). Женщины с неохотой отмечали, что в их местности многие жители отбывают наказание, «в каждом втором доме кто-то сидел – брат, брат отца, кум, свекр», отбывали срок из-за краж или разбоев, «имеют ходки», драки в состоянии алкогольного опьянения с нанесением тяжких телесных повреждений и т.д.

При сборе алкогольного анамнеза у родственников больных, пациентки, как правило, не понимали суть вопроса, т.к. считали нормой то, что дед или отец крепко пили, это считалось показателем крепкого здоровья. И, наоборот, если в семье кто-то из мужчин не употреблял крепкого спиртного, «значит, он был хворый, болел». Факты *алкоголизации* в родительской семье (чаще по мужской линии) отмечены у 132 (75 %) больных основной группы и 60 женщин (55,56 %) из группы сравнения. Одной из традиций в сельской местности

является самогонование, и наоборот, если в семье не гонят самогон – это признак неблагополучия, лени, противопоставления себя другим.

В отношении девочек в воспитании отмечалась большая строгость, особенно в подростковом периоде: их реально оберегали от проступков, запрещали гулять, «что дел дома нет, что-ли?» Когда за девочками начинали ухаживать лица противоположного пола, чаще родители запрещали встречаться под любым предлогом, очень боялись, что им «ворота дёгтем измажут». Тотальный запрет на отношения с лицами противоположного возраста в подростковом возрасте отметили 47 больных из основной группы (26,70 %) и 13 женщин, больных СР из группы сравнения (12,03%). Важным периодом в развитии черт характера и формировании навыков построения межличностных отношений является обучение в школе. У больных СР в школьные годы учеба как основному виду деятельности в этом возрасте особого внимания со стороны родителей не уделялось. Пациентки из основной группы имели отличную (14,5%) или хорошую (74,5%) успеваемость, и 10,9% – посредственную. У представителей группы сравнения зафиксирован более высокий ее уровень: отличная была у 31 (28,7 %), хорошая у 67 (62,04 %) и посредственная у 10 человек (9,26 %), их отличало стремление посещать кружки дополнительного образования, им нравилось активно участвовать в общественной жизни школы. В группе сравнения рассказы женщин о школьных годах сопровождались более позитивно окрашенными воспоминаниями, чем у женщин основной группы. Главными ценностями при воспитании девочек считалось привитие навыков домоводства, умение не только готовить, но и осуществлять запас продуктов, ведение хозяйства (содержание домашних животных, возделывание огорода и фруктовых деревьев), ориентация на многодетность. Поездки в административные центры или в город самостоятельно не приветствовались, занятия дополнительным образованием (музыкальная школа, творчество, танцы) считались «ерундой», «ишь, чего удумала?». Большую ценность представляла физическое здоровье женщины как способность трудиться (доить

корову, успеть кормить птицу), вовремя ходить за водой, «хлопотать по хозяйству», в пример ставили женщин, которые могли «держат несколько коров». Благополучие в доме, статус хорошей хозяйки оценивалось не только наличием готовой пищи, но и объемом постоянно обновляемых запасов. При этом современное поколение молодых женщин не занимаются рукоделием, которое было очень характерно для жителей сельской местности. К сожалению, наравне с вязанием, вышивкой, шитьём, имевшими свои специфические орнаменты в каждом районе области, ушли в историю и традиции ткацкого производства.

Отсутствие мотивации на высшее образование отметили 168 женщин основной группы (95,45%), в группе сравнения относились к образованности нейтрально – мотивацию на получение высшего образования или рабочей профессии отрицали 76 человек (70,37%).

Девочки с детства приобщались к приготовлению пищи, обычаям хлебосольства, которые имели особый статус. Традиции застолий, празднования не только государственных и семейных, но и престольных церковных праздников достигали культа. В приготовлении обычно принимали участие женщины всех поколений и возрастов, распределялись обязанности и если какая-нибудь «невестка» не уделяла этому культу должного внимания, ее не понимали, осуждали, и именно это становилось причиной конфликтов.

В число приоритетных задач для женщин не входили получение образования и престижное трудоустройство. Отношение к высшему образованию, его ценность считалась сомнительной, «хорошую работу и без диплома найти можно!», «зачем женщине где-то работать?». Родители больных основной группы имели высшее образование в 12 случаях (6,82 %), это были заочные факультеты сельско-хозяйственной академии или политехнического института), родители остальных пациенток (у 96 человек имели средне-специальное образование, 54,55 %), они заканчивали профессионально-технические училища, остальные после школы никуда не поступали (у 68

больных, 38,64 %). Высшего педагогического и медицинского образования у родителей пациенток основной группы, участвовавших в исследовании не было. В группе сравнения родители у 28 больных имели высшее образование (25,93%), родители 68 больных – средне-профессиональное, включая обучение в ближайшем в районе медучилище (62,96%) и у 12 больных среднее (11,11%).

Отношение к физическому здоровью в семьях было конкретным в семьях у 148 женщин (84,09%) основной группы и у 94 из группы сравнения (97,04%). Само понятие здоровье воспринималось не как ценность, а что-то само собой разумеющееся. Болезнь – это что-то серьезное, нарушающее основные жизненные функции, когда человек ходить или работать не может, «тогда в больницу везти надо». От других недугов в каждом доме собирались «проверенные рецепты» («перец с водкой от расстройств в животе»), так же самогон оценивался как эффективное средство от всех болезней (противоаллергическое, противовоспалительное, «противоударное» и профилактическое), дифференцировались настои «от головы», «от простуды» и др. Недомогание молодых девушек, считалось, должно лечиться замужеством. Поведенческий стереотип использования соматических симптомов для привлечения внимания родителей закреплялся с малых лет. Если ребенок заболел инфекционным заболеванием, для него старались создавать особые условия, мама сразу начинала беспокоиться, больше остальных жалеть, готовить вкусненькое, баловать сладостями и подарками. Особое отношение в семьях к больному ребенку приводило к тому, что здоровые дети начинали ревновать, завидовали такому снисхождению и так же хотели заболеть (специально выходили раздетыми в холодное время года, наступали в лужи, чтобы промочить ноги, ели мороженое на холоде, ели сосульки, пили ледяную воду из колонки и др.). Если ребенку в школе предстояла контрольная работа, зачет или экзамен (Всероссийские проверочные тесты, ОГЭ и др.), у половины учениц в классе в этот день «болел живот», им вызывали скорую помощь, «папа возил в больницу». В семьях было принято приютить больных

родственников, ухаживать за ними, «кормить с ложки», давать деньги больным неработающим родственникам, передавать им готовую еду, помогать им возделывать огород. Использование соматических симптомов в детском возрасте как повод для манипуляции близкими обнаруживали 134 больных в основной группе (76,14%) и 46 женщин из группы сравнения (42,59%).

Отношение к проблемам психологического характера в семьях пациенток с СР было практически игнорирующим. Такие понятия как «психология», «психологические сложности» отрицались, т.к. подменялись представлениями о больных с тяжелыми психическими расстройствами, которые «лечатся в дурке». Отклонения характера у родственников расценивались как «суровый нрав», а «психологическая готовность к школе» воспринимались как наличие рюкзака и спортивного костюма для физкультуры. В семьях 172 больных основной группы игнорировали возможность проблем психологического характера (97,73%), в группе сравнения у 96 больных не придавали им особого значения (88,89%). Следствием непонимания лицами старшего поколения в сельской местности психологических понятий было отрицание таких проблем со здоровьем, которые могут возникать вследствие стрессовых факторов. При этом очень распространенным в сельской местности считается объяснение различных недугов, клинически неярых заболеваний «влиянием порчи», вера в целительство, у многих больных среди знакомых всегда была «бабка, которая привораживала, лечила молитвами, травами, заговорами, готовила зелье». Следует отметить, что новая классификация психических расстройств МКБ-11 делает особый акцент на учете культуральных факторов при диагностике непсихотических психических расстройств.

Рассогласованность воспитываемых в православных семьях интересов у девочек отметили 26 больных (14,77%) основной группы. В группе сравнения наблюдалось нейтральное отношение к знахарям, шаманам, магам, колдовству, мифологическое мышление не было выявлено.

Выявлены существенные отличия в межличностном функционировании. У больных основной группы обнаруживалось основное противоречие, конфликт между желанием и готовностью прикладывать усилия для достижения каких-либо целей в жизни, в результате которого легко формировались прочные установки на «паразитический» образ существования. Если женщинам из сельской местности удавалось выйти замуж благополучно, то материально обеспеченный муж вовлекался в процесс медицинских обследований, «давал деньги на МРТ», традиционными подарками становились сертификаты на дорогостоящие обследования в частных клиниках. В их понимании «хорошими качествами мужа» считались понимание, что жена больна и его материальная поддержка планов на предстоящее обследование и лечение. При этом муж был убежден, что занимается благотворительностью, «помогает тяжело больной женщине».

Для оценки значения социальных факторов в развитии невротических расстройств в качестве важного фактора фиксировалась не только констатация существующего состояния профессионального и семейного статуса пациентов, но и понимание того, каким образом пациенты воспринимают данные аспекты своей жизни. В концепции неврозогенеза В. Н. Мясищева (1995) и его последователей – Г. Л. Исуриной, Б. Д. Карвасарского, В. А. Ташлыкова – патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым переживанием к ним личности. Учитывалось также и то обстоятельство, что имеет значение не столько объективная трудность проблемы, сколько субъективное отношение к ней, удовлетворенность или не удовлетворенность реальными обстоятельствами.

Таким образом, при анализе анамнеза жизни пациенток с СР, проживающих в сельской местности, обозначен ряд характерных особенностей – стиль воспитания и своеобразный уклад жизни в родительской семье, отношение к образованию, получению профессии, самообеспечению, социальной занятости, специфические особенности личности,

рассогласованность ценностей и интересов и др.), которые во многом являются предпосылками для формирования нарушений (несамостоятельностью суждений, внушаемость, эмоциональная незрелость, аффективная лабильность, легкая возбудимость, впечатлительность), определяют их течение и должны учитываться при разработке индивидуального плана лечения. Неустойчивость вегетативной системы во многом облегчает эмоциональные стрессовые воздействия на «область телесных процессов», как описывал это Э. Крепелин, обуславливая неадекватные психогенному раздражителю бурные вегетосоматические реакции.

Среди психо-социальных факторов оценивался собственный уровень образования пациенток, представленный в Таблице 3.12.

Таблица 3.12 – Распределение больных СР по уровню образования

Уровень образования	Основная группа (n=176)		Группа сравнения (n=108)		Ф
	Абс.	%	Абс.	%	
Высшее профессиональное	17	9,66	43	40,0	4,823*
Незаконченное высшее	39	22,16	26	24,0	0,309
Среднее	51	28,98	17	16,0	2,092
Среднее профессиональное	69	39,20	22	20,0	2,507*

Примечание: * - различия на уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

В основной группе доминировали женщины со средним профессиональным образованием (39,20%), группа сравнения отличалась преобладанием женщин с высшим профессиональным образованием (40%). Образовательный уровень больных СР, которые относительно быстро обратились за помощью к врачу-психиатру, оказался выше (группа сравнения). В данном случае можно говорить о совпадении полученных данных с результатами других исследований, касающихся пациенток с СР, проживающих в городской среде. Работы последних лет, проведенные в

крупных научных центрах, свидетельствуют о том, что низкий уровень образования связан с неблагоприятным течением СР (Пакриев С.Г., 2010; Васильева А.В. с соавт., 2017; Hessel A. et al., 2003; Löwe B. et al., 2022).

Было проведено исследование трудового статуса больных. В основной группе у больных с «избегающим врача-психиатра поведением» преобладали временно трудоустроенные лица (39,21%). По сравнению с группой сравнения, их доля достоверно выше таковой (12,0%). Постоянное место работы имели 36,36% больных СР основной группы (Таблица 3.13). При анкетировании они указали следующие виды занятости: уборщица, маляр, разнорабочий, кассир и др. Заслуживает внимания тот факт, что в группе сравнения доминировали лица, не имеющие постоянного трудоустройства (56,0%), по сравнению с основной группой их доля была выше аналогичного показателя ($p < 0,01$). На втором месте в группе сравнения отмечены 35 больных (32,0%), имеющих постоянное трудоустройство. В процессе анкетирования ими указаны высококвалифицированные профессии (учителя, бухгалтеры, медицинские сестры и другие).

Таблица 3.13 – Распределение больных СР по трудовому статусу

Трудовой статус	Основная группа (n=176)		Группа сравнения (n=108)		Ф
	Абс.	%	Абс.	%	
Имеющие постоянную работу	64	36,36	35	32,0	0,473
Безработные	43	24,43	60	56,0	3,539*
Временно трудоустроенные	69	39,21	13	12,0	4,077*

Примечание: * - различия на уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ семейного положения пациенток показал, что среди относительно поздно обратившихся за психиатрической помощью женщин (основная группа) преобладали разведенные (43,90%). В группе больных, которые составили группу сравнения (Таблица 3.14), в разводе были

17 человек (16%). 48 больных группы сравнения состояли в браке (44%), а 43 больных в брак вообще никогда не вступали (40,0%).

Таблица 3.14 – Распределение больных СР по семейному положению

Семейное положение	Основная группа (n=176)		Группа сравнения (n=108)		Ф
	Абс.	%	Абс.	%	
Замужем (в том числе состоит в гражданском браке)	39	21,95	48	44,0	2,833*
Разведена, вдовствует	77	43,90	17	16,0	3,768*
Не состоит в браке	60	34,15	43	40,0	0,672

Примечание: * - различия на уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

Обобщая полученные сравнительные характеристики социально-демографических показателей, был составлен среднестатистический портрет больных СР, несвоевременно обратившихся за специализированной психиатрической помощью: это женщины, проживающие в сельской местности, имеющие среднее профессиональное образование, временное трудоустройство с низкоквалифицированными формами занятости, состоящие в разводе или вдовствующие. Им присуще формирование на протяжении этого времени «избегающее врача-психиатра поведение».

Больные с СР (группа сравнения), которые обратились за помощью к врачу-психиатру в относительно короткий период, отличались наличием высшего профессионального образования, отсутствием постоянного трудоустройства, преимущественно замужние или вообще не вступавшие в брак.

Анализируя социально-психологический статус пациенток с СР, можно говорить о том, что женщины с СР, избегающие своевременно обращаться к специалистам в области психического здоровья характеризуются худшим социальным функционированием и разносторонними нарушениями системы отношений, что должно быть учтено в планировании психотерапевтического

лечения. В частности, помимо выделения симптоматических мишеней, необходимо включение интервенций, направленных на личностные и межличностные трудности этих пациентов, использующих невротическую симптоматику для «патологической социальной адаптации», по определению В. Н. Мясищева. Ограниченный адаптационный ресурс личности, такие социально-психологические характеристики пациентов с СР, проживающих в сельской местности, как семейное неблагополучие и низкий уровень профессиональной самореализации (временное трудоустройство, низко-квалифицированный уровень работы, среднее профессиональное образование) связаны с более поздним обращением за профильной помощью к специалистам в области психического здоровья.

Одной из задач исследования являлась идентификация социально-психологических характеристик пациентов, влияющих на информационное поведение в отношении СР.

3.6. Особенности информационного поведения больных соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности

Информационное поведение женщин с СР как образ действий по сбору, поиску и использованию информации относительно имеющихся жалоб зависит от социально-демографических характеристик и влияет на формирование когнитивной составляющей модели болезни, снижает адаптационные возможности больного и ухудшает реальное психическое состояние, и больной становится более уязвимым (Ястребов В.С. и др., 2009). Н. Б. Лутова (2017) считает, что информирование больного снижает страх перед возможными

последствиями лечения, уменьшает эмоциональные реакции при их возникновении.

Оценка информационного поведения пациенток с СР, выявила, что ведущие клинические проявления, связанные с вегетативной дисрегуляцией, определяют поисковые запросы больных, при этом, как было показано и в других исследованиях, предпочтение отдается недостоверным источникам информации. Например, в случаях, когда доминируют жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, больные набирают в поисковиках «боли в груди слева», «замирание в области сердца» и находят информацию, связанную с кардиологической патологией, лечением ишемической болезни сердца и др. Если в клинике СР доминируют симптомы желудочно-кишечного тракта, то предметом поиска становятся причины «тошноты», «вздутия» и связанные с этими симптомами другие вопросы. Важным моментом, характеризующим информационное поведение больных СР, являются выявленные в анамнезе следующие сведения. У 16 % больных с кардиальным вариантом СР простого подтипа обнаружено, что серьезное впечатление на них оказала внезапная коронарная смерть ровесников, инфаркт у их сверстников и знакомых молодого возраста, при рассказе о них отмечено эмоциональное оживление, усиленная жестикуляция и вегетативная активность. Они больше обращали внимания на ритм своего сердца, «прислушивались к его работе», фиксировались на схожих ощущениях в грудной клетке слева, пульсации крупных сосудов, делали поисковые запросы в сети интернет по поводу заболеваний сердца.

При доминировании в клинике дыхательного клинического варианта 23% женщин СР очень эмоционально рассказывали о высокой распространенности онкологической патологии органов дыхания («рак легких у друзей, кто не курит»), оправдывая своё курительное поведение. Больные с ЖКТ-вариантом соматизированного расстройства (12%) вспомнили, что «какие-то знакомые долго обследовались у гастроэнтерологов, а потом обнаружили рак желудка». Пациентки с доминированием псевдоневрологического варианта (14%)

действовали по советам знакомых, близких, у которых родственники пострадали от острых нарушений мозгового кровообращения, транзиторной ишемической атаки, последствий инсульта.

С целью определения особенностей переработки соматосенсорной и эмоциональной информации у пациентов с СР, проживающих в сельской местности, при анализе анамнестических сведений у больных с поздним обращением к врачу-психиатру обнаружено, что существенное значение для выбора специалиста и методов диагностики имеют такие информационные ресурсы, как сеть Интернет, просмотр телепередач о здоровье, чтение популярной литературы (газет, журналов), советы знакомых. Больные не имели представлений об организации психиатрической службы, не знали, как ее можно получить, опасались, что «их упекут в психушку», что в психиатрии используют средневековые методы «усмирения» («привязывают», «делают дураками», «не выпускают» и так далее). Несомненно, выявленные пробелы в представлениях являются мишенью для разработки образовательного модуля, адресованного больным СР.

В отношении получения сведений о своем заболевании и поиска информации о медицинской помощи представители основной и сравнительной исследовательских групп пользуются сходными информационными источниками (Таблица 3.15). Для 40,91% женщин, длительно не обращавшихся к врачу-психиатру, наиболее «авторитетными» являются рассказы знакомых и лиц ближайшего окружения, родственников. На втором месте по важности для больных основной группы информационным ресурсом стоит сеть Интернет (23,86%). Клинические проявления (характер жалоб, подтип и вариант СР), наличие субъективных болезненных ощущений являются основой для формирования запросов в поисковиках. Наименее востребованы у больных с «избегающим врача-психиатра поведением» сведения из научной литературы (2,84%).

Таблица 3.15 – Источники получения информации о заболевании в исследовательских группах

Источники информации	Основная группа (n=176)		Сравнительная группа (n=108)		Ф
	Абс.	%	Абс.	%	
Рассказы знакомых	72	40,91	21	19,44	1,663
Интернет	42	23,86	15	13,89	1,285
Популярная литература	24	13,64	17	15,74	0,154
Телевидение	33	18,75	34	31,48	1,135
Научная литература	5	2,84	21	19,44	2,428*

Примечание: * - различия на уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ информационных ресурсов, которыми пользовались больные группы сравнения, показал, что на первом месте для 19,44% стоит телевидение (просмотр передач о здоровье). Далее по важности для больных, которые своевременно обратились за специализированной помощью, указаны научная литература и рассказы знакомых (по 19,44% соответственно). Представленное распределение используемых больными СР в обеих группах отражает их высокую внушаемость, соответствует невысокому образовательному уровню, говорит об отсутствии представлений о своем расстройстве и возможностях получения специализированной психиатрической помощи.

Проанализировав представленные информационные ресурсы, можно утверждать, что для больных основной группы получение сведений о болезни от знакомых и сети Интернет является фактором, препятствующим своевременному обращению к врачу-психиатру.

Для больных группы сравнения изучение научной литературы и просмотр телепередач о здоровье стали факторами, способствующими более раннему и своевременному получению помощи в психиатрической службе. Информационное поведение пациентов с СР как образ действий по поиску,

сбору и использованию информации относительно имеющихся жалоб зависит от социально-демографических характеристик и влияет на формирования когнитивной составляющей модели болезни.

Анализа и внимания заслуживают организационные изменения в системе здравоохранения, которые произошли в последние десятилетия. Открытие новых диагностических и лечебных центров, клиник, реализующих широкий спектр медицинских услуг, предоставляет больным с множественными видоизменяющимися соматическими симптомами возможность самостоятельно выбирать специалистов и перечень диагностических исследований. Таким образом, больные сами определяют «диагностическую траекторию» и дальнейшую «маршрутизацию». Активная назойливая реклама медицинских услуг, необходимость для специалистов выполнять финансовый план, этому способствуют. Учитывая уровень представлений и знаний о своей болезни, невысокий образовательный уровень и используя обозначенные нами ранее информационные ресурсы, больные СР длительное время осуществляют непрофильное обращение в общесоматическую практику. Они подвергаются многочисленным необоснованным диагностическим обследованиям, принимают малоэффективное лечение, несмотря на ощутимые материальные затраты, «застревают» в первичной медицинской сети на длительный период времени.

Представленные причины несвоевременного обращения больных СР к специалистам в области психического здоровья, можно объединить в следующие группы: клинико-динамические, социально-психологические и индивидуально-психологические.

ГЛАВА IV. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОК С СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

4.1. Личностные особенности пациенток с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности

Для оценки специфических личностных характеристик, уровня тревожности, депрессии и особенностей социальной адаптации пациенток с СР, проживающих в сельской местности, использовалась методика оценки личности СМИЛ – отечественная адаптация MMPI, разработанная с учетом особенностей русского языка и российского менталитета. Выбор данного инструмента определялся тем, что накопленная база исследований говорит о том, что он позволяет раскрыть канву индивидуально-психологических переживаний и свойств личности, сделать их более понятными как для специалиста, так и для самой пациентки при правильной, поддерживающей самоотношение личности интерпретации. Выявление конкретных личностных мишеней в виде специфических особенностей личности или характерных личностных профилей может стать основой для разработки персонализированных планов психотерапевтического лечения, с выбором интервенций в рамках доказательных методов психотерапии, отвечающих индивидуальному профилю пациентки.

Изучение особенностей личности у больных СР при помощи методики СМИЛ проводилось в основной группе (176 больных), которые длительно не обращались за психиатрической помощью. Для сравнения использовалась группа сравнения – 108 больных соматизированным расстройством,

обратившихся к врачу-психиатру в течение года. Частотное распределение обследованных основной и группы сравнения с повышениями более 70Т («пиками») по шкалам СМИЛ представлено в Таблице 4.1.

Таблица 4.1 – Частотное распределение обследованных основной и группы сравнения с повышениями более 70Т («пиками») по шкалам СМИЛ

Обследованные группы	Шкалы СМИЛ					
	L		F		K	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная (n= 176)	0	0,00	25	14,20	0	0,00
Сравнительная (n= 108)	11	10,8	0	0,00	7	6,48

Продолжение таблицы

Обследованные группы	Шкалы СМИЛ									
	1		2		3		4		5	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная (n=176)	50	28,40	3	01,70	39	22,16	8	4,55	0	0,00
Сравнительная (n=108)	3	2,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Продолжение таблицы

Обследованные группы	Шкалы СМИЛ									
	6		7		8		9		0	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная (n=176)	3	01,70	35	19,88	0	00,00	0	00,00	0	00,00
Сравнительная (n=108)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Примечания: L – шкала лжи, F – шкала достоверности, K – шкала коррекции, 1 – шкала невротического сверхконтроля (ипохондрии), 2 – шкала пессимистичности (депрессии), 3 – шкала эмоциональной лабильности (истерии), 4 – шкала психопатии (импульсивности), 5 – шкала мужественности-женственности, 6 – шкала ригидности (паранойяльности), 7 – шкала

психастении (тревожности), 8 – шкала индивидуалистичности (шизоидности), 9 – шкала оптимистичности (гипомании), 0 – шкала социальной интроверсии.

Анализ результатов базисных шкал СМИЛ показал, что у женщин с СР основной группы с наибольшей частотой встречались высокие показатели («пики») по шкале сверхконтроль (50 чел. – 28,40%), эмоциональной лабильности (39 чел. – 22,16%), далее по шкале психастении (35 чел. – 19,88%). Наименьший удельный вес «пиков» отмечен по шкалам социальной интроверсии (14 чел. – 7,95%) и мужественности-женственности (10 чел. – 5,68 %).

В группе сравнения у 3-х больных наблюдались показатели более 70Т по шкале лжи (10,00%), у 7 – по шкале коррекции (6,48 %). По базисным шкалам отмечено всего 2 «пика»: невротический сверхконтроль и мужественность-женственность. Таким образом, у них в большинстве случаев показатели в пределах нормы.

Далее на Рисунке 4.1 и в Таблице 4.2 приводим результаты усредненных значений по шкалам опросника СМИЛ.

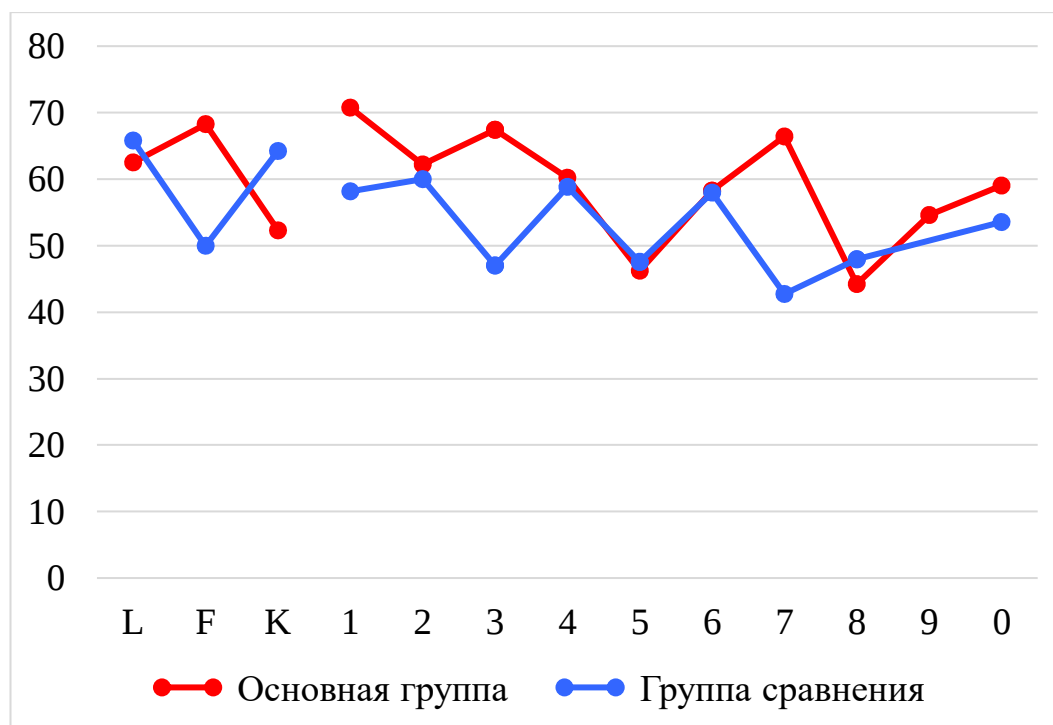


Рисунок 4.1 – Усреднённые показатели личностного профиля в основной и сравнительной группах.

Таблица 4.2 – Средние значения по шкалам опросника СМИЛ у обследованных основной группы и группы сравнения (Т-баллы).

Шкалы	Группы		p
	Основная группа (n = 176)	Группа сравнения (n = 108)	
	M±σ	M±σ	
L	62,52±6,82	65,81±7,35	0,0752
F	68,24±5,46	49,96±8,30	0,0001*
K	52,34±9,49	64,23±7,63	0,0004*
1	70,76±6,01	58,20±12,24	0,0001*
2	62,20±8,65	60,03±7,54	0,0831
3	67,44±7,50	47,03±9,28	0,0002*
4	60,22±11,91	58,87±5,53	0,1143
5	46,22±9,04	47,53±6,47	0,1561
6	58,27±12,92	57,97±10,62	0,1040
7	66,42±8,22	42,73±5,39	0,0009*
8	44,22±9,10	47,93±5,78	0,1932
9	54,56±5,63	50,73±4,21	0,0982
0	59,06±6,87	53,50±7,94	0,0761

Примечание: * - различия на уровне высокой статистической значимости.

Средние значения по шкалам достоверности (L, F, K) слегка повышены от 41 до 60 баллов, что может быть проинтерпретировано как настороженное отношение испытуемых к процедуре исследования. Средние показатели шкалы коррекции K умеренно повышены в группе сравнения (59,23), согласно рекомендациям Л. Н. Собчик, отражают естественную защитную реакцию человека на попытку вторжения в его внутренний мир при достаточном контроле над эмоциями. Средние показатели шкалы F статистически высоко значимо повышены в основной группе, что свидетельствует о большей склонности данных пациентов к преувеличению тяжести симптомов. В обеих исследовательских группах средние значения шкал L, F, K позволяют интерпретировать показатели базисных шкал опросника как достоверные.

В основной исследовательской группе обнаруживается «пограничный» профиль, который наиболее высокой точкой достигает диапазона 70-75 Т по

шкале №1 ($70,76 \pm 6,01$ Т), далее следуют показатели по 3-й ($66,44 \pm 7,50$ Т) и 7-й ($62,42 \pm 8,22$ Т) базисным шкалам.

Анализ обобщённого профиля СМИЛ показал наличие особенностей основной группы. Так ведущим является профиль с повышениями по шкалам 1, 3, 7. Кодировка клинических шкал по Хатэуэю выглядела следующим образом: 1'372406-/8, что характеризует значимый пик по шкале сверхконтроля. Профиль, с учётом оцениваемых параметров (уровень, рельеф, наклон) характеризовался как пикообразный однофазный (пик только по одной шкале), высокорасположенный, нерезко отрицательный (наклон), что демонстрирует склонность личности к аггравации существующих проблем (в том числе со здоровьем) и симптомов. В клинической беседе это проявлялось тенденцией представлять свои жалобы в преувеличенной, демонстративной манере, при этом отмечалась разница, к примеру, в жалобах на интенсивность болей и собственно болевом поведении на приеме. В соответствие с интерпретацией Л. Н. Собчик (2001), Т. Н. Резниковой и соавторов (2006) выявленный усредненный профиль указывает на невротический тип дезадаптации личности. Для этого варианта характерно повышение 1, 3 и 7 шкал СМИЛ и указывает на преобладание гипостенических свойств.

Завышения по шкалам 1, 3, 7 с относительным занижением по шкале 2 указывает на наличие вытесненной тревоги и склонность к ее соматизации, что обеспечивает интактность самоотношения личности пациенток.

Выявленные повышения по шкалам 1 и 3 в сочетании со снижением по шкале 2 обозначается как конверсионная V (Собчик Л.Н., 2001), которые характерны для невротического типа реагирования (невротический профиль) и обеспечивает, по словам В. Н. Мясищева, «решение субъективно неразрешимых на данный момент противоречий личности». При этом разнонаправленных тенденций не выявлялось.

Подъем показателей по шкале №1 более 70 Т-баллов свидетельствует о склонности к фиксации внимания на состоянии своего организма и здоровья,

поглощении обилием тревожащих ощущений, озабоченности своим состоянием и возможностями организма. Высокие показатели по 1-й шкале позволяют диагностировать усиление невротического самоконтроля и является индикатором соматизации тревожности.

На втором месте в профиле средние показатели по шкале №3 более 63 ($66,44 \pm 7,50$ Т-баллов) характеризуют выраженные демонстративные тенденции: стремление быть в центре внимания любой ценой, манерность и театральность поведения. Повышение показателей по шкале истерии свидетельствует о преобладании физических симптомов в качестве реакции на стрессовые ситуации. У таких личностей часто отмечается «бегство в болезнь» как способ совладания с конфликтным напряжением при дефиците навыков разрешения конфликтов. Такие личности недостаточно критичны к себе, поверхностны в контактах и чувствах, склонны к самолюбованию, артистизму. Они не способны переносить ситуации повышенных нагрузок, жестких требований. При отсутствии внимания окружающих возможно возникновение и «демонстрирование» необычной симптоматики. Эти лица в детском возрасте страдали от недостатка эмоционального тепла со стороны близких и лишь в периоды болезни были окружены вниманием, что способствовало закреплению стереотипа поведения – «ухода в болезнь» от проблем. У обследованных основной группы при показателях 1-й шкалы, доминирующих над 3-й, выявляется пассивное отношение к конфликту, уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемая декларацией гиперсоциальных установок. Данные СМИЛ полностью подтверждаются результатами клинико-психопатологического метода исследования, описанными в главе 3. Полученные клинико-психопатологическим методом данные дополняют результаты, полученные психометрическим методом, а именно, сведения об условиях формирования личности (стиль воспитания – потворствующая гиперопека с попустительством), социально-психологических характеристиках пациенток с СР, проживающих в сельской местности,

невысокий образовательный статус, обесценивание получения профессии, самообеспечения, социальной занятости, рассогласованность ценностей и интересов, несамостоятельностью суждений, внушаемость, эмоциональная незрелость, аффективная лабильность, легкая возбудимость, впечатлительность).

Выявленные средние показатели по шкале №7 («тревожность») ($66,42 \pm 8,22$ Т-баллов) указывают на наличие тревожности как устойчивой черты в структуре личности. Седьмая шкала относится к показателям тормозного круга, выявляет неуверенность в себе, высокую чувствительность и конформность (Собчик Л.Н., 2001). Наличие конкретных страхов и опасений могут затруднять выполнение деятельности и снижать социальную активность. Такие пациенты нерешительны, робки, склонны перестраховке, вопреки заверениям, неспособны к самостоятельной деятельности, что совпадает с анамнестическими сведениями о невозможности принять решение обратиться к врачу-психиатру, многочисленных повторных обследований в разных клиниках у многочисленных специалистов общей медицинской сети.

Профиль средних показателей **в группе сравнения** не выходит за рамки нормального профиля адаптированного человека, большинство шкал лежит в диапазоне 42-60 Т-баллов. В отличие от основной группы, он имеет более нормативную конфигурацию, т.е. приближен к базовому (от 46 до 54 Т). Профиль с множеством пиков, сопровождающихся нерезкими понижениями (7 - 10 Т), имеет форму «зубчатой пилы», нерезко отрицательный (наклон), кодировка профиля 2416 - /7.

Ведущей шкалой усредненного профиля больных группы сравнения является 2-я, которая в диапазоне нормативного распределения называется «пессимистичность» ($60,03 \pm 7,54$ Т). Не выходя за пределы нормы, показатели по этой шкале свидетельствуют о преобладании пассивной личностной позиции, характерных пессимистической оценке своих перспектив, склонности

к раздумьям, инертности в принятии решений, выраженной глубине переживаний, некоторой неуверенности в себе, своих возможностях.

На втором месте у обследованных группы сравнения – усредненные показатели по шкале 4 («импульсивность», $58,87 \pm 5,53$ Т). Её относительно высокие показатели следует интерпретировать только в сочетании со шкалой 2. Два относительно равновысоких пика по шкале 2 и 4 выявляют внутренний конфликт, уходящий в изначально противоречивый тип реагирования. Здесь происходит сочетание разнонаправленных тенденции – высокой поисковой активности и динамичности процессов возбуждения, которые характерны для 4-й шкалы (импульсивность) и выраженной инертности и неустойчивости, свойственных для 2-й шкалы (пессимистичность). Психологически это проявляется наличием противоречивого сочетания высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой истощаемостью, что характерно для неврастенического паттерна дезадаптации. При неблагоприятных социальных условиях данная predisпозиция может служить почвой для развития некоторых психосоматических расстройств, что согласуется в нашем исследовании с анамнестическими сведениями о больных группы сравнения, которые в относительно короткий период обратились за помощью к врачу-психиатру.

На третьем месте в профиле этой группы больных средние показатели шкалы №1 («сверхконтроль», $58,20 \pm 12,24$ Т), которые выявляют мотивационную направленность личности на соответствие нормам как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма, трудности в гибком принятии решений. Стиль мышления – инертный, с опорой на существующие точки зрения и правила. В межличностных отношениях отмечается высокая требовательность как к себе, так и к другим в плане соответствия моральным критериям социума. Скупость эмоциональных проявлений, осторожность, осмотрительность. Эмоциональная сфера отличается противоречивым столкновением сдержанности и

раздражительности, что формирует смешанный тип реагирования, свойственный лицам с психосоматической предрасположенностью, то есть со склонностью к трансформации эмоциональной напряженности в болезненные реакции организма. У таких пациентов затруднена трансформация внутреннего напряжения в соответствующие действия, таким образом, т.к. не происходит разрядки психофизиологического возбуждения, создаются условия для нарастания вегетативной дисрегуляции.

Далее следовали показатели по шкале 6 («ригидность», $57,97 \pm 10,62$ Т-баллов), не выходящие за рамки нормального разброса, которые свидетельствовали об устойчивости интересов, упорстве в отстаивании собственного мнения, стеничности установок, практичности, трезвости взглядов на жизнь, стремлении к опоре на собственный опыт, аккуратности, прямолинейности, недостаточной гибкости ума и трудностях переключения.

Достоверных отличий показателей по шкалам мужественности-женственности, шизоидности, гипомании, социальной интроверсии у больных основной и сравнительной исследовательских групп не обнаружено.

Подводя итог результатам исследования методом СМЛ, были выявлены специфические личностные особенности пациенток с СР, проживающих в сельской местности. Личностный профиль больных, поздно обратившихся за психиатрической помощью, достоверно значимо отличался от такового у больных соматизированным расстройством, пришедших к врачу-психиатру в течение года. В основной группе профиль характеризовался как дисгармоничный (превышены нормативные показатели по одной из шкал), «пограничный» (высоко расположенный), пикообразный однофазный (пик только по одной шкале), с выраженным отрицательным наклоном, что отражает признаки выраженной дезадаптации. В личностном профиле больных, поздно обратившихся за психиатрической помощью, наблюдаются такие особенности личности, как завышенные ипохондрические, истерические и тревожные черты, склонность к преувеличению имеющихся проблем и тяжести

своего состояния, что соответствует невротическому варианту дезадаптации личности.

А у лиц группы сравнения, в которой доминировал периодический (рекуррентный) тип течения, личностный профиль характеризуется как нормативный (ближе к гармоничному), зубчатый, с нерезко отрицательным уклоном, что говорит о менее выраженной дезадаптации (невротический вариант), по сравнению с основной группой. Сочетание доминирующих исключительно в рамках нормативного распределения шкал опросника СМИЛ 2,4,1,6 свидетельствует о широких возможностях выбора способов реагирования, больших возможностях к преодолению стрессовых ситуаций, более сохранном адаптационном потенциале.

Таким образом, личностные профили больных СР женщин из сельской местности с разными типами течения имеют сходство в невротическом варианте дезадаптации, но отличаются по параметрам уровень, рельеф и наклон, которые свидетельствуют о большем адаптационном потенциале в группе сравнения (больные СР, обратившиеся к врачу-психиатру в течение 1 года).

Личностную тревожность можно отнести к одной из наиболее значимых личностных черт, которая оказывает влияние на эмоциональную и когнитивную саморегуляцию личности. Имеющиеся в специальной литературе данные о роли личностной тревожности в механизмах симптомообразования при СР, свидетельствуют о необходимости изучения этой особенности у больных женщин из сельской местности (Погосов А.В., Богушевская Ю.В., 2008; Приходько В.Ю. и др., 2013; Silber, T. J., 2011).

Исследование уровня личностной тревожности с использованием шкалы Дж. Тейлора показало (Рисунок 4.2), что больным СР основной группы, свойственен более высокий уровень личностной тревожности (средние значения 32,8). Для больных СР в группе сравнения, которые раньше обратились за помощью к специалистам в области психического здоровья,

характерны средние значения уровня личностной тревожности с тенденцией к высокому уровню (23,9). Сравнительная оценка данных показателей с использованием t-критерия Стьюдента зафиксировала различия на уровне статистической значимости ($p\text{-level}=0,046013$).

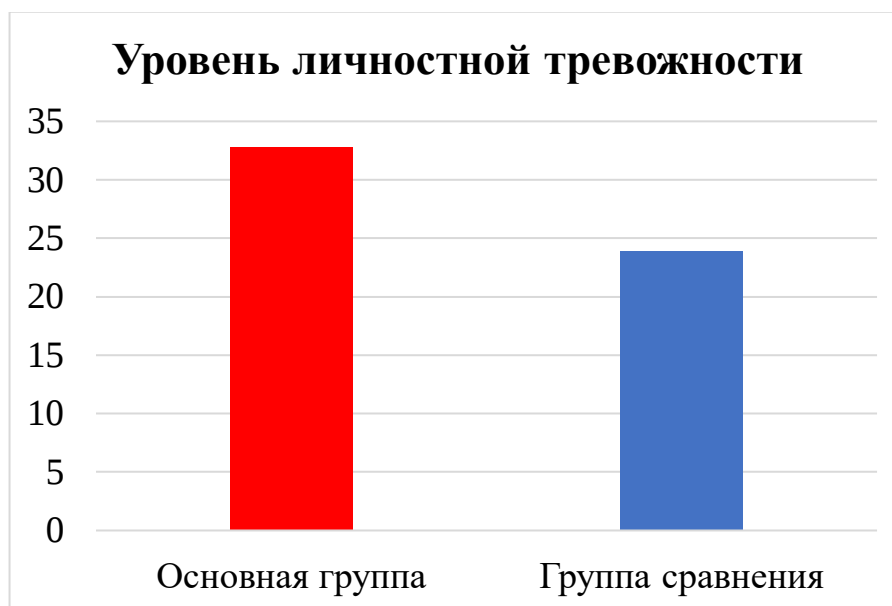


Рисунок 4.2 – Показатели средних значений личностной тревожности

Высокий уровень тревожности предрасполагает к формированию опасений о состоянии своего здоровья, который постоянно подкрепляется противоречивыми интерпретациями различных специалистов, многочисленными обследованиями и малоэффективным лечением в сочетании с невысоким образовательным уровнем, использованием недостоверных источников получения информации о своем здоровье. Известным проявлением личностной тревожности является повышенная interoцептивная бдительность, что обуславливает повышенное внимание к телесным сенсациям, при одновременной низкой точности восприятия и их катастрофической интерпретации, что способствует формированию СР. Личностная тревожность у больных определяет активный поиск непрофильной помощи, способствуя «застреванию» больных СР в первичном звене здравоохранения. Таким образом, характерный для больных основной группы высокий уровень

личностной тревожности является одним из факторов, препятствующих своевременному обращению к врачу-психиатру.

4.2. Особенности личностной идентичности и ее деформации под влиянием соматизированного расстройства

Для характеристики личностной идентичности у больных исследовательских групп была использована методика изучения личностной идентичности (МИЛИ). Критерий χ^2 Пирсона позволил оценить частоту встречаемости разных значений признака в двух и более эмпирических распределениях. Полученные данные представлены в таблице 4.3.

Таблица 4.3 – Распределение больных СР по частоте встречаемости типов личностной идентичности в исследовательских группах

Тип личностной идентичности	Основная группа (n=176)		Группа сравнения (n=108)		Критерий Пирсона
	Абс.	%	Абс.	%	
Псевдопозитивная	16	9,09	5	4,62	9,488*
Достигнутая позитивная	32	18,18	47	43,51	
Мораторий	8	4,54	33	30,55	
Диффузная	72	40,90	14	12,96	
Предопределённая	48	27,27	9	8,34	

Примечания: * – различия на уровне статистической значимости

Как видно, различия по частоте встречаемости типов личностной идентичности в исследовательских группах больных СР обнаружены на уровне статистической значимости. В основной группе больных СР псевдопозитивная идентичность характерна для 16 испытуемых (9,09%), в группе сравнения – для

5 человек (4,62%). В основной группе достигнутая позитивная идентичность встречается у 32 больных СР (18,18%), в сравнительной – у 47 (43,51%). Тип личностной идентичности «мораторий» обнаружен у 8 больных (4,54%) основной группы и у 33 больных (30,55%) сравнительной. Для 72 больных СР (40,90%) основной группы свойственно формирование диффузной идентичности, в то время как у больных группы сравнения указанный тип наблюдается в 14 случаях (12,96%). Предопределённая идентичность зафиксирована в 48 случаях (27,27%) у больных СР основной группы, в сравнительной – у 9 человек (8,34%).

Изучение типов личностной идентичности в группах больных СР показало, что для пациентов основной группы доминирующими являются такие её разновидности, как диффузная и предопределённая. Идентичность в данном случае будет характеризоваться отсутствием четких жизненных целей, ценностей и убеждений либо принятием всех важных решений под контролем других людей как вариант навязанной идентичности. В группе сравнения больных превалируют «мораторий» и «достигнутая позитивная идентичность». Они отражают в первом случае наличие кризиса идентичности и активные попытки выхода человека из него, во втором – наличие прочных жизненных целей и ценностей.

ГЛАВА V. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

5.1. Клинико-психологические проявления феномена самостигматизации

В специальной литературе последних десятилетий проблема стигматизации психически больных продолжает быть актуальной (Александровский Ю.А., 2001; Михайлова И.И., 2005; Серебрянская Л.Я., 2005; Положий Б.С., Руженкова В.В., 2016; Лутова Н.Б. и др., 2017; Парфенова Е.В. и др., 2017). В обществе существуют стереотипы особого отношения к людям с психическими расстройствами, доходящие до дискриминации, нарушений адаптации больных в обществе, в итоге препятствующие обращению в психиатрическую службу.

На данном этапе исследования использовались экспериментально-психологический (опросник самостигматизации, методика изучения личностной идентичности (МИЛИ)) и статистический методы. Анамнестические сведения были дополнены расспросом о проявлениях стигматизации. Они затрагивали разные стороны жизни в ситуации болезни: представления о болезни, критичность к своему самочувствию, отношение к психически больным, представления о себе как о психически больном, возможные ограничения в связи с заболеванием, назначенным лечением, проявления «избегающего врача-психиатра поведения», стремление скрыть обращения в психиатрические учреждения и другие.

Анализ социально-демографических показателей, показал, что при низком образовательном уровне, использовании неавторитетных информационных ресурсов, повышенной внушаемости, больные СР обнаруживают суждения о предвзятом отношении к психиатрической службе. Несмотря на уговоры врачей-клиницистов (терапевт, невролог, эндокринолог и другие) обратиться за помощью к врачу-психиатру, больные СР основной группы их рекомендации не выполняют. Зафиксированы примитивные высказывания о психиатрических учреждениях, возможностях лечения (в психиатрии применяются методы физического воздействия – «связывают», «усмиряют», «делают уколы, чтоб дураком стал»), также больные СР опасаются, что их «закроют в психушке» и так далее. Отказ от лечения телесных симптомов в психиатрических учреждениях с предвзятым отношением, негативное отношение к психологическим проблемам, связанным с возникновением соматических жалоб, свидетельствуют о проявлениях феномена самостигматизации.

На основании анализа литературы и экспертных оценок был составлен список основных эмоциональных, когнитивных и поведенческих проявлений самостигматизации, которые вошли в полуструктурированное интервью, те или иные проявления самостигматизации были выявлены у всех 176 пациенток основной группы (Таблица 5.1).

Проблемы психологического характера и их связь с началом заболевания отрицали 163 больных СР (92,61%). Больные сообщали, что врачи первичной медицинской сети, куда длительно обращались больные СР, при отсутствии подтверждающих болезнь результатов предполагали присутствие психогенных механизмов возникновения имеющихся расстройств. Отрицание психологических проблем было полярным – и категорическое возмущение («у вас все болезни от нервов»), и вежливый отказ продолжить эту тему.

Таблица 5.1 – Клинико-психологические проявления самостигматизации

Клинико-психологические проявления самостигматизации	Основная, n=176		Сравнительная, n=108		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Отрицание психологических проблем и их связи с заболеванием	163	92,61	51	47,2	0,2614*
Чувство стыда, что в социуме их назовут «психами»	167	94,88	5	4,6	0,8038*
Чуждость мыслей о психическом заболевании	176	100,0	0	0,0	1,00*
Тревожные опасения возможных последствий (настороженность)	159	90,34	8	7,4	0,6691*
Депрессивные включения	153	86,93	2	1,9	0,6881*
Избегание темы разговора о возможном лечении у врача-психиатра	171	97,15	7	6,4	0,8283*
«Избегающее врача-психиатра поведение»	176	100,0	0	0,0	1,00*

Примечание: * - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$).

Напомним, что негативное отношение больных к попыткам объяснить имеющееся заболевание психологическими факторами является одним из общих диагностических указаний всей рубрики Соматоформные расстройства, разновидностью которых является соматизированное (F 45.0). Представляется закономерным наличие предложенного индикатора у 47,2 % больных группы сравнения.

Чувство стыда, что в обществе их назовут «психами» при обсуждении возможного диагноза психического расстройства и необходимости обратиться за консультацией к врачу-психиатру зафиксировано у 167 больных СР (94,88%). Больные опасались, что факт обращения к врачу-психиатру станет достоянием общественности – могут узнать коллеги по работе, соседи, родственники, что может отрицательно сказаться на социальном положении.

У всех 176 больных (100%) выявлены раздумья и навязчивые мысли о наличии психического расстройства. Они носили крайне тягостный, мучительный оттенок, были неприятны, чужды. Стараясь от них отстраниться, больные убеждали себя посредством многократных диагностических процедур, доказывая присутствие соматического заболевания.

Тревожные опасения, постоянная настороженность в отношении возможных последствий заболевания одновременно с пониманием необходимости обратиться к врачу-психиатру были отмечены у 159 больных (90,34%). Больным было сложно объяснить, что именно является причиной их опасений, затруднялись конкретизировать ожидаемые нежелательные последствия. Беспричинная тревога способствовала ее нарастанию.

Отсутствие результатов многочисленных диагностических исследований, малоэффективное лечение, непонимание причин своего недомогания на протяжении длительного времени приводило к формированию отдельных депрессивных включений. У 153 больных (86,93%) зафиксировано снижение настроения («опускались руки»), снижение энергии, жизненной активности. Однако диагностика клинически оформленного депрессивного эпизода не представлялась возможной из-за недостаточности основных, дополнительных и специальных критериев.

Рекомендации специалиста в случаях отсутствия результатов очередного обследования получить консультацию врача-психиатра, заканчивались отказом больных от дальнейшего взаимодействия с врачом. Больные выбирали для следующего медицинского обследования другую клинику, меняли специалиста, обращались за помощью в другое лечебное учреждение. Категоричные отказы или немногословное нежелание дискутировать на тему психиатрической помощи характерны для 171 больной СР (97,15%).

Таким образом, несмотря на рекомендации специалистов первичного звена здравоохранения, больные СР демонстрировали «избегающее врача-психиатра поведение» и примитивные представления о психиатрической

службе. Женщины с СР из сельской местности от кого-то «слышали», что есть такое учреждение – психиатрическая больница, «дурдом, сумасшедший дом», куда забирают алкоголиков «с белкой», или «выживших из ума» пожилых людей, которые «творят абь что» и чудных «с глумью в голове», чудоковатых, имея ввиду больных шизофренией, «вот их пускай психиатр и лечит!». Избегающее поведение формировалось в течение длительного периода времени (от 1 года до 6 лет) и выражалось нежеланием обращаться в психиатрические учреждения. Настойчивое требование многочисленных лабораторно-инструментальных обследований выступает своеобразным ритуалом, прямой защитой от нежелательного лечения в психиатрических учреждениях. Вышеописанные симптомы являются индикаторами феномена самостигматизации, который выступает в качестве фактора, препятствующего своевременному началу лечения СР.

5.2. Особенности феномена самостигматизации и мотивационных установок у пациенток с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности

В данном разделе представлен сравнительный анализ результатов психологических методов исследования самостигматизирующего поведения (методика самостигматизации И.И. Михайловой с соавт., МИЛИ – методика изучения личностной идентичности Л.Б. Шнейдер) у больных основной (n=176) и сравнительной (n=108) групп. Изучались такие составляющие, как отношение к своему диагнозу психического заболевания, проводимому лечению, его

влияние на взаимоотношения с окружающими, изменения в своем характере, планы на будущее (Таблица 5.2).

Таблица 5.2 – Отношение к диагнозу психического заболевания

Параметры, составляющие отношение к диагнозу психического заболевания	Основная группа, n = 176		Группа сравнения, n=108		Ф
	Абс.	%	Абс.	%	
Соккрытие диагноза психического заболевания	152	86,36	24	22,22	0,4064*
Нежелание длительное время обращаться к врачу- психиатру	160	90,90	19	17,60	0,5436*
Ощущение себя другим человеком из-за болезни	144	81,82	23	21,30	0,3563*
Отсутствие планов на будущее из-за болезни	144	81,82	19	17,60	0,3975*

Примечание: * - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$).

Больные СР основной группы, которые в течение длительного времени не обращались за специализированной психиатрической помощью, предпочитали скрывать сведения о своем заболевании, факте госпитализации, опасаясь потери социального статуса и нарушений взаимоотношений с окружающими, насмешек со стороны знакомых и близких, отрицательных комментариев – 152 человека (86,36%). В группе сравнения у 85 больных (78,70%) доминировали высказывания противоположного содержания, они утверждали, что не видят смысла в сокрытии своего диагноза, их не беспокоит возможность распространения информации о лечении у врача-психиатра среди ближайшего окружения. Они отмечали, что в прошлом совершенно безосновательно беспокоились о том, как повлияет диагноз психического заболевания на дальнейшую жизнь, «что будет, если кто-то узнает?», сожалели, что вовремя не прислушивались к советам специалистов проконсультироваться у психиатра и не обратились раньше.

Полученные данные согласуются с описанными (Польская Н.А., Разваляева А.Ю., 2017) дисфункциональными формами эмоциональной регуляции – избеганием и руминациями. Эмоциональная дисрегуляция — это репрессивная система контроля над эмоциями, направленная на снижение негативных последствий действия разрушительных эмоций посредством их игнорирования, подавления или уклонения от них. *Избегание* — уклонение от определенных эмоций и эмоциогенного опыта как гипотетически опасных, негативных, способных причинить вред, «непереносимую» боль и *руминация* – застревание на аффективно окрашенных переживаниях, стереотипное возвращение к ним, фиксация на негативных эмоциях способствуют закреплению самостигматизации и тревожных мыслей о здоровье. Застревание, болезненное размышление («умственная жвачка») и стереотипное возвращение к негативным эмоциональным состояниям. Руминации, обусловленные ригидностью аффективных реакций, приводят к нарастанию интенсивности негативных эмоций. Избегание – отказ от переживаний, обладающих высоким аффективным зарядом, могут сопровождаться острыми негативными эмоциями, эмоциональной болью, избегание эмоциогенных переживаний усугубляет их. В итоге руминации и избегания характеризуют низкоадаптивные формы эмоциональной регуляции.

Больные группы сравнения более позитивно оценивают эффективность лечения, убеждены в отсутствии каких-либо последствий психиатрического диагноза. На протяжении длительного времени больные проходили многократные обследования, получали малоэффективную терапию, не хотели прислушиваться к советам специалистов обратиться за специализированной помощью. У больных СР основной группы «избегающее врача-психиатра поведение», по данным этого опросника, наблюдалось у 160 больных (90,90% случаев). Для 89 больных СР (82,40%) группы сравнения был не характерен феномен избегания врача-психиатра.

На Рисунках 5.1-5.3 представлены диаграммы, в которых отражены выраженные проявления самостигматизирующего отношения.

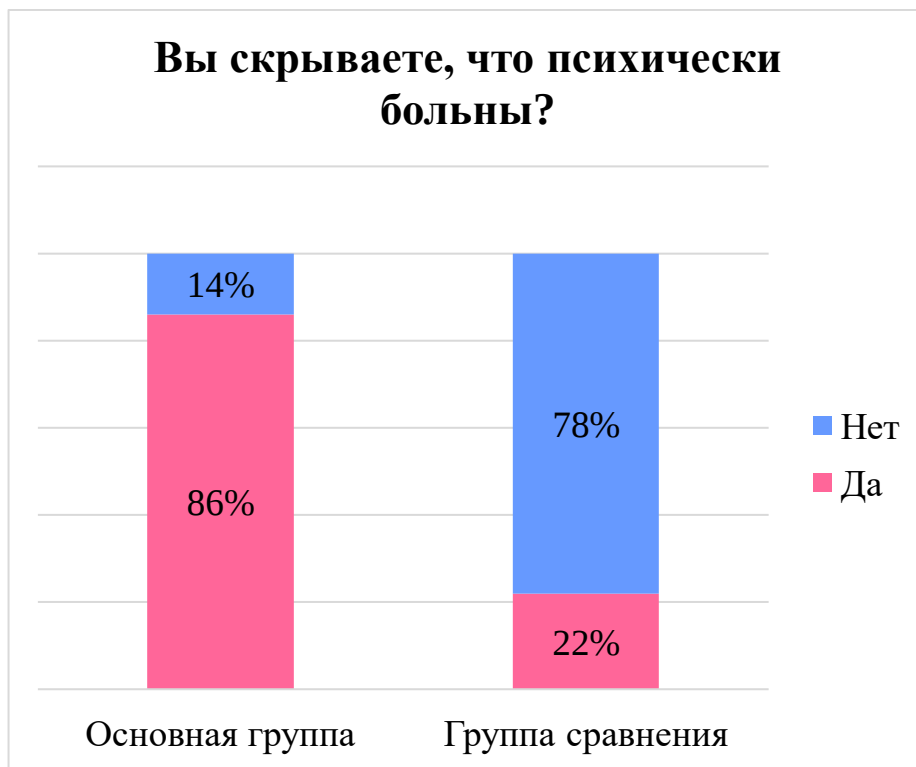


Рисунок 5.1 – Распределение больных СР в группах по факту сокрытия психического заболевания

Больные основной группы (144 женщины, 81,82%) посчитали, что у них произошли ощутимые изменения в характере. Это проявлялось снижением уверенности в себе из-за диагноза психического расстройства, появилась робость, нерешительность. Они стали думать о том, в каких ситуациях может «всплыть» формулировка психиатрического диагноза, какие последствия возможны из-за этого. Больные отмечали предчувствие дискриминации и предстоящей социальной отгороженности, опасались, что окружающие от них отвернутся. 85 больных (78,70%) СР группы сравнения не ощутили существенных изменений в своем характере и привычном поведении. К лечению в психиатрических учреждениях они относились как должному, заявляя «нам всё равно у кого лечиться, лишь бы не болело». Больные с отсутствием «избегающего врача-психиатра поведения» считали, что «у

психиатра такие же больные, как у любого другого врача». Их представления в отношении психиатрической службы были более оптимистичны, адекватны реальной обстановки.

Исходя из собственных представлений о диагнозе, 144 больных (81,81%) с избегающим поведением не видят перспектив на ближайшее будущее, у них отсутствуют планы. Учитывая представленные ранее социально-демографические показатели – невысокий образовательный уровень, информация о болезни из сети Интернет, можно сделать вывод о примитивных представлениях о психиатрической службе, обывательских рассуждениях о психических расстройствах, искажении полученных сведений от неавторитетных источников. Обозначенные аспекты должны стать мишенями для психокоррекционной программы с дестигматизирующим компонентом, которые необходимо проводить больным соматизированным расстройством.

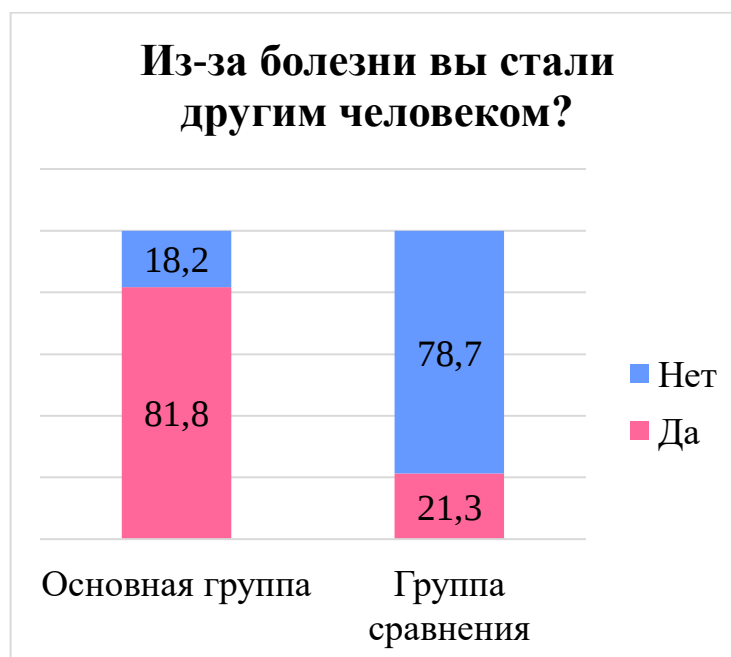


Рисунок 5.2 – Распределение больных СР, обнаруживающих изменения в характере и поведении в связи с болезнью

У 89 больных (82,40%) группы сравнения, не обнаруживающих «избегающего врача-психиатра поведения», не выявлено опасений, касающихся планов на будущее и реализации поставленных целей.

Таким образом, для больных СР с избегающим поведением характерно сокрытие имеющегося диагноза из-за возможной потери социального благополучия и ухудшения отношений с социумом. У них наблюдается отрицательное влияние болезни на особенности характера, не стремятся строить планы на будущее.

У больных, которым не свойственно «избегающее врача-психиатра поведение» с относительно коротким периодом наблюдения специалистами первичной медицинской сети, не наблюдается беспокойства в отношении имеющегося диагноза психического расстройства.

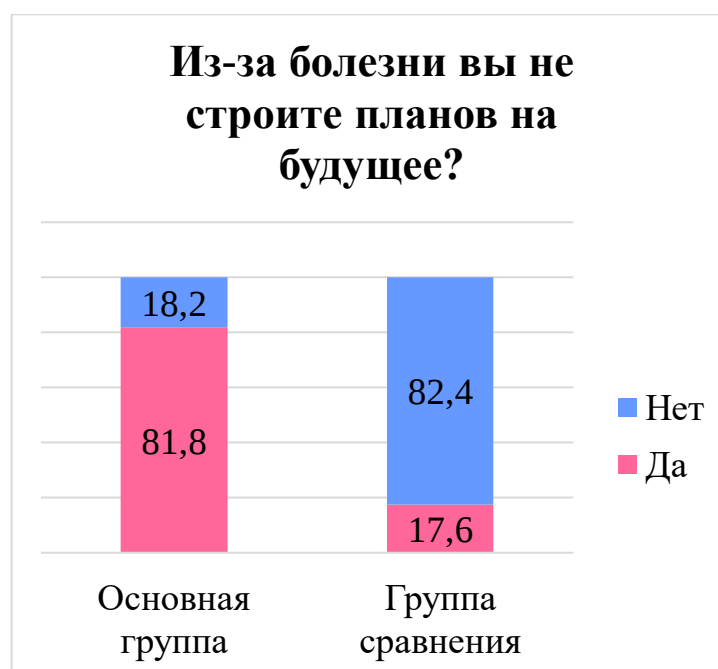


Рисунок 5.3 – Распределение больных СР в группах относительно планов на ближайшее будущее

Для женщин с СР, обратившихся за помощью к врачу-психиатру в относительно короткий период, характерно отсутствие сложностей во взаимоотношениях с окружающими, они активно строят планы, более равнодушны к возможному появлению сведений об их заболевании в ближайшем окружении.

Для больных с избегающим поведением (основная группа) характерен высокий уровень самостигматизации, настороженность в отношении последствий со стороны общественности в связи с наличием диагноза психического расстройства, изменение привычного поведения, отсутствие планов на будущее. Особенности самостигматизации у больных соматизированным расстройством группы сравнения выражены значительно меньше. Изменение уровня самостигматизации выявлено опросником, разработанным сотрудниками отдела организации психиатрической помощи НЦПЗ РАМН И.И. Михайловой, В.С. Ястребовым, С.Н. Ениколоповым.

Результаты исследования структуры самостигматизации и выраженности ее компонентов в исследуемых группах показали, что наибольший общий уровень самостигматизации был характерен для пациентов в основной исследовательской группе (Рисунок 5.4). Медиана общего уровня самостигматизации в основной группе составила 160 [38; 249], а сравнительной – 101 [74;174] баллов. При анализе общего уровня самостигматизации в обеих исследовательских группах (в генеральной совокупности) методами описательной статистики были получены медиана и размах 145 [38; 249]. Сравнительный анализ выраженности показателей самостигматизации проводился в основной ($n = 176$) и группе сравнения ($n = 108$) с использованием t-критерия Стьюдента (Таблица 5.3).

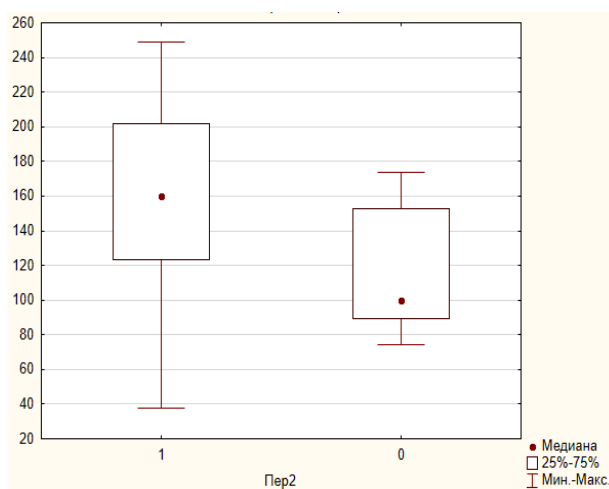


Рисунок 5.4 – Медиана общего уровня самостигматизации в исследовательских группах

Таблица 5.3 – Сравнительная оценка выраженности структурных компонентов самостигматизации у больных СР основной и группы сравнения.

Структурные компоненты самостигматизации	Основная группа (n = 176)	Группа сравнения (n = 108)	p
	Me [Q1; Q3]		
1-й компонент. Переоценка самореализации	26 [15; 33]	18 [11,5; 24]	0,0132 *
2-й компонент. Нарушение Я-идентичности	22,5 [12; 27]	11,5 [3;16,5]	0,0091 **
3-й компонент. Ограничение психически больных в сфере трудовой адаптации	8 [5; 14]	11 [6; 17]	0,0560
4-й компонент. Деидентификация от окружающих в социальной сфере	43 [24; 51]	18 [9; 22]	0,0001 **
5-й компонент. Дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности	11,5 [5; 20]	17 [6; 21]	0,0103 *
6-й компонент. Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере	10 [4; 14]	14 [8,5; 18]	0,0310 *
7-й компонент. Переоценка внутренней активности	29 [13; 32]	17 [8; 21]	0,0091 **
8-й компонент. Принятие роли психически больного в сфере самореализации	16,5 [9; 21]	9 [4,5; 14]	0,0290 *
9-й компонент. Зеркальное «Я» психически больного в сфере внутренней активности	12 [5; 15]	6 [3; 9]	0,02187 *
Аутопсихическая форма	49 [31,5; 62,5]	38 [28; 59,5]	0,0110 *
Компенсаторная форма	30 [20,4; 42]	36 [23; 51,5]	0,0391 *
Социореверсивная форма	87,5 [54,5; 106]	29 [19; 52]	0,0001 **
Уровень самостигматизации (Общий балл)	160 [123,5; 202]	101 [89,5; 152,5]	0,0001 **

Примечание: ** - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$); * - различия на уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

У обследованных основной исследовательской группы на высоком уровне статистической значимости ($p\text{-level} = 0,01$) получены отличия по следующим компонентам: «Нарушение Я-идентичности», «Деидентификация от окружающих в социальной сфере», «Переоценка внутренней активности». Отличия на уровне статистической значимости ($p\text{-level} = 0,05$) обнаруживаются в отношении таких компонентов самостигматизации, как «Переоценка самореализации», «Дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности», «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере», Принятие роли психически больного в сфере самореализации» и «Зеркальное «Я» психически больного в сфере внутренней активности». При таком сочетании выраженности приведенных компонентов образовались кластеры 3 порядка (разновидности самостигматизации): в основной группе на высоком уровне статистической значимости доминировали социореверсивная (87,5) и на уровне значимости аутопсихическая (49) форма. У больных СР основной группы менялась социальная идентичность таким образом, что они переставали отождествлять себя со здоровыми людьми, считали предвзятым к ним отношение окружающих. Также обнаружено изменение представлений о себе, как индивиде – женщины группы сравнения считали причиной своей предполагаемой несостоятельности в различных сферах жизни болезненные изменения, снижали требования к себе, отказывались от своих приоритетных жизненных задач.

Для группы сравнения характерно преобладание компенсаторной разновидности на уровне статистической значимости ($p\text{-level} = 0,05$). Больные группы сравнения частично игнорировали проявления своего заболевания, у них обнаруживались утрированные представления о несостоятельности психически больных. Несмотря на формальное признание у себя психического заболевания, женщины подчеркивали собственные отличия от «типичных» психически больных, что позволяло им отождествлять себя с психически здоровыми.

По результатам корреляционного анализа методом ранговой корреляции r-Спирмена параметра выраженности самостигматизации с показателями личностной идентичности (псевдопозитивная, достигнутая позитивная, мораторий, диффузная, предопределённая (преждевременная)) в генеральной выборке были получены нижеследующие результаты (Таблица. 5.4).

Таблица 5.4 – Результаты корреляционного анализа параметров идентичности и общего уровня самостигматизации

Параметры	Общий уровень самостигматизации
Псевдопозитивная	0,42*
Достигнутая позитивная	-0,60*
Мораторий	-0,67**
Диффузная	0,48*
Предопределённая	0,69**

Примечание: ** - корреляции на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$); * - корреляции на уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

Были выявлены статистически значимые ($p\text{-level} = 0,05$) и высокосignимые ($p\text{-level} = 0,01$) отрицательные заметно выраженные (по шкале Чеддока) корреляционные связи между общим уровнем самостигматизации и такими разновидностями личностной идентичности как **мораторий** и **достигнутая позитивная** ($r = -0,67$ и $-0,60$ соответственно). Это говорит о том, что данные типы идентичности являются более прогностически благоприятными, т.к. уровень самостигматизации при этих видах идентичности ниже.

Зафиксированы статистически значимые ($p\text{-level} = 0,05$) и высокосignимые ($p\text{-level} = 0,01$) положительные заметно и умеренно выраженные (по шкале Чеддока) корреляционные связи между уровнем самостигматизации и такими разновидностями личностной идентичности, как **диффузная**, **предопределённая** и **псевдопозитивная** ($r = 0,48$; $0,69$ и $0,42$ соответственно). Полученные результаты позволяют утверждать, что данные

типы идентичности оказываются менее прогностически благоприятными, т.к. уровень самостигматизации выше при этих видах идентичности.

Можно утверждать, что определённый тип идентичности формирует риск развития самостигматизации. Такие разновидности как диффузная, предопределённая и псевдопозитивная могут участвовать (выступать в качестве факторов риска) развития самостигматизации, т.е. являются прогностически менее благоприятными. А такие разновидности идентичности как достигнутая позитивная и мораторий, которые наблюдаются в группе сравнения с более низким общим уровнем самостигматизации можно отнести к прогностически более благоприятным в отношении формирования феномена самостигматизации.

Сравнительный анализ выявил значимые различия в основной группе и группе сравнения. Анализ медиан показал значимо более высокие показатели выраженности самостигматизации в основной группе: $Me [Q1; Q3] = 160 [123,5; 202]$ и $100 [89,5; 152,5]$ в основной и сравнительной группе соответственно.

У больных основной группы обнаруживается высокая выраженность самостигматизации: они в течение длительного времени обращались к специалистам первичной медицинской сети, и поэтому чаще сталкивались со стигматизирующим поведением со стороны специалистов первичной медико-санитарной сети, где, по их мнению, их считали «притворщицами, у которых нет заболевания», утверждали, что они «всё себе придумали», «сами себя накрутили». Врачи направляли их к психиатру, не объясняя причины и не информируя о характере имеющегося расстройства. Для этих пациенток характерно глубокое переживание роли психически больного. Феномен самостигматизации является фактором, способствующим непрофильному обращению больных за психиатрической помощью. В совокупности с другими причинами, самостигматизация способствует формированию «избегающего врача-психиатра поведения».

Более широкое понятие процесса стигматизации как предвзятого отношения к психическим больным в обществе у больных СР сводится непосредственно к более узкому пониманию феномена самостигматизации. Он отражает установку, готовность или ответную реакцию пациента на свое заболевание и существующую общественную стигму. Наряду с другими социально-демографическими, информационным, психологическими факторами, у больных СР обозначенные проявления самостигматизации играют важную роль для своевременности обращения за психиатрической помощью. Самостигматизация как внутреннее восприятие и принятия общественной стигмы психического больного является значимым фактором в избегании обращения за профильной помощью. Рассматриваемый феномен самостигматизации, как predisposition, ожидание особого негативного отношения со стороны общества, попытка принять на себя роль психически больного участвует в формировании «избегающего врача-психиатра поведения». Изучение выраженности феномена самостигматизации в зависимости от длительности «избегающего врача-психиатра поведения» показало существование взаимосвязи. Были выявлены статистически значимые взаимосвязи между выраженностью самостигматизации и длительностью «избегающего врача-психиатра поведения». Приобретаемый больными СР опыт взаимодействия с врачами-психиатрами, психологами, валидация диагноза соматизированного расстройства со стороны авторитетных специалистов, общения с другими больными может оказывать влияние на снижение проявлений самостигматизации. Приоритетным становится вопрос более раннего вмешательства (инициальные этапы динамики соматизированного расстройства) и включения программ дестигматизации на этапе диагностики СР в первичном звене здравоохранения.

Таким образом, феномен самостигматизации у больных СР следует отнести к числу факторов, препятствующих своевременному обращению за специализированной помощью и способствующих развитию «избегающего

врача-психиатра поведения». Самостигматизация при СР наиболее ярко проявляется у больных, которые имели более длительный опыт непрофильного обращения и избегали приема врача-психиатра. Они глубже переживают новую для себя роль психически больного и испытывают ограничения в различных сферах психологического и социального функционирования по сравнению с больными, которые обратились за психиатрической помощью в относительно более короткий период.

Для определения возможной взаимосвязи между выраженностью самостигматизации и клинических подтипов СР был проведен корреляционный анализ методом ранговой корреляции r Спирмена.

На уровне статистической значимости была выявлена умеренная положительная связь между выраженностью самостигматизации и подтипом СР ($p = 0,019$; $r = 0,421$). Полученные результаты говорят о том, что сочетанному подтипу СР соответствуют более высокие показатели самостигматизации, а простому – более низкие.

Представленные результаты показывают, что предложенные клинические проявления феномена самостигматизации у больных СР являются его индикаторами: отрицание психологических проблем и их связи с заболеванием, страх (фобия) быть критически оцененным в социуме, чуждость мыслей о психическом заболевании, тревожные опасения возможных последствий (настороженность), депрессивные включения и избегание темы разговора о возможном лечении у врача-психиатра, «избегающее врача-психиатра поведение».

В динамике заболевания у больных СР нарастает выраженность самостигматизации и, чем больше продолжительность периода «избегающего врача-психиатра поведения», тем она выше. Соответственно, чем раньше обратятся больные СР за психиатрической помощью, тем выраженность самостигматизации будет ниже. Исследование типов личностной идентичности в группах больных СР показало, что для пациенток, поздно обратившихся к

врачу-психиатру, преобладающими являются такие, как диффузная и предопределённая личностная идентичность. Они характеризуются отсутствием четких жизненных целей, ценностей и убеждений, принятием всех важных решений под контролем других людей как вариант навязанной идентичности.

Для больных с СР, обратившихся в специализированные психиатрические учреждения в более ранние сроки (до 1 года), свойственны такие разновидности личностной идентичности, как мораторий и достигнутая позитивная идентичность. Указанные типы отражают, в первом случае, наличие кризиса идентичности и активные попытки выхода человека из него, во втором – наличие прочных жизненных целей и ценностей.

Полученные результаты необходимо учесть в предложенной нами ранее психообразовательной программе для больных с СР, дополнить ее дестигматизирующей составляющей. Это позволит больным СР сформировать грамотные представления о своем заболевании, осознать необходимость более раннего обращения за специализированной психиатрической помощью, преодолеть избегающее отношение к врачу-психиатру и осуществить профилактику процесса самостигматизации.

Таким образом, феномен самостигматизации – это динамичное образование, в процессе развития этапов соматизированного расстройства он также подвергается изменениям. Для больных с избегающим поведением характерен высокий уровень самостигматизации, настороженность в отношении последствий со стороны общественности в связи с наличием диагноза психического расстройства, изменение привычного поведения, отсутствие планов на будущее. Нами предложены клинические проявления феномена самостигматизации у больных СР: отрицание психологических проблем и их связи с заболеванием, страх (фобия) быть критически оцененным в социуме, чуждость мыслей о психическом заболевании, тревожные опасения возможных последствий (настороженность), депрессивные включения и

избегание темы разговора о возможном лечении у врача-психиатра, избегающее врача-психиатра поведение. Корреляционный анализ показал существование взаимосвязи между клиническим подтипом соматизированного расстройства и уровнем самостигматизации.

ГЛАВА VI . ПРИЕМЛЕМОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ПАЦИЕНТОК С СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ, ОТНОШЕНИЕ К ТЕРАПИИ И МОДЕЛИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

6.1. Психологические факторы, влияющие на приемлемость психиатрической помощи пациенток с соматизированным расстройством

В современных моделях оказания медицинской помощи значимой составляющей является приемлемость – многоаспектный конструкт, отражающий степень соответствия предлагаемого лечения ожиданиям и потребностям пациентов. Приемлемым может считаться лечение, которое учитывает социальную ситуацию и ожидания конкретного пациента, его психологический портрет, индивидуальные предпочтения. Сегодня организаторы здравоохранения делают акцент на том, что при оценке эффективности необходимо обращать внимание на то, учтены ли при выборе метода лечения индивидуальные ожидания пациента. Данный раздел посвящен изучению отношения к лечению у пациенток с СР, проживающих в сельской местности.

Было проведено изучение особенностей приверженности лечению, для чего была выбрана методика «Уровень комплаентности» (Кадыров Р.В. и др., 2014), которая позволяет оценить сенсорно-эмоциональный, логический и поведенческий аспект комплаентности и тем самым глубже понять мотивацию, не всегда очевидную для самого пациента, и его поведение в процессе лечения.

Данный инструмент учитывает влияние «внутренней картины болезни», таким образом демонстрируя, как совокупность субъективных представлений об имеющемся расстройстве влияет на готовность следовать рекомендациям врача. Выделенные три блока оценки комплаентности – сенсорно-эмоциональный, когнитивной переработки и поведенческий (реализации терапии) – дают возможность на основе полученных данных разрабатывать мишенецентрированные программы комплаенс-терапии, направленные на коррекцию эмоциональных переживаний, когнитивных искажений или возможно оправданных недоучтенных опасений и особенностей поведения, связанных с лечением соматизированного расстройства.

Для лучшего понимания собственных мотивов обращения к специалистам в области психического здоровья проживающих в сельской местности пациенток с СР, с разным уровнем готовности к взаимодействию, с ними было проведено исследование с помощью «Опросника для изучения отношения к болезни и лечению» («Клиническая психология...» / под ред. Б.Д. Карвасарского, 2014). Данный инструмент имеет четкие понятные формулировки и дает возможности количественной оценки определения доминирующего типа мотивации к лечению и выздоровлению.

Авторы рекомендуют использовать результаты исследования для построения моделей отношения к лечению с целью повышения его эффективности.

Такие типы установок как стремление к инсайту, изменения поведения, достижение симптоматического улучшения рассматриваются разработчиками опросника как более благоприятные, определяющие более быстрое и эффективное построение терапевтического альянса. Установка, связанная с «вторичной выгодой» от расстройства оценивается как проблематичная, требующая построения индивидуализированных программ терапии. В данном случае симптомы часто используются как личностно-компенсаторный механизм для легализации отказа выполнения социальных предписаний,

контроля близких через манипуляцию симптомами, поддержания самоотношения. Существует сложная реципрокная взаимосвязь между вторичной выгодой и самостигматизацией, где оба феномена способствуют поддержанию психологического гомеостаза, что формирует сложный барьер для выздоровления. Поэтому было принято решение с помощью корреляционно-регрессионного анализа (Гмурман В. Е., 1999; Кремер Н. Ш., 2004) выделить взаимосвязи основных пяти типов отношения к болезни в зависимости и уровня самостигматизации больных, которые были положены в основу выделения моделей внутренней картины болезни. Феномен самостигматизации тесно связан с ВКБ, именно она определяет, каким образом пациент позиционирует себя как больного и достраивает приращение к собственной идентичности, связанное с расстройством, она так же может влиять на информационное поведение, способствовать селективному восприятию информации, ее искажению, страх стигмы ведет к неправильной интерпретации симптомов, затягивает обращение за специализированной помощью. С ее помощью с одной стороны происходит стабилизация самоотношения, с другой – усиливается дезадаптация, что формирует порочный круг СР. У пациентов невротического профиля, как показали исследования И. И. Михайловой и соавт. (2005), «самостигматизация используется для снижения напряженности внутреннего конфликта без его разрешения». В таких случаях диагноз соматического заболевания является более предпочтительным, дает возможность по описанию С. Л. Соловьевой (2017) «Приобретение такого социально-значимого смысла жизни», как борьба с болезнью, помогает больному чувствовать себя нормальным членом общества».

ВКБ при неврозах представляет систему психического приспособления личности к заболеванию, в основе которой лежит значимость невроза для больного («значимые» отношения по В.Н. Мясищеву, «личностный смысл» по А.Н. Леонтьеву) и концептуализация им своих ощущений и переживаний в

условиях взаимодействия осознаваемого и неосознаваемого уровней психики с учетом жизненной ситуации пациента. Формирование ВКБ начинается на определенном этапе развития невроза. Неспособность больного преодолеть внешние или внутренние трудности, возникшие вследствие неадекватных способов его функционирования в микросоциальном окружении, приводит к невротическому конфликту, сопровождающемуся эмоциональным стрессом. Первичные симптомы невроза, адаптивные личностные механизмы совладания, компенсации и защиты лишь частично уменьшают проявление тревоги. «Поиск значимости» появившихся перемен в функционировании пациента (в том числе, на неосознаваемом уровне) совпадает с началом формирования ВКБ, внешним выражением которой является роль самого больного.

В. А. Ташлыков (1984) рассматривал ВКБ как психическую адаптацию личности к болезни. Структура ВКБ строится автором на основе эмоционального восприятия болезни (депрессивного или фобического); осознания больным её причин, характеризующих познавательный аспект; психологических защит и способов совладания с болезнью (мотивационно-волевой аспект). В. А. Ташлыков выделял в когнитивном её аспекте соматическую и психогенную концепцию. Один из принципов описания ВКБ охарактеризован автором как концептуальный. Он связан со сферой представлений пациента о своей болезни и ее причинах. С этой позиции были выделены соматоцентрированный тип ВКБ (С ВКБ) и психоцентрированный тип ВКБ (П ВКБ).

К С ВКБ отнесены пациенты, у которых имелась некоторая отчужденность переживания болезни от своего «я», и они связывали развитие невроза с вероятными, по их мнению, органическими нарушениями нервной системы или внутренних органов. «Соматический поиск» причин развития симптомов свойствен больным вследствие влияния стереотипа представлений о болезни и предъявления жалоб врачу, связанного с общей медициной. Кроме того, для этой категории больных характерно неумение формулировать

эмоционально-психологические элементы своего переживания болезни. Несомненно, здесь проявляется также своеобразие мозговых механизмов сложных (целостных) психических функций и способов переработки информации, определяемых, в частности, функциональной специализацией полушарий – правого с преобладанием сенсорно-образного уровня восприятия и левого с преобладанием аналитико-вербального уровня. Последнее в большей мере свойственно П ВКБ. У этой категории больных невротизация представления о причинах своего заболевания сосредоточены на переживаниях трудных жизненных ситуаций и отношениях с окружающими. Если Д ВКБ и Ф ВКБ имеют устойчиво сохраняющиеся в течение невроза особенности, то С ВКБ и П ВКБ нестабильны и в ходе терапии могут изменяться.

Соматовегетативные симптомы представлены во всех типах и вариантах ВКБ, но значимость «соматизации» аффекта при этом может быть различной. Специфика вариантов ВКБ создает внутри каждой из форм невротизации различные категории больных, предполагающие соответственно дифференцированный терапевтический подход к ним.

«Соматогенная» или «психогенная» концепции заболевания у больных невротизацией отражаются в особенностях их отношения к болезни и, прежде всего, в своеобразии нозофобного (переживания тяжести болезни) и нозофильного («условная желательность болезни») аспектов ВКБ. В негативном прогнозе своего заболевания пациенты с С ВКБ чаще высказывали страх смерти от возможного, по их мнению, в дальнейшем церебрального или соматического заболевания.

6.2. Особенности приверженности терапии больных соматизированным расстройством

До настоящего времени отсутствуют клинические рекомендации по диагностике и терапии СР, в связи с этим в исследуемой выборке пациенты получали лечение в соответствии с «Перечнем используемых лекарственных препаратов», соответствующих Приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1229н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве» и стандартом специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве. Для повышения гомогенности выборки были выбраны препараты первой линии терапии тревожных расстройств, которые продемонстрировали свою эквивалентную эффективность в международных клинических исследованиях (Bandelow B et al., 2008, 2023).

Так, все пациентки первые 2 недели получали в качестве основной терапии препараты из группы СИОЗС и анксиолитические препараты (Hayasaka Y. et al., 2015; Holper L., 2020).

Отношение пациентов к назначенному лечению является ключевым фактором приверженности терапии, в связи с этим объектом исследования стал уровень комплаентности пациенток с СР, проживающих в сельской местности, для этих целей нами был использован опросник «Уровень комплаентности» (Кадыров Р.В. и др., 2014). По результатам исследования были выявлены статистически значимые различия между основной группой (поздно обратившиеся за психиатрической помощью, $n = 176$) и сравнительной группой (обратившиеся за психиатрической помощью в течение года, $n = 108$) по

показателям «общая комплаентность», «поведенческая комплаентность» и «эмоциональная комплаентность». Результаты сравнительного анализа представлены в Таблице 6.1.

Таблица 6.1 – Сравнительный анализ уровня комплаентности у больных соматизированном расстройстве в исследовательских группах

Переменные	Основная группа (Среднее)	Группа сравнения (Среднее)	p
Общая комплаентность	74,34783	92,54167	0,000001*
Социальная комплаентность	27,34783	27,58333	0,715499
Эмоциональная комплаентность	22,65217	32,41667	0,000003*
Поведенческая комплаентность	24,34783	32,54167	0,000002*

Примечание: * - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$).

Для больных СР основной группы характерен средний уровень комплаентности (балльные значения 41-80). В отличие от больных группы сравнения, которые относительно быстро пришли за помощью к врачу-психиатру, за счет преобладания поведенческой и эмоциональной комплаентности. У больных группы сравнения доминирует высокий уровень комплаентности (балльные значения 81-120), что продемонстрировано на Рисунках 6.1, 6.2.

Общая комплаентность. На уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$) были выявлены различия в выраженности общего уровня комплаентности: так обнаруживается средний уровень комплаентности в основной (41-80) и высокий уровень (81-120) в группе сравнения. Для поздно обратившихся за психиатрической помощью больных характерным является наличие неопределённой позиции по отношению к лечению.

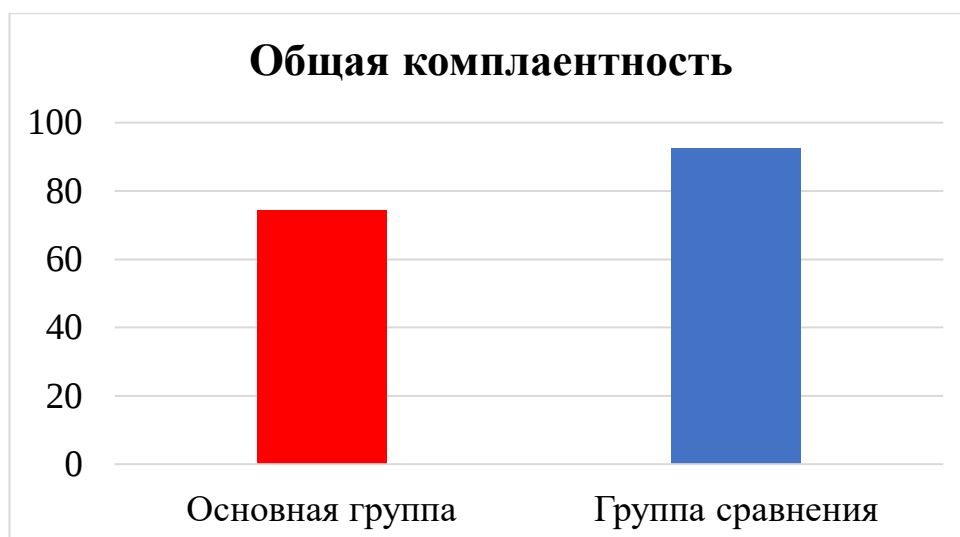


Рисунок 6.1 – Средние значения уровня общей комплаентности у больных СР в исследовательских группах

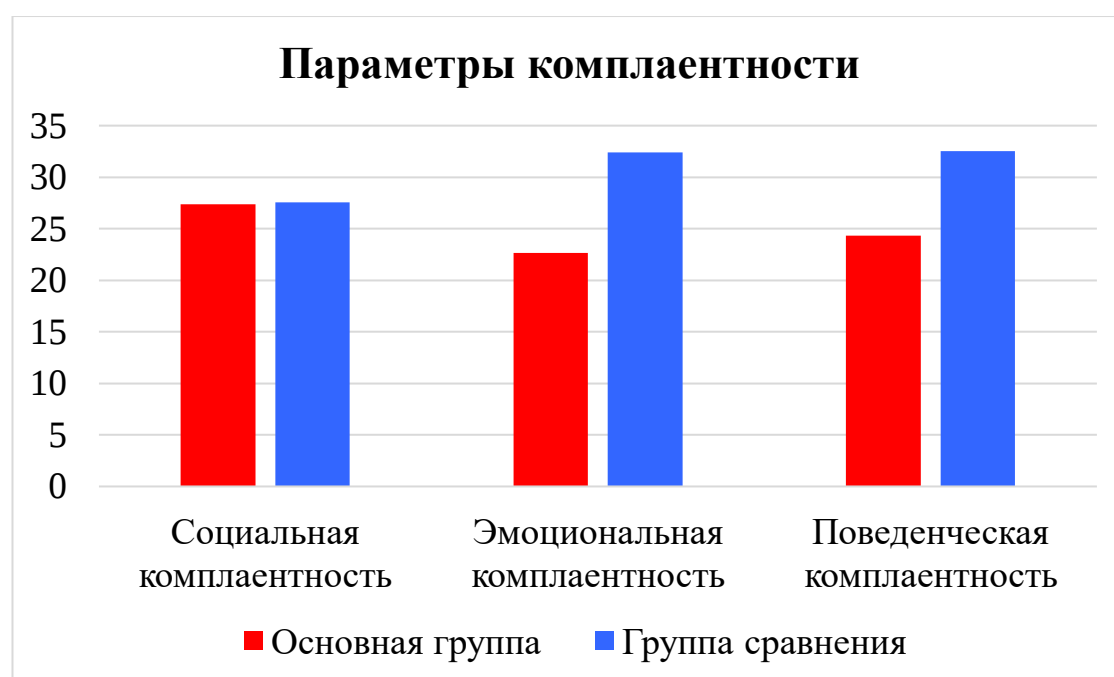


Рисунок 6.2 – Средние значения компонентов комплаентности у больных СР в исследовательских группах

Такие больные демонстрируют неустойчивость в своём намерении принимать терапию, их выбор в большей степени продиктован настроением, выгодой от лечения. Выявленные особенности в основной исследовательской группе могут стать причиной нарушения режима приёма препаратов, в связи с

чем возникает повышенная потребность в контроле терапии. При этом пациенты из группы сравнения демонстрируют более ответственное отношение к лечению: они нацелены на сотрудничество с врачом, стремятся всячески способствовать процессу лечения и строго соблюдать предписания врача, что благоприятно влияет на режим приёма терапии.

Социальная комплаентность представляет собой стремление получить социальное одобрение в связи с принимаемым лечением. При сравнении средних значений социальной комплаентности у больных СР в обеих группах обнаружены средневывраженные показатели (балльные значения – 16-29), при этом статистически значимые различия не выявлялись ($p > 0,05$). Данные результаты вполне объяснимы гомогенной социальной средой исследовательских групп (сельская местность). Полученные значения говорят о наличии неопределённой социальной позиции: с одной стороны, свидетельствуют о приверженности к лечению в ситуации одобрения со стороны родственников, с другой – больные отрицают необходимость лечения в отсутствии контроля со стороны медицинского персонала. Так, например, частой является ситуация, когда больные с особой ответственностью принимают назначенное лечение, но могут самовольно прекращать его, когда данный контроль исчезает.

Эмоциональная комплаентность представляется как мотивация к лечению, определяемая наличием страхов и переживаний пациента, связанных с заболеванием и процессом лечения. При сравнении показателей эмоциональной комплаентности у пациенток с СР были выявлены их значимые различия в основной группе и группе сравнения ($p < 0,01$). В основной группе среднее значение комплаентности соответствовало среднему уровню (балльные значения 16-29), а в сравнительной – высокому (30-40).

Полученные значения в основной группе характеризуют этот тип пациентов как эмоционально-неустойчивых в аспекте лечения, склонных к изменению своей приверженности терапии на фоне эмоций: для данной

категории более свойственно самовольное прекращение приёма препаратов при появлении побочного действия лекарств, негативной информации о препарате от неспециалистов и др. Группа сравнения характеризуется ответственным отношением к проводимому лечению, ориентированностью на мнение врача, что способствует приверженности терапии. В группе сравнения пациентки в большей степени испытывают дистресс в связи с наличием симптомов заболевания и более мотивированы от них избавиться. А представители основной группы имеют выраженную вторичную выгоду, в связи с чем они меньше переживают из-за наличия симптомов, что и формирует более низкую мотивацию к излечению.

Поведенческая комплаентность представляет собой стремление следовать назначенной терапии, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие. В ходе сравнения показателей поведенческой комплаентности больных СР были выявлены значимые различия в основной и сравнительной группах ($p < 0,01$). Для пациенток из основной группы характерны средние значения выраженности поведенческой комплаентности (бальные значения 16-29), а для пациенток из сравнительной – высокие (30-40). Полученные значения в основной группе характеризуют пациенток как пессимистично настроенных на лечение, склонных воспринимать приём препарата как риск для здоровья, что негативно влияет на режим приёма терапии и выражается в отказных поведенческих реакциях, уклонении от соблюдения режима.

Значения группы сравнения характеризуют данную категорию пациентов как стабильных в своём стремлении справиться с болезнью, склонных к точному соблюдению врачебных рекомендаций, что положительно влияет на режим лечения.

В ситуации с СР это объясняется еще и тем, что поведение больных направлено на избавление от «физических» симптомов, поиск разных способов терапии, в том числе фармакологическим путем. При этом избегающее врача-

психиатра поведение пациенток с СР является выбивающимся из общепринятых представлений о неврозах. В клинической практике данный феномен становится индикатором возможного более низкого уровня комплаентности, чем у больных, обратившихся за лечением своевременно.

Приверженность лекарственной терапии не является свидетельством целостного понимания, представления о том, как женщины, страдающие СР с разной продолжительностью заболевания, относятся к лечению, насколько может быть успешным процесс выздоровления. Учитывая психогенную природу изучаемого расстройства, следует помнить о влиянии на комплаенс установок, обуславливающих ту или иную мотивацию обращения к специалистам психиатрических учреждений после длительного малоэффективного наблюдения в первичном звене здравоохранения.

6.3. Установки на лечение у больных соматизированным расстройством

Помимо исследования комплаенса как готовности пациентов следовать предписанному врачом лечению в клинике невротических психических расстройств, симптоматика которых разворачивается в соматической плоскости, особое значение приобретает исследование собственной установки на лечение у этой группы труднокурабельных пациентов.

Изучение причин обращения больных СР в исследовательских группах к врачу-психиатру проведено с помощью «Опросника для изучения отношения к болезни и лечению» (Карвасарский Б.Д., ред., 2014). Сравнительный анализ различных видов установок по отношению к болезни и лечению в психиатрических учреждениях был осуществлен с использованием t-критерия

Стьюдента для двух несвязанных выборок, результаты представлены в Таблице 6.2. Выявлены различия на высоком уровне статистической значимости по показателям: «достижение инсайта», «вторичный выигрыш», «симптоматическое улучшение», «иная мотивация».

Таблица 6.2 – Сравнительный анализ установок, влияющих на мотивацию обращения в психиатрические учреждения у больных СР в основной и сравнительной группах

Переменные	Основная группа (Mean)	Группа сравнения (Mean)	p
Достижение инсайта	2,913043	4,625000	0,000019**
Изменение поведения	4,165023	4,024667	0,973947
Симптоматическое улучшение	4,208333	5,347826	0,012889*
Вторичный выигрыш	5,000000	2,791667	0,000002**
Иная мотивация	2,666667	5,043478	0,000003**

Примечание: ** - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$); * - различия на уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

У женщин, страдающих СР, из группы сравнения выражена установка на «достижение инсайта» (осознания болезни), отражающая мотивацию к лечению, в основе которой лежит желание преодолеть невротические симптомы за счет более углубленного познания себя, своего поведения, ошибок своих умозаключений в отношении болезни, лежащих в основе социальной дезадаптации (Рисунок 6.3). Установка на изменение поведения у женщин, страдающих СР, вне зависимости от длительности заболевания, выражена примерно одинаково, что говорит об их желании восстановить социальное функционирование и улучшить межличностные взаимоотношения после лечения в психиатрическом учреждении (Рисунок 6.4).

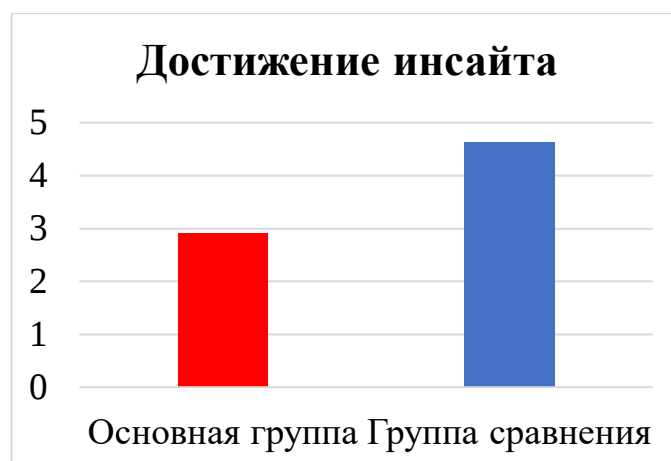


Рисунок 6.3 – Средние значения установки «достижение инсайта» у больных СР в исследовательских группах

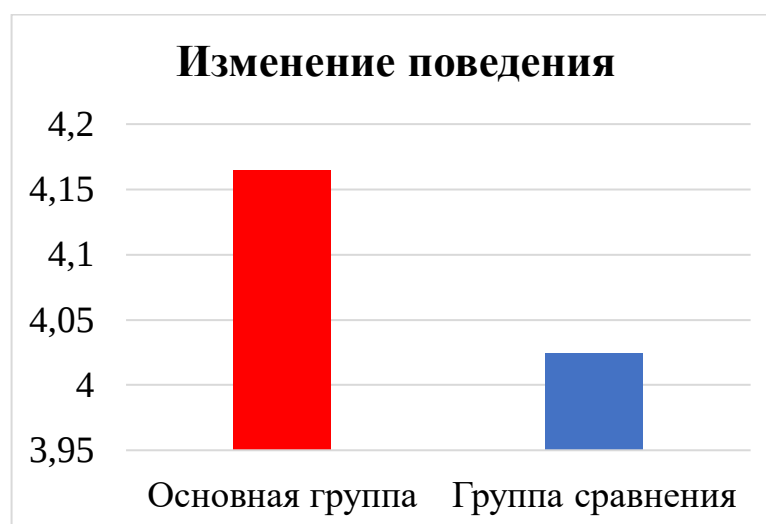


Рисунок 6.4 – Средние значения установки «изменение поведения» у больных СР с разной длительностью заболевания

На достоверном уровне статистической значимости обнаружены различия по показателю установки на «симптоматическое улучшение». Результаты представлены на Рисунке 6.5. Для больных СР из группы сравнения характерна мотивация обращения за помощью к специалистам, связанная с желанием добиться устранения «физических» симптомов, причиняющих дискомфорт, а также научиться самостоятельно с ними справляться.

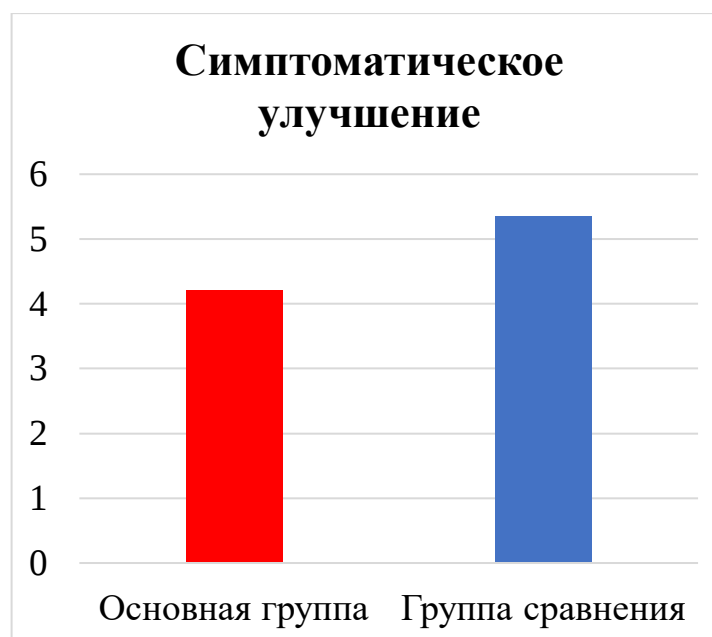


Рисунок 6.5 – Средние значения установки «симптоматическое улучшение» у больных СР в исследовательских группах

Установлено, что больные с длительностью СР основной группы, несвоевременно обратившиеся за психиатрической помощью, характеризуются получением «вторичной выгоды» от заболевания, что подтверждается наличием различий на высоком уровне статистической значимости по показателю «вторичный выигрыш». Результаты сравнительного анализа можно увидеть на Рисунке 6.6.

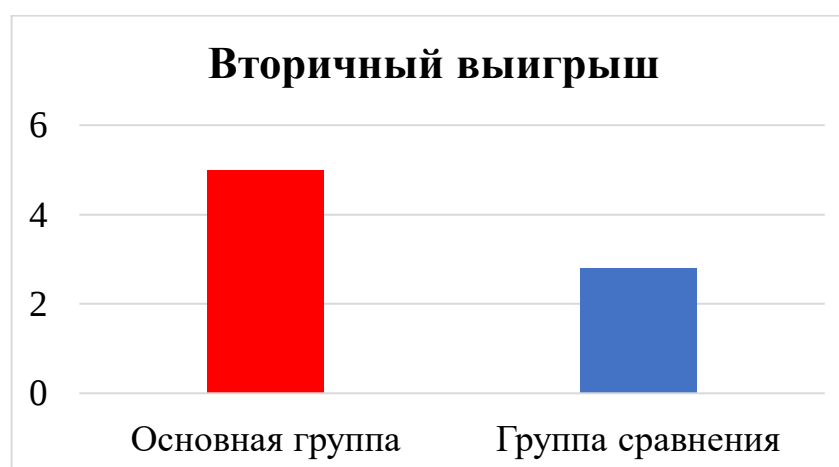


Рисунок 6.6 – Средние значения установки «вторичный выигрыш» у больных СР в исследовательских группах

В этой группе больных мотивацией для обращения в психиатрическое учреждение послужили выраженная тревога, наличие трудной жизненной ситуации на протяжении длительного времени, от которой они хотят «отдохнуть».

Так же для них характерны представления о своем состоянии здоровья как о тяжелом, затрудняющем социальное функционирование. По их мнению, оно приводит к ухудшению взаимоотношений с родными, которые часто не признают их проблем, связанных с самочувствием. «Вторичная выгода» для таких больных заключается в том, что имеющиеся симптомы позволяют им временно отгородиться от решения жизненных проблем, в связи с нахождением в медицинском учреждении. Таким образом, вторичная выгода от заболевания может становиться препятствием для обращения за профильной помощью.

Наличие значимых различий по показателю «иная мотивация» свидетельствует о том, что в группе сравнения больных СР, помимо вышеперечисленных мотивов для обращения за помощью, имеются и другие установки, отражающие как активную позицию в отношении проводимого лечения, так и пассивную. С одной стороны, больные группы сравнения хотели бы узнать о новых способах лечения, с другой – признают, что обратились за помощью в психиатрическое учреждение только по причине того, что это рекомендовали сделать врачи первичной медицинской сети или настаивали близкие люди. Результаты представлены на Рисунке 6.7.

Можно предположить, что благоприятным фактором, способствующим эффективному проведению фармакологического лечения и психотерапии, является то, что у больных СР группы сравнения выражено желание узнать об истинном характере и причинах заболевания. Этому способствовали многочисленные безрезультатные обследования и малоэффективное лечение.

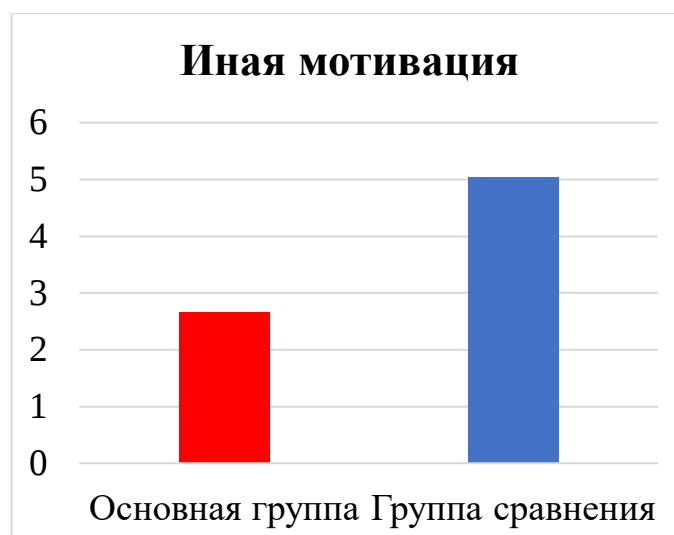


Рисунок 6.7 – Средние значения по установке «иная мотивация» больных СР в исследовательских группах

Таким образом, пациентки, ориентированные на инсайт, заинтересованы в понимании причин формирования СР и воспринимают свое расстройство эго-дистонно, а пациентки, имеющие установку на вторичную выгоду, пытаются с помощью симптоматики поддержать психологический гомеостаз, восполнить недостаток заботы и внимания, избежать неприятной деятельности и ответственности за собственное благополучие. Для достижения данных целей особо значимым является поддержание образа соматического больного.

Подводя итог изучению установок, влияющих на мотивацию обращения в психиатрические учреждения у больных СР, можно их разделить на способствующие процессу выздоровления (ориентация на выздоровление) и затрудняющие его (фиксация на болезненном состоянии). Для больных СР основной группы, проживающих в сельской местности, характерен феномен получения «вторичной выгоды» от болезни, что ведет к формированию пассивной позиции по отношению к лечению и болезни, к саботажу терапевтических мероприятий.

Пациенты группы сравнения имеют прогностически более благоприятные установки («достижение инсайта» и «симптоматическое улучшение»).

6.4. Регрессионная модель влияния клинических и индивидуально-психологических характеристик пациенток с СР на продолжительность «избегающего врача-психиатра поведения»

В соответствии с исследовательской задачей о выделении значимых факторов, определяющих избегание обращения к врачам-психиатрам, у пациенток с СР, проживающих в сельской местности, разработана модель прогноза, которая рекомендуется для специалистов учреждений первичной медико-санитарной помощи. Результаты изучения клинических и клинико-психологических особенностей, препятствующих своевременному обращению больных СР за специализированной психиатрической помощью, обусловили необходимость прибегнуть к статистическому методу многофакторной линейной регрессии. На этом этапе исследования использованы полученные в главах 3, 4, 5 результаты, касающиеся клинических характеристик (подтип, разновидность СР), клинико-психологических (уровень алекситимии, личностной тревожности, самостигматизации). Выявление факторов, являющихся предикторами избегающего врача-психиатра поведения, проводилось с использованием множественной линейной регрессии. Уровень значимости был $p \leq 0,05$. Отбор переменных, включавших социо-демографические, клинические и социо-психологические параметры родственников, проводился методом Forward.

Множественная линейная регрессия – выраженная в виде прямой зависимость среднего значения величины Y от двух или более других величин $X_1, X_2, \dots, X_m$. Величину Y принято называть зависимой или результирующей переменной, а величины $X_1, X_2, \dots, X_m$ – независимыми или объясняющими переменными. В случае множественной линейной регрессии зависимость

результатирующей переменной одновременно от нескольких объясняющих переменных описывает уравнение или модель:

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \dots + \beta_n x_{ni} + \varepsilon_i, \text{ где}$$

Коэффициент β_0 – задает некоторый базовый уровень при условии, что остальные коэффициенты равны нулю и зачастую не имеет смысла с точки зрения интерпретации модели.

Переменные $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_n$ – показывают изменение зависимой переменной при условии «неподвижности» остальных коэффициентов.

Переменная ε_i – (ошибка) представляет собой отклонение фактических данных от прогнозных. В этой переменной могут быть заложены две составляющие. Во-первых, она может включать вариативность целевой переменной, описанную другими (не включенными в нашу модель) признаками. Во-вторых, «улавливать» случайный шум, случайные колебания.

Важный показатель качества модели линейной регрессии – проверка на выполнение требований Гаусса-Маркова к остаткам. В качественной модели линейной регрессии выполняются все условия Гаусса-Маркова:

- условие 1: математическое ожидание остатков равно нулю для всех наблюдений ($E(\varepsilon_i) = 0$);
- условие 2: теоретическая дисперсия остатков постоянна (равна константе) для всех наблюдений ($\sigma^2(\varepsilon_i) = \sigma^2(\varepsilon_j), i = 1, \dots, n$);
- условие 3: отсутствие систематической связи между остатками в любых двух наблюдениях;
- условие 4: отсутствие зависимости между остатками и объясняющими (независимыми) переменными.

В исследованиях поведения человека с претензией на объективность, важно не только установить зависимость между факторами, но и получить все необходимые статистические показатели для результата проверки соответствующей гипотезы. Также требуется построить модели с применением пошаговых процедур включения Forward Stepwise.

Так, отбор переменных, включавших социо-демографические, клинические и социо-психологические параметры, проводился методом Forward Stepwise, который базируется на принципе: начать с пустой модели, в которой признаки отсутствуют и постепенно добавляя признаки найти самые «лучшие». Работа начинается с «нулевой модели», которая не содержит ни одной переменной. На первом шаге поочерёдно в «пустую модель» включаются по одной переменной, и выбирается та, которая обеспечивает лучший результат. Затем в модель, содержащую единственную переменную поочерёдно добавляются оставшиеся переменные, и выбирается та, которая обеспечивает наибольшее улучшение качества модели. В роли критерия качества модели обычно используется F-критерий (критерий Фишера). Лучшим кандидатом на включение в модель будет та переменная, которая обеспечит наибольшее сокращение квадрата остатков регрессии или, что эквивалентно, наибольшее значение статистики F-критерия. Для выбора критерия остановки отбора используется некоторый порог р-значения, по достижении которого процесс отбора останавливается. Порог имеет фиксированное значение и задается эмпирически.

Переменной Y мы предложили обозначить одно из проявлений избегающего врача-психиатра поведения (ИВП) – его длительность в годах. Первый параметр X_1 – это одна из клинических характеристик – подтип соматизированного расстройства (простой или сочетанный). Далее следуют три клинико-психологических параметра: X_2 – уровень личностной тревожности, X_3 – уровень алекситимии, X_4 – уровень самостигматизации. Методом регрессионного анализа получено многомерное уравнение, отражающее зависимость продолжительности ИВП в годах (Y) от типа СР (X_1), уровня тревожности (X_2), алекситимии (X_3) и самостигматизации (X_4):

$$Y = -1,59X_1 + 0,23X_2 + 0,03X_3 + 0,003X_4 - 4,9$$

Параметры уравнения является значимым на уровне 0,05; коэффициент детерминации $R^2 = 0,81$ и уровень значимости F-критерия меньше 0,05 свидетельствуют о статистической значимости полученного уравнения.

Данное уравнение может быть использовано для построения прогнозов *Продолжительности* избегающего врача-психиатра поведения в зависимости от типа СР, *тревожности, алекситимии* и уровня *самостигматизации*.

Например, у пациента с параметрами $X_1=0$ (сочетанный подтип), $X_2=25$, $X_3=62$, $X_4=93$ прогнозируемая *продолжительность* равна: $Y = -1,59*0 + 0,23*25 + 0,03*62 + 0,003*93 - 4,9 = 3$ года

Таким образом, построена формула для прогнозирования избегающего врача-психиатра поведения у больных СР. Его предикторами являются: подтип СР, уровни личностной тревожности, алекситимии и самостигматизации. Разработанная прогностическая модель продолжительности «избегающего врача-психиатра поведения» в зависимости от клинических и индивидуально-психологических характеристик пациентов с СР, сможет помочь специалистам первичного звена здравоохранения (невролог, терапевт, кардиолог) своевременно выявить и направить больных к специалистам в области психического здоровья.

6.5. Модели внутренней картины заболевания у больных соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности

Приведенные ранее литературные сведения, касающиеся истории изучения ВКБ показали, что сложный процесс понимания и поэтапного развития учения о ВКБ начался во второй половине XIX в. и продолжается по

настоящее время. Согласно В. А. Ташлыкову (1984), внутренняя картина болезни представляет собой особую систему психической адаптации больного к своему заболеванию. Согласно концептуальному принципу, выделяются такие типы ВКБ как соматоцентрированный и психоцентрированный. Пациентам с соматоцентрированным типом свойственна отчуждённость собственных переживаний, которая и выражается в видении причин болезни в органической патологии (Васильева А.В. и др., 2019).

Проведенный нами ранее сравнительный анализ различных видов установок по отношению к болезни и лечению в психиатрических учреждениях был осуществлен с использованием t-критерия Стьюдента. Полученные статистически значимые различия по параметрам «достижение инсайта», «вторичный выигрыш», «симптоматическое улучшение», «иная мотивация» были подвергнуты дальнейшему сравнению с уровнем самостигматизации больных. С помощью корреляционно-регрессионного анализа (Гмурман В.Е., 1999; Кремер Н.Ш., 2004) нами обозначены несколько разновидностей взаимосвязей пяти параметров отношения к болезни в зависимости от уровня самостигматизации больных не обращавшихся к врачу-психиатру.

В отношении установки больных на «достижение инсайта» или осознание болезни и выраженности самостигматизации получена отрицательная регрессия (коэффициент регрессии $\rho = -0,0193$). Чем выше уровень самостигматизации, тем ниже фиксируется уровень осознания болезни. Кластеру высокого уровня самостигматизации соответствует низкий уровень «достижение инсайта». Полученная закономерность свидетельствует о том, что длительное необращение за помощью к врачу-психиатру сопряжено с нежеланием разбираться с проявлениями своего заболевания, понимать механизмы расстройства, анализировать свое поведение, принятием и отстаиванием ошибочных умозаключений в отношении болезни. Нами предложено обозначить полученную взаимосвязь «моделью отрицания», частичной

анозогнозии, которая заслуживает внимания как одна из мишеней для психотерапевтического вмешательства.

На рисунке 6.8 точками представлены экспериментальные данные 176 испытуемых, где по горизонтальной оси X откладывается уровень самостигматизации, а по вертикальной Y – уровень достижения инсайта.

Основная тенденция представлена черной линией (линия регрессии). Уравнение модели (линии регрессии) дано на графике. Коэффициент детерминации $R^2 = 0,7511 > 0,5$ говорит о приемлемом качестве модели. Коэффициент корреляции $r = -\sqrt{R^2} = -\sqrt{0,7511} = -0,87$ является значимым ($p=0,05$), что подтверждает наличие сильной линейной связи.

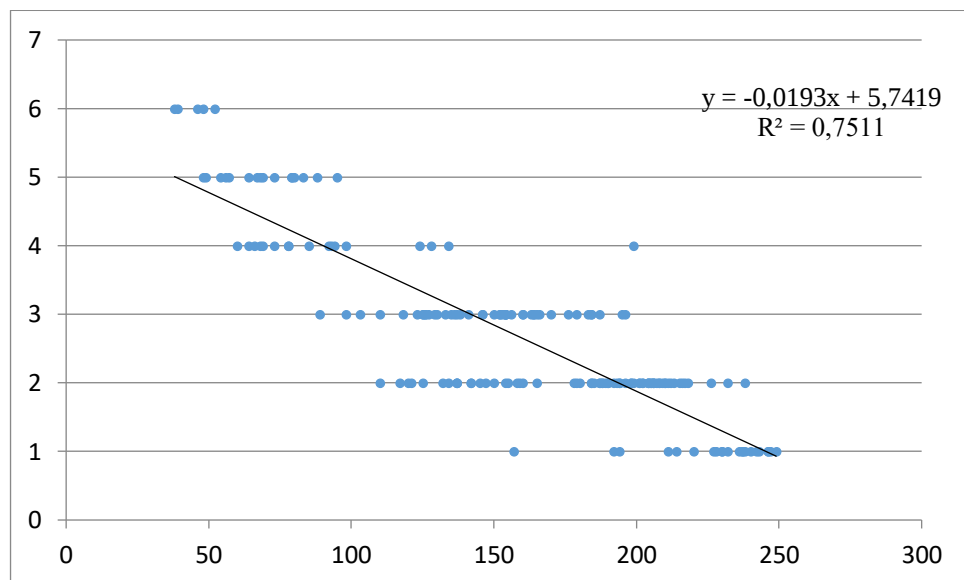


Рисунок 6.8 – Регрессия уровня самостигматизации и осознания болезни («достижение инсайта»)

Следующая разновидность мотивации, представленная в результатах опросника, «установка на изменение поведения». У женщин с СР она проявляется наличием желания восстановить социальное функционирование и улучшить межличностные взаимоотношения после лечения в психиатрическом учреждении. На рисунке 6.9 представлена основная тенденция связи изменения поведения и самостигматизации. Выявленная связь между параметрами довольно слабая ($R^2 = 0,343 < 0,5$), однако она положительная, т.е. с

увеличением уровня самостигматизации незначительно повышается параметр «изменения поведения» ($r = \sqrt{R^2} = \sqrt{0,343} = 0,59$, значим на 0,05). Отсутствие значимой связи предложено назвать «модель ригидности», которая подтверждается на практике убеждениями больных в своей правоте в отношении заболевания, наличием упрямства в отстаивании своей точки зрения на болезнь и соответствующими поступками – рассуждения о необходимости обследоваться у врачей-интернистов, получать информацию о болезни от неавторитетных источников и др., т.е. все умозаключения, соответствующие проявлениям феномена «избегающего врача-психиатра поведения». С прогностической точки зрения для психотерапевтического вмешательства выявленная закономерность не будет представлять первоочередного интереса.

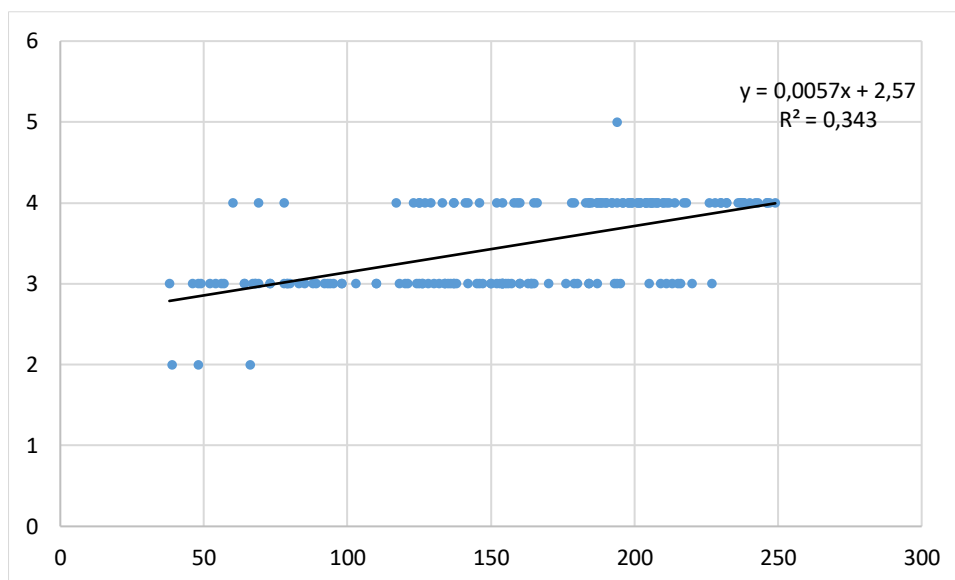


Рисунок 6.9 – Тенденция связи «изменения поведения» и уровня самостигматизации

В отношении третьего параметра «симптоматическое улучшение» и уровня самостигматизации подтверждено наличие сильной отрицательной линейной связи, основная тенденция представлена черной линией регрессии (рисунок 6.10). Чем выше у больных СР уровень самостигматизации, тем ниже показатель «симптоматического улучшения». Кластеру высокого уровня стигматизации соответствуют низкие значения описанной разновидности

мотивации. Коэффициент корреляции $r = -\sqrt{R^2} = -\sqrt{0,6771} = -0,82$ является значимым ($p=0,05$), что подтверждает наличие сильной отрицательной линейной связи между изучаемыми переменными. У таких больных это проявляется отсутствием желания избавиться от заболевания (но устранить «физические» симптомы), отсутствием установки научиться самостоятельно справляться с заболеванием. В качестве мотивации избавиться от болезненных проявлений «любой ценой» у больных основной группы это звучит крайне редко. Единичные пациенты, находясь в психиатрическом учреждении, высказывали мысли о том, «какая разница у кого лечиться, лишь бы не болело». Представленную взаимосвязь предложено назвать «моделью фиксации» на симптомах, которая может иметь значение в качестве одной из мишеней психотерапевтического воздействия для больных, длительно избегающих обращения к врачу-психиатру.

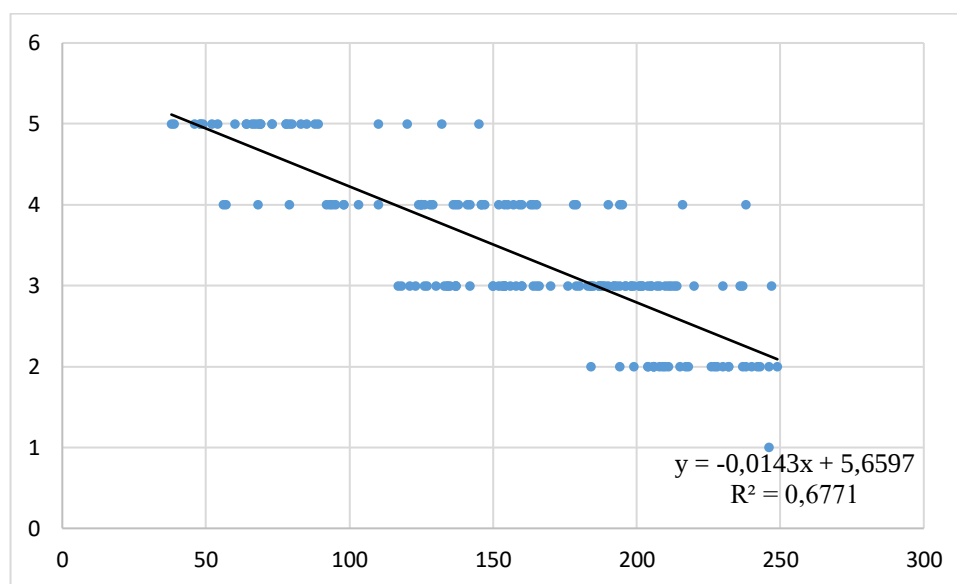


Рисунок 6.10 – Регрессия уровня самостигматизации и «симптоматического улучшения»

Между выраженностью самостигматизации и разновидностью мотивации обращения к врачу-психиатру «вторичный выигрыш» обнаружена положительная корреляционная зависимость. Коэффициент корреляции $r = \sqrt{R^2} = \sqrt{0,7524} = 0,87$ является значимым ($p=0,05$), что подтверждает наличие

сильной положительной линейной связи между изучаемыми параметрами. Чем выше уровень самостигматизации, тем выше становится для больных мотивация «вторичного выигрыша». Здесь кластеру с высокой самостигматизацией соответствуют высокие показатели вторичной выгоды. Для больных СР основной группы причинами обращения в психиатрический стационар стали отношение к своему заболеванию как к трудной жизненной ситуации на протяжении длительного времени, от которой они хотят «отдохнуть», представления о своем состоянии здоровья, как о тяжелом, затрудняющем социальное функционирование, и связанная с этим тревога. По их мнению, длительное физическое неблагополучие приводит к ухудшению взаимоотношений с родными, которые часто не признают их проблем, связанных с самочувствием. «Вторичная выгода» для таких больных заключается в том, что имеющиеся симптомы позволят им временно отвлечься от решения насущных проблем, бытовых сложностей в связи с пребыванием на госпитализации в медицинском учреждении. Полученную закономерность мы предлагаем обозначать как «модель сомнительной выгоды» (рисунок 6.11).

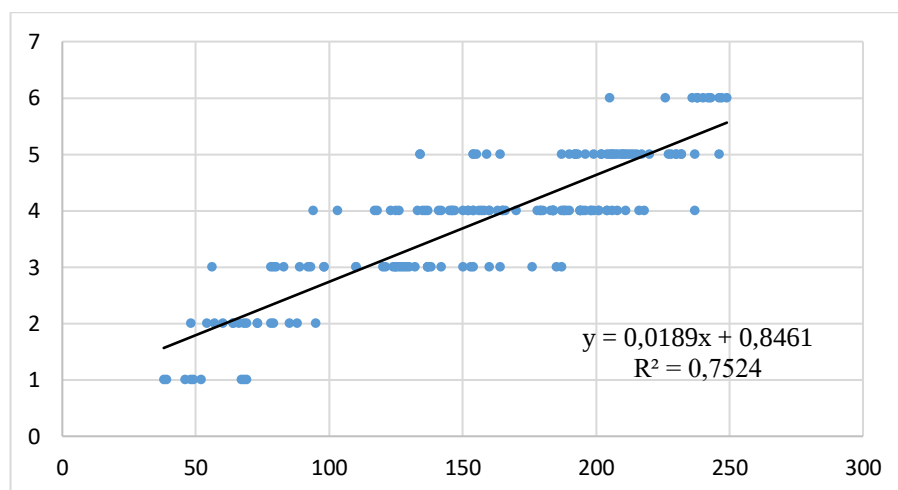


Рисунок 6.11 – Положительная линейная корреляционная связь уровня самостигматизации и мотивации «вторичный выигрыш»

В плане прогноза для психотерапии преодоление такого отношения к болезни является первостепенной задачей, т.к. подтвержденная прочность

установки по отношению к болезни и лечению подтверждает очевидную выгоду для пациента, является стойким убеждением.

Причины обращения за психиатрической помощью, обозначенные в опроснике как «иная мотивация», подразумевают желание больных узнать причины своего недомогания, разобраться в существующих способах лечения. У больных основной группы обнаружено наличие сильной отрицательной линейной связи – чем выше уровень самостигматизации, тем ниже «иная мотивация» (коэффициент корреляции $r = -\sqrt{R^2} = -\sqrt{0,6171} = -0,79$ является значимым, $p=0,05$). Этому способствовали многочисленные безрезультатные обследования, которым больные подвергались на протяжении многих лет, малоэффективное лечение и другие факторы, описанные нами ранее в качестве причин, способствующих непрофильному обращению больных СР (график 6.5).

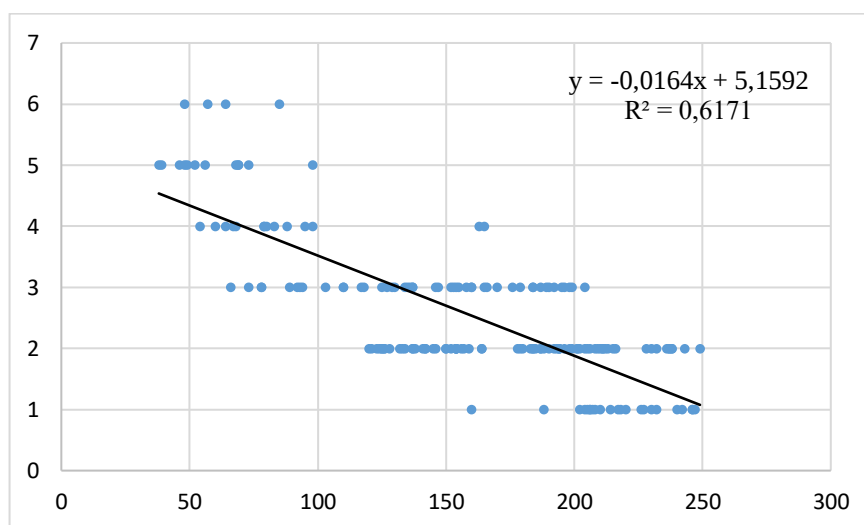


График 6.5 – Регрессия уровня самостигматизации и «иной мотивации»

Выявленная закономерность укладывается в рамки «модели игнорирования», которая представляет интерес в качестве мишени для психотерапевтической коррекции отношения к болезни и лечению.

Таким образом, результаты корреляционно-регрессионного анализа параметров отношения к болезни, установок на лечение, уровня самостигматизации и параметров мотивации по отношению к болезни и

лечению позволили описать **модели соматоцентрической картины заболевания**, характерные для пациентов с СР, проживающих в сельской местности: «модель отрицания», «модель фиксации», «модели игнорирования», подтвержденные наличием регрессивных связей и модель «сомнительной выгоды», обоснованная наличием положительной линейной корреляционной связи. Предложенные модели необходимо учитывать при разработке программы психотерапевтической помощи больным СР на стационарном и амбулаторном этапах лечения.

ГЛАВА VII. ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И АЛЕКСИТИМИИ

Для подготовки программы «Школа соматического стресса» были проанализированы индивидуально-психологические особенности эмоционального интеллекта и алекситимии.

7.1. Особенности эмоционального интеллекта больных соматизированным расстройством

Для исследования психологических механизмов формирования соматических симптомов у пациентов с СР, проживающих в сельской местности, важным является изучение уровня алекситимии как фактора участвующего в соматизации аффективных проявлений, а также ее связи с эмоциональным интеллектом, как интегральной способности индивида распознавать свои и чужие эмоциональные состояния и намерения других людей. Проведенные ранее исследования показали, что высокий уровень эмоционального интеллекта оказывает психопротективное действие, способствуя эффективной регуляции эмоции и гибкой подстройке в межличностном взаимодействии для достижения значимых целей.

Феномен алекситимии часто рассматривают в качестве своеобразного «катализатора», психических расстройств, разворачивающихся в сомато-

психической сфере, однако исследования, посвященные ее изучению у пациентов с СР, проживающих в сельской местности, практически отсутствуют. Традиционно принято обращать внимание на социальные аспекты психически больных, проживающих в сельской местности, такие, как невысокий уровень образования, материальной обеспеченности, а также низкий уровень осведомленности о психических нарушениях. Для изучения взаимосвязи выраженности алекситимии и особенностей эмоционального интеллекта было сформировано две группы: в экспериментальную группу вошли 60 больных СР из основной исследовательской группы, в качестве группы сравнения обследованы 60 больных из группы сравнения.

Оценка результатов показателя «алекситимия» выявила более высокие средние значения в основной группе больных СР, что свидетельствует о преобладании высокого уровня алекситимии у больных, поздно обратившихся за помощью к специалистам в области психического здоровья. Больные СР, имеющие высокий уровень алекситимии, испытывают трудности в обозначении испытываемых ими эмоций, чрезмерно фиксируются на сомато-вегетативных составляющих аффективных нарушений, так постепенно формируется порочный круг с искаженными причинно-следственными связями, когда эмоциональный дистресс связывается с отсутствием конкретного диагноза соматического заболевания и недостаточной компетентностью врачей в сельской местности. Как правило, результаты повторных обследований не приносят желаемого для пациента результата, запуская очередной цикл дистресса, разворачивающегося в сомато-психическом пространстве.

Описывая свои жалобы, больные основной группы излишне детально говорят о дискомфорте в теле, физических ощущениях, зачастую не имеющих прямой связи с основным заболеванием. Внутренние переживания, характеризующие их эмоциональную жизнь, определяются ими как усталость, раздражительность, скука.

В Таблице 7.1 продемонстрировано частотное распределение уровня алекситимии в исследовательских группах

Таблица 7.1 – Частота распределения высокого и низкого уровней алекситимии

Уровень алекситимии	Больные СР из основной группы (n=60)		Больные СР из группы сравнения (n=60)		p (χ^2 Пирсона)
	Абс.	%	Абс.	%	
Высокий уровень	50	83,3	12	20	0,0000*
Низкий уровень	10	16,6	48	80	

Примечание: * - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$).

Результаты, представленные в Таблице 7.2 и Рисунке 7.1, свидетельствуют о том, что в основной группе больных, по сравнению с сравнительной, преобладают лица с высоким уровнем алекситимии, различия по критерию χ^2 Пирсона обнаружены на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$).

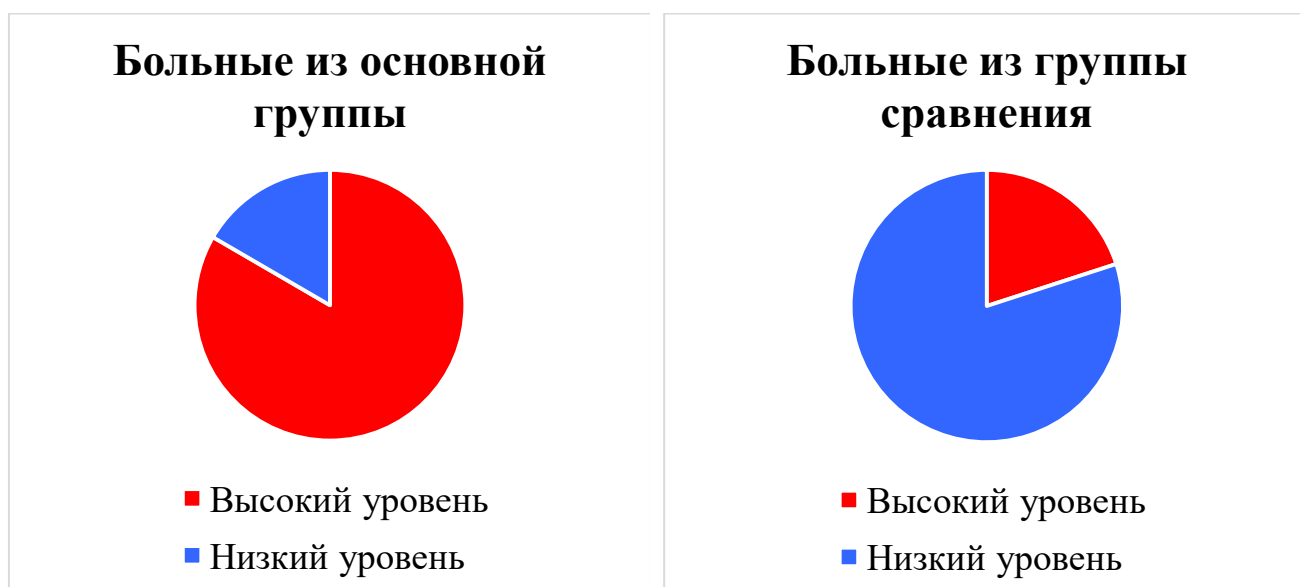


Рисунок 7.1 – Долевое распределение высокого уровня алекситимии (алекситимный тип) и низкого уровня алекситимии (неалекситимный тип) в основной и сравнительной группах

Таблица 7.2 – Сравнительный анализ показателя алекситимии с использованием U-критерия Манна-Уитни

Показатель	Среднее		СКО		p
	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=60)	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=60)	
Алекситимия	85,13	53,93	13,30	8,33	0,0000*

Примечание: * - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$).

По показателю «алекситимия» получены различия на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,01$). Низкая способность к интерпретации чувств в сознании и словесному их выражению (алекситимия) и разграничению между сомато-вегетативными проявлениями эмоций и физическими ощущениями могут быть причиной нарушения процесса переработки соматосенсорной информации, предполагающей «десоматизацию» сомато-вегетативного компонента аффективных переживаний и формирование целостного переживания и обозначения эмоционального состояния, что создает условия для формирования СР.

Анализ результатов сравнения отдельных показателей эмоционального интеллекта – «эмоциональный интеллект интегративный», «эмоциональная осведомленность», «управление своими эмоциями», «самотивация», «эмпатия» и «распознавание эмоций окружающих» свидетельствует о том, что в основной группе больных СР средние значения ниже, чем в сравнительной (Таблица 7.3, Рисунок 7.2, 7.3). Для них характерна низкая способность идентифицировать свои эмоциональные состояния, понимать взаимосвязи между ними, осознавать их последствия, а также распознавать эмоции окружающих по внешним признакам в межличностном общении.

Таблица 7.3 – Результаты сравнительного анализа показателей эмоционального интеллекта в основной и сравнительной группах

Показатель эмоционального интеллекта	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=60)	U-критерий Манна-Уитни
	M ± SD	M ± SD	p-level
Эмоциональный интеллект интегративный	29,00 ± 13,84	56,30 ± 12,42	0,0000*
Эмоциональная осведомленность	6,47 ± 4,14	13,60 ± 1,99	0,0000*
Управление своими эмоциями	1,23 ± 6,41	7,00 ± 5,93	0,0009*
Самомотивация	5,47 ± 3,57	9,50 ± 3,08	0,0000*
Эмпатия	7,80 ± 4,68	13,17 ± 2,39	0,0000*
Распознавание эмоций окружающих	7,60 ± 4,87	13,53 ± 3,12	0,0000*

Примечание: М - среднее; SD - среднеквадратическое отклонение (СКО); * - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$).

Низкие значения показателя «способности управлять своими эмоциями» свидетельствуют о том, что больным СР, которые длительно не обращались за психиатрической помощью, трудно совладать со своими чувствами, переключаться с нежелательных эмоциональных состояний на более адекватные.

Испытуемые с низким уровнем самомотивации отмечают трудности в использовании эмоциональных состояний для стимуляции различных видов активности. Они так же не способны избавляться от негативных эмоций, препятствующих продуктивной деятельности.

Больные СР основной группы могут лишь с некоторой долей вероятности определять эмоции, переживаемые окружающими людьми, с опорой на мимику, жесты, положение тела. Представители группы сравнения более тонко чувствуют оттенки состояния окружающих, изменения эмоциональных состояний и способны быть эффективными в оказании поддержки.



Рисунок 7.2 – Сравнительная оценка средних значений интегративного показателя эмоционального интеллекта в методике «эмоциональный интеллект Н. Холла»

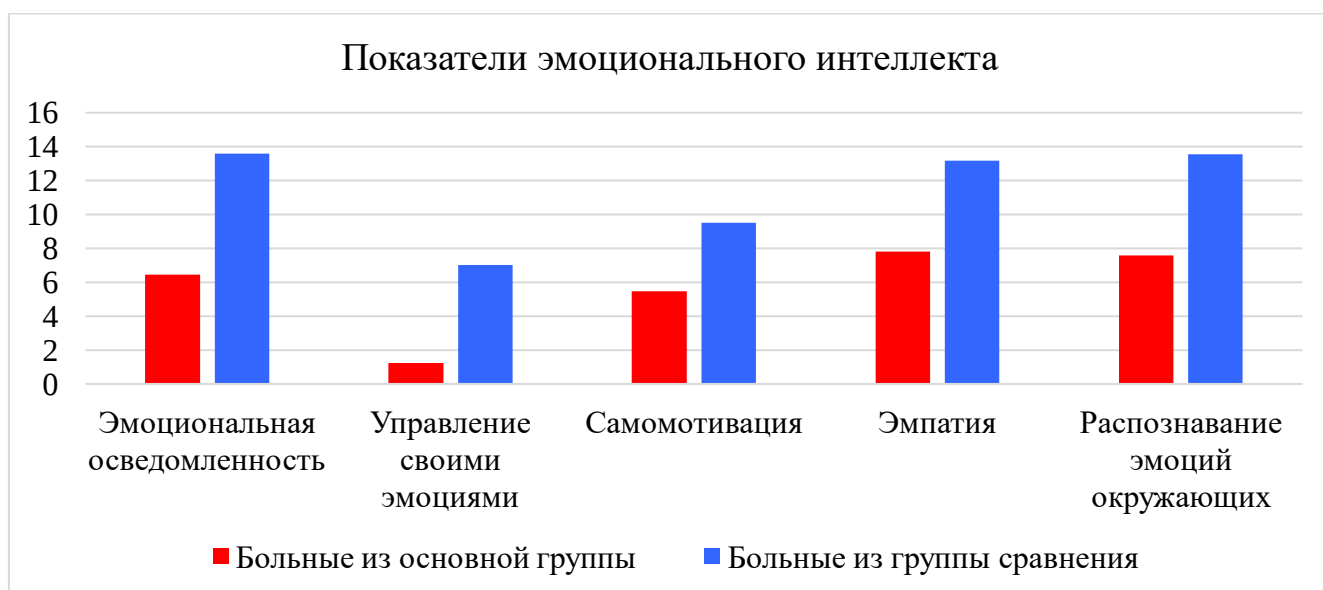


Рисунок 7.3 – Сравнительная оценка средних значений в методике «эмоциональный интеллект Н. Холла»

Также представителям основной группы затруднительно оказывать значимое воздействие на эмоциональные состояния других людей, у них слабо

выражена способность воодушевлять и побуждать окружающих к действиям за счет улучшения их эмоционального фона.

Частотное распределение уровня эмоционального интеллекта в основной и сравнительной группах отражено в Таблице 7.4 и на Рисунке 7.4.

Таблица 7.4 – Различия частотного распределения по уровню эмоционального интеллекта в исследовательских группах

Уровень эмоционального интеллекта	Основная группа (n=60)		Группа сравнения (n=60)		p-level Пирсон
	Абс.	%	Абс.	%	
Высокий	0	0	10	16,6	0,0000*
Средний	12	20	46	76,6	
Низкий	48	80	4	6,6	

Примечание: * - различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,01$).

Результаты свидетельствуют о том, что различия по частоте встречаемости высокого, среднего, низкого уровней эмоционального интеллекта в основной и сравнительной группах по критерию χ^2 Пирсона обнаружены на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$). В основной группе больных СР в 80% случаев встречается низкий эмоциональный интеллект, 20% приходится на средний его уровень. В группе сравнения доминирует средний уровень эмоционального интеллекта, также встречается его высокий уровень.

Установлены различия по уровню эмоционального интеллекта в группе больных СР, которые длительно не обращались к врачу-психиатру, в сравнении с больными, обратившимися в относительно короткий период.

По показателю «эмоциональный интеллект интегративный» получены различия на высоком уровне статистической значимости по U-критерию Манна-Уитни ($p < 0,01$). Низкие показатели по шкалам эмоционального интеллекта отражают слабую способность понимать отношения личности, отражающиеся в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия этих решений.

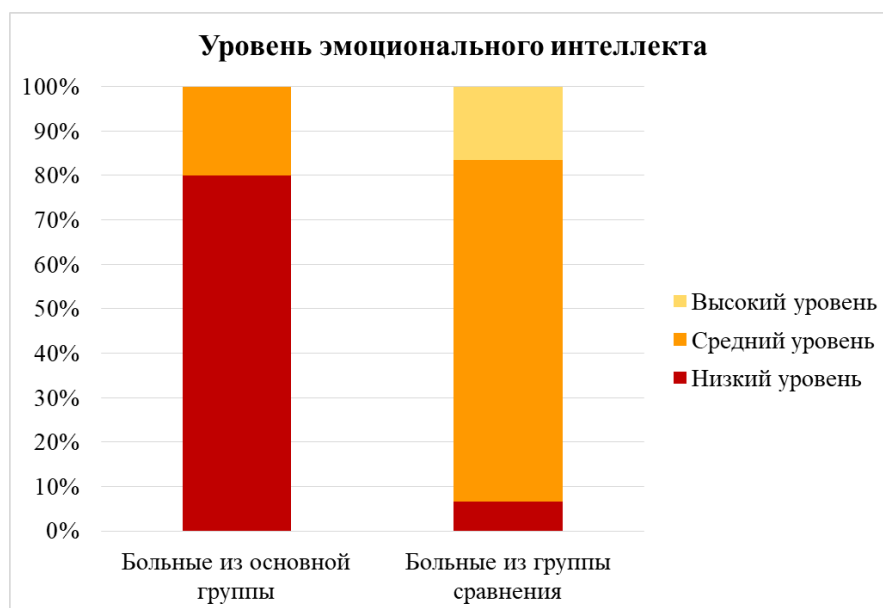


Рисунок 7.4 – Сравнительная оценка уровня эмоционального интеллекта в основной и сравнительной группах

Таким лицам не всегда удастся точно обозначать, дифференцировать, наблюдать как изменения своих эмоций, так и их проявления у окружающих. Им трудно управлять своими чувствами, совладать с нежелательным напряжением, чтобы продуктивно осуществлять деятельность. Разрушительная сила отрицательно переживаемых эмоций, от которых трудно избавиться, препятствует гармоничному развитию и созданию эффективных отношений с окружающими. Ввиду того, что больным из основной группы сложно управлять собственными эмоциями, им также трудно и приносить изменения в эмоциональный фон других людей, воодушевлять и побуждать их для достижения личных целей, управлять процессами, происходящими в их ближайшем социальном окружении. Длительно сохраняющееся психоэмоциональное напряжение способствует развитию сомато-вегетативных нарушений, препятствует гармоничному развитию и созданию эффективных отношений с окружающими. Со временем это приводит к нарушению эмоциональных взаимоотношений с ближайшим окружением как одной из составляющих социальной адаптации.

Полученные в отношении изучения феномена алекситимии у больных СР женщины данные показывают неоднородность ее уровня у представителей сельской местности. Разнородность по показателю эмоционального интеллекта противопоставляется сведениям специальной литературы, традиционная дискриминация лиц сельской местности в связи с культуральными особенностями представляется необоснованной. Таким образом, можно говорить о том, что контекст проживания в сельской местности не определяет высокий уровень алекситимии и низкий уровень эмоционального интеллекта.

7.2. Взаимосвязь алекситимии и эмоционального интеллекта у женщин с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности

С целью нахождения связи между алекситимией и эмоциональным интеллектом был использован метод ранговой корреляции R Спирмена, который позволяет определять силу и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя иерархиями признаков.

В процессе решения поставленной задачи нами были получены результаты, представленные в Таблице 7.5 и Таблице 7.6, а также и на Рисунках 7.5, 7.6.

Исходя из результатов, видно, что по показателю «алекситимия и эмоциональный интеллект интегративный» была получена отрицательная, слабая связь на уровне тенденции. Полученная закономерность – чем выше алекситимия, тем ниже эмоциональный интеллект – объясняется тем, что алекситимию можно рассматривать как составляющую эмоционального интеллекта.

Таблица 7.5 – Взаимосвязь алекситимии и эмоционального интеллекта в основной группе больных СР

Показатель	Spearman R	p-level
Алекситимия и эмоциональный интеллект интегративный	-0,263404	0,043452*
Алекситимия и эмоциональная осведомленность	-0,135393	0,257621
Алекситимия и управление своими эмоциями	0,424872	0,019265*
Алекситимия и самомотивация	0,149122	0,431585
Алекситимия и эмпатия	-0,385508	0,035388*
Алекситимия и распознавание эмоций других людей	-0,369130	0,049374*

Примечание: * - корреляции на уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

По показателю «алекситимия и эмоциональная осведомленность» получена отрицательная, очень слабая, незначимая связь. То есть при повышенных значениях алекситимии осознание и понимание своих эмоций занижено.

По показателю «алекситимия и управление своими эмоциями» была получена положительная, умеренная, значимая связь – при высоких значениях алекситимии управление эмоциями сильнее развито. Полученные результаты отчасти можно объяснить встречающейся в литературе трактовке алекситимии как психологической защиты в виде реактивного образования, направленной на совладание с негативным аффектом, которая закрепляется в силу особенностей воспитания в семье: из-за запретов на выражение негативных чувств («нельзя злиться», «нужно уметь себя сдерживать»), родители не спрашивают ребенка о том, что он чувствует, параллельно стремясь контролировать проявления его чувств. Таким образом, сначала человек не может научиться придавать значение внутренним переживаниям, а затем выстраивать эмоциональные связи с окружающими. Осуществляемый таким образом контроль является ригидным, малопроизвольным и негибким. Пациенты игнорируют сигнальную функцию эмоций, не выражают их, контроль осуществляется в основном за

счет МПЗ, непродуктивных копинг-стратегий: поиск социальной поддержки бегство-избегание от необходимости выражать чувства и разрешать конфликты.

По показателю «алекситимия и эмпатия» получена отрицательная, умеренная, значимая корреляция. Обратная зависимость данных характеристик отражает их разную психологическую сущность. Как известно, эмпатия представляет собой способность к сопереживанию, умение распознавать собственные эмоции и эмоции партнера по общению. Алекситимия предполагает отсутствие эмпатических способностей и значительные трудности в том, чтобы дифференцировать чувства и телесные ощущения.



Рисунок 7.5 – Корреляционная плеяда взаимосвязи алекситимии и эмоционального интеллекта в основной группе больных СР

По показателю «алекситимия и распознавание эмоций других людей» выявлена отрицательная, умеренная, значимая корреляция. Ввиду того, что при алекситимии людям трудно осознавать, понимать переживаемые эмоции, уметь

их четко друг от друга дифференцировать, а также переводить в словесную форму, следствием являются и трудности в понимании эмоций других людей, что формирует сложности в коммуникативном взаимодействии.

Подвергнуты анализу особенности взаимосвязи алекситимии и эмоционального интеллекта в группе сравнения (больные, относительно быстро обратившиеся за психиатрической помощью). По показателю «алекситимия и эмоциональный интеллект интегративный» была получена отрицательная, умеренная, значимая связь (Таблица 7.6). Это означает, что при значениях алекситимии, приближающихся к высоким, но еще находящимся в пределах нормы, значения эмоционального интеллекта ниже. По показателю «алекситимия и эмоциональная осведомленность» получена отрицательная, очень слабая, значимая связь, то есть при повышенных, не выходящих за пределы нормы значениях осознание и понимание собственных эмоций может быть сниженным.

Таблица 7.6 – Взаимосвязь алекситимии и эмоционального интеллекта в группе сравнения больных соматизированным расстройством

Показатель	Spearman R	p-level
Алекситимия и эмоциональный интеллект интегративный	-0,403456	0,027046*
Алекситимия и эмоциональная осведомленность	-0,190681	0,312819
Алекситимия и управление своими эмоциями	-0,381305	0,037614*
Алекситимия и самомотивация	-0,410075	0,024407*
Алекситимия и эмпатия	-0,395106	0,030701*
Алекситимия и распознавание эмоций других людей	-0,389970	0,033142*

Примечание: * - корреляции на уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

По показателю «алекситимия и управление своими эмоциями» была получена отрицательная, умеренная, значимая связь, то есть чем ниже значения алекситимии, тем показатель «управление своими эмоциями» оптимальнее. В связи с тем, что представители группы сравнения лучше осознают как

положительные, так и отрицательные эмоции, а также способны понимать, с какой ситуацией они связаны, то могут произвольно ими управлять.

По показателю «алекситимия и самомотивация» получена отрицательная, умеренная, значимая связь. Чем ниже значения алекситимии, тем управление своим поведением, опосредованное через управление эмоциями, будет выше.

Такие лица могут выстраивать более продуктивную деятельность за счет снижения интенсивности отрицательных эмоций, мобилизации эмоций, способствующих решению задач – входить в состояние спокойствия, сосредоточенности, решения проблем, имеющих эмоциональную нагрузку без подавления отрицательных эмоций.

По показателю «алекситимия и эмпатия» получена отрицательная, умеренная, значимая корреляция, как и в основной группе. Обратная зависимость данных характеристик отражает более выраженные способности к эмпатии при низких значениях алекситимии.

По показателю «алекситимия и распознавание эмоций других людей» выявлена отрицательная, умеренная, значимая корреляция. В группе больных с соматизированным состоянием алекситимия принимает низкие значения, что говорит о большей эмоциональной грамотности, способности понимать переживаемые эмоции и умении связывать их с ситуацией, которой они вызваны. Способность к распознаванию эмоций других людей здесь будет выше.

Анализируя полученные данные, можно сделать выводы об участии алекситимии в механизмах развития СР.

У больных СР, которые длительно избегали обращения к врачу-психиатру, уровень алекситимии выше, чем у больных группы сравнения, по частоте встречаемости преобладают алекситимные типы личности. В группе больных, которые не проявляли «избегающего врача-психиатра поведения», среди неалекситимных типов личности выявлены лица, находящиеся в группе риска по уровню алекситимии.

Интегративный показатель эмоционального интеллекта у больных СР основной группы ниже, чем в сравнительной. По частоте встречаемости в основной группе преобладают больные с низким уровнем эмоционального интеллекта, в сравнительной – со средним.

В основной группе больных СР и сравнительной установлена обратно пропорциональная связь между алекситимией и эмоциональным интеллектом: при повышении уровня алекситимии зафиксирован более низкий эмоциональный интеллект, при тенденции к понижению уровня алекситимии – более высокий.



Рисунок 7.6 – Корреляционная плеяда взаимосвязи алекситимии и эмоционального интеллекта в группе сравнения больных СР

Зафиксирована связь между алекситимией и показателями эмоционального интеллекта: эмпатией, распознаванием эмоций других людей. В обеих группах связь показателей эмоционального интеллекта носит обратно

пропорциональный характер – чем выше уровень алекситимии, тем ниже уровень эмпатии и способности к распознаванию эмоций окружающих.

В обеих группах связь между алекситимией и управлением своими эмоциями прямо пропорциональна, однако имеет разные механизмы.

Связь между алекситимией и самомотивацией в группе сравнения позволяет утверждать, что лица с более низкими значениями по уровню алекситимии в большей степени способны контролировать свое поведение через управление эмоциями.

ГЛАВА VIII. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С МОДУЛЕМ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ)

8.1. Программа рациональной психотерапии с модулем психообразования для женщин с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности

Проведенное исследование демонстрирует значимость индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик в формировании внутренней картины болезни и готовности следовать врачебным рекомендациям для женщин с СР, проживающих в сельской местности. Выявленные в исследовании факторы стали основой для разработки мишенецентрированной программы рациональной психотерапии с модулем психообразования. Для программы было выбрано название, которое отражает содержание интервенций, но при этом было приемлемо для пациентов и носило дестигматизирующий характер – «Школа соматического стресса», в ней учтены особенности менталитета жителей сельской местности, в частности, специалисты должны были проводить интерпретации простым, доступным языком, избегая использования излишне длинных фраз и сложных профессиональных терминов таких, как низкая фрустрационная толерантность, к примеру, дидактическая часть рациональной психотерапии была направлена на восполнение дефицита знаний о работе нервной и других систем организма. Дополнительно был сделан акцент на информировании о результатах

проведенных пациентками обследований в связи с выявленной в процессе проведения полуструктурированного интервью потребности самих пациенток в рациональном обсуждении происхождения их симптомов. В данной главе рассматривается содержание программы и ее эффективности. Также сформулирован ряд предложений по оптимизации оказания психиатрической, клиничко-психологической и психотерапевтической помощи. Программа клиничко-психологического сопровождения основывалась на рациональной психотерапии, включающей психообразовательный модуль, разъяснительную терапию, групповые дискуссии. Разъяснительная психотерапия, которая в качестве самостоятельной методики рассматривалась еще В. М. Бехтеревым, опирается на дидактический тип коммуникации, проводится как индивидуально, так и с группой больных, включает психообразование (лекции, презентации, информационные листы, буклеты и др.). П. Дюбуа, создатель этого метода, считал, что путем убедительного разумного перевоспитания искаженного понимания пациентом своего заболевания возможно изменить оценку его болезненного состояния. Для этого высказывания врача должны нести аргументированный характер с опорой на разум, рассудок, мышление (Дюбуа П., 1912). В качестве основных составляющих использовались психообразование, рациональное обсуждение результатов исследований, дидактическая беседа, эмпатическая конфронтация для коррекции искаженных представлений о своем расстройстве, групповые дискуссии. Рациональная психотерапия в форме беседы носит характер дискуссии, во время которой врач вначале направляет пациентку для коррекции представлений о своем заболевании, используя свои профессиональные знания для обучения рациональному пониманию связи физического самочувствия и эмоционального состояния. После освоения этой информации специалист и пациентка вместе ищут ошибку в ее рассуждениях. Обучение больного законам логики, использование этих законов для поиска ошибок мышления приводит к формированию адекватного отношения к своей болезни.

Современным вариантом рациональной психотерапии является рациональная-эмоциональная-поведенческая психотерапия, разработанная А. Эллисом, она продемонстрировала свою эффективность в целом ряде рандомизированных клинических исследований, мета-анализах и рутинной клинической практике. В том числе существует ряд работ, продемонстрировавших успешность ее применения для различных женских контингентов как с разнообразными соматическими симптомами, так и в спорте высоких достижений, требующих особой сосредоточенности на проприорецепции (Васильева А.В. и др., 2017; Караваева Т.А. и др., 2021; Ильченко Е.Г. и др., 2024; Абриталин Е.Ю., 2025; Радионов, Д.С. и др., 2025; Васильева А.В., 2026; David D. et al., 2018; David O.A. et al., 2021; Knapp S. et al., 2023; Zhang M. et al., 2023). В данном исследовании использовались основные приемы и техники РЭПТ с доказанной эффективностью для разработки программы рациональной психотерапии для пациенток с СР, проживающих в сельской местности.

На основании полученных на предыдущих этапах исследования данных при изучении клинико-анамнестических, индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик пациенток с СР, проживающих в сельской местности, были выделены мишени и сформулированы задачи для разработки программы рациональной психотерапии с модулем психообразования. Учитывая средние сроки госпитализации, ограниченные возможности регулярного посещения занятий в амбулаторных условиях для пациенток с СР, проживающих в сельской местности, особенно в отдаленных районах, программа была предложена для стационарного этапа лечения. Она состояла из 12 занятий, длительностью 1,5 часа, которые проводились 3 раза в неделю в закрытой группе. Ведущими группы являются врач-психиатр или психотерапевт и психолог. Участие врача необходимо для обсуждения клинических проявлений СР и определения их места среди заболеваний со схожими симптоматическими проявлениями, грамотных ответов на вопросы,

связанные с беспокойством о здоровье, интерпретации медицинских терминов телесных ощущений пациенток. Важной задачей также является формирование приверженности назначенного медикаментозного лечения. Информирование о механизмах действия психофармакотерапии, важности всех ее этапов – купирующего, поддерживающего и противорецидивного. Следует также отметить, что для жителей сельской местности фигура врача, как носителя профессиональных знаний о здоровье, еще со времен земских врачей, имеет особый авторитет, что является значимым фактором, значительно снижающим сопротивление, учитывая краткосрочный характер психо-социальных интервенций. Задача психолога – это формирование безопасной доброжелательной атмосферы в группе, вовлечение пациентов в групповую дискуссию, регуляция конкурентных и деструктивных паттернов группового взаимодействия и освещение медико-психологических составляющих программы.

Процедура проведения исследования. Разработка программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» состояла из следующих этапов: 1) на основании анализа материала полуструктурированного интервью был разработан модуль психообразования, включающий примеры и высказывания самих пациенток о своем состоянии 2) для проведения рациональной дидактической интервенции была включена специальная психотерапевтическая сессия, посвященная обсуждению результатов обследования. Следует отметить, что такой подход, ориентированный на потребности самих пациентов с СР, используется впервые, что может помочь существенно повысить приемлемость проводимой психотерапии, значительно уменьшить проявления сопротивления, повысить вовлеченность пациентов в психотерапевтический процесс, сформировать мотивацию на долгосрочную психотерапию 3) на основании результатов проведенного исследования были выделены мишени, связанные с внутренней картиной болезни, определяющие мотивацию обращения к специалистам

соматического профиля; по результатам оценки самостигматизации были идентифицированы мишени, связанные с избеганием взаимодействия со специалистами в области психического здоровья; 4) подбор инструментов для оценки эффективности «Школы соматического стресса» с учетом выделенных мишеней; 5) формирование терапевтических групп; 6) первичная оценка пациенток перед включением в исследовательские группы; 7) проведение программы «Школа соматического стресса»; 8) итоговое психометрическое и психологическое обследование после окончания программы; 9) оценка эффективности психотерапевтических мероприятий и предложение рекомендаций.

Перед началом программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» с каждой из участниц проводилось индивидуальное собеседование, для знакомства, дополнительного сбора анамнеза, установления терапевтического контакта, информирования о целях группы.

Целью рациональной психотерапии с модулем психообразования было формирование адекватных представлений о болезни, коррекция искажений телесного опыта и внутренней картины болезни, снижение уровня самостигматизации информирование о возможностях психотерапевтического лечения и формирование мотивации на долгосрочную психотерапию после выписки из стационара.

Общие задачи программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса»:

1. Создание безопасной, поддерживающей атмосферы в группе, прояснение ожиданий и опасений от участия в группе у участниц, преодоление установки «пассивного слушания», формального участия, усиление мотивации к активному участию в групповом процессе, как условия достижения положительных изменений.

2. Разъяснение природы симптомов СР (учитывая, что пациенткам с СР, проживающим в сельской местности, мало понятны научные термины «соматосенсорная амплификация», «интероцептивная бдительность» и др. информирование пациенток должно проводиться в доступной форме): о взаимосвязи между психологическими трудностями, эмоциональными переживаниями и телесными сенсациями (болевыми ощущениями, функциональными нарушениями в работе различных систем организма, мышечным напряжением, неспособностью расслабиться), индивидуально-психологическими характеристиками (личностными особенностями, иррациональными установками, неадаптивными поведенческими паттернами), особенностями социального взаимодействия, характерными для сельской местности.

3. Выделение специфических симптоматических психотерапевтических мишеней на основе анализа клинических проявлений протекания СР у жительниц сельской местности для достижения существенного улучшения состояния, снижения выраженности соматического дистресса, беспокойства о здоровье, редукции тревоги, восстановления работоспособности, стабилизации настроения.

4. Определение личностно-специфических мишеней на основе анализа индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик пациенток с СР, проживающих в сельской местности. Снижение уровня самостигматизации как основного личностного конструкта, препятствующего получению профильной помощи и поддерживающего соматический дистресс у данной группы больных.

5. Анализ ситуаций, которые могут выступать триггерами для усиления соматического дистресса и возвращения к дезадаптивным формам поведения, формирование навыков когнитивной и эмоциональной саморегуляции

Мишени и соответствующие им задачи рациональной психотерапии с модулем психообразования для больных СР, проживающих в сельской местности, представлены в Таблице 8.1.

Таблица 8.1 – Мишени и задачи программы рациональной психотерапии с модулем психообразования для больных СР, проживающих в сельской местности.

Тип мишеней	Виды мишеней	Задачи	Интервенции
Симптоматические мишени	Низкая мотивация на профильное лечение	Повышение мотивации в отношении профильного лечения Информирование о возможностях психофармакотерапии Информирование о психотерапии как методе лечения СР	Разъяснение результатов врачебных заключений Демонстрация основных механизмов действия психофармакотерапии Предоставление информации о психотерапии, возможностей различных методов психотерапии в лечении СР. Разбор демонстрационных клинических случаев Приведение примеров из опыта медийных личностей Использование эффекта «Анджелины Джоли»
	Соматоцентрическая внутренняя картина болезни Негативное отношение к объяснению симптомов с точки зрения психических процессов	Коррекция внутренней картины болезни Формирование адекватных представлений о заболевании и его лечении, формирование адекватной «внутренней картины здоровья»	Использование техники направленного открытия для понимания механизмов формирования СР и коррекции внутренней картины болезни и здоровья Разъяснение связи соматических симптомов и психического состояния, осознании конфликтов, которые выражаются в

			патологическом симптоматическом поведении
	Высокий уровень ситуативной тревоги	Снижение уровня ситуативной тревоги Обучение навыкам произвольной саморегуляции «в моменте»	Коррекция катастрофизации телесных ощущений Формирование стресс- копинга: обучение навыкам релаксации Проведение когнитивного расщепления – изменение способа переживания и оценки мыслей связанных с беспокойством о здоровье Интернализация новых адаптивных убеждений о здоровье Коррекция когнитивных искажений Изменение способа переживания мыслей: разграничение между мыслями, ожиданиями, субъективными оценками и реальными фактами жизни
Личности о- специфи- ческие мишени	Самостигматизация	Преодоление самостигматизации	Обсуждение существующих в сельской местности мифов о проявлениях и последствиях психических расстройств Использование примеров ВОЗ людей с опытом психических расстройств, а также медийных личностей Информирование о современных возможностях медико-
	Особенности переживания стрессовых ситуаций «соматайзера ми»	Информирование о проявлениях стресс ответа у различных типов личности Информирование о работе системы стресс ответа организма	

		Информирование о работе автономной нервной системы и взаимосвязях эмоциональной и вегетативной регуляции	психологический психиатрической и психотерапевтической помощи
--	--	--	---

Анализ выявленных индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик пациенток с СР, проживающих в сельской местности, определил самостигматизацию как особо значимые конструкт, влияющий на «избегающее врача-психиатра поведение» данной группы пациенток, и, тем самым, усиливающий нагрузку на первичную медико-санитарную сеть с непрофильными обращениями. Таким образом, дестигматизация была выделена как одна из основных задач программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса».

Вводный модуль психообразования, как и в других протоколах рациональной психотерапии, включал общую информацию об этиопатогенезе СР и их типичных клинических проявлениях, адаптированную с учетом культуральных и социальных особенностей сельской местности. Здесь ограниченно использовались научные термины, предложения составлялись коротко и ясно. Низкий образовательный уровень, высокая внушаемость, использование недостоверных источников информации требуют восполнения пробелов в знаниях о своей болезни, наглядного, доходчивого информирования пациента об имеющемся расстройстве, использование примеров из сельской среды, чтобы сформировать адекватные представления о СР, современных возможностях психотерапии и психиатрии. Учитывая катастрофическую нехватку квалифицированных психотерапевтов в сельской местности,

отсутствие у пациентов и их знакомых опыта взаимодействия с квалифицированными специалистами в области психического здоровья, проводилось информирование о месте психиатрии среди других медицинских специальностей, что способствовало формированию мотивации к лечению у врача-психотерапевта или психиатра.

Выбор тем для пациентов определялся анализом информации, полученной из полуструктурированного интервью, на основании анализа вопросов, которые беспокоили их в клинической беседе, их представлений о природе своего заболевания, основных когнитивных искажениях. Это необходимо для того, чтобы помочь пациентке сформировать грамотные представления о своем заболевании, осознать необходимость обращения за специализированной психиатрической помощью, преодолеть избегающее отношение к врачу-психиатру и осуществить профилактику явлений самостигматизации.

Содержание занятий программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса». Программа, как и все групповые занятия, начинается со знакомства с участниками. Врач-психиатр сообщает о правилах поведения в группе, целях занятий, тематике встреч. Каждое занятие состоит из трех частей: 1) вводная часть; 2) обсуждение темы занятия; 3) шэринг и вопросы. Ведущие руководили групповой повесткой, ограничивали проявления групповой динамики и использование симптоматического поведения в манипулятивных целях, пресекали стигматизирующие высказывания и оценки.

«Школа соматического стресса» предусматривает следующие темы:

1. *Информация о соматизированных расстройствах как разновидности невротических, связанных со стрессом расстройств.* Больным предоставляется информация о психических расстройствах невротического уровня. Ведущий рассказывает об этиологии, связи появления соматизированных симптомов со стрессовыми факторами и личностными

особенностями. С учетом образовательного уровня женщин, проживающих в сельской местности, обозначается роль индивидуально-психологических качеств, информационных ресурсов, на которые ориентировались больные в поиске способов лечения.

Тематическая содержательная часть первого занятия направлена на информирование пациенток, проживающих в сельской местности, о диагнозе соматизированного расстройства. Ведущий не должен использовать сложные профессиональные обороты, необходимо говорить четко, просто, на понятном языке. Содержательная сторона тематического плана построена, исходя из принципов системности и последовательности, которые являются основополагающими в образовательном процессе. После информационного блока ведущий проверяет понятность полученной психообразовательной информации, обращаясь к каждому участнику «понятно ли Вам, о чем мы ведем речь?»

2. *Информирование о строении нервной системы человека, значении типа высшей нервной деятельности.* Ведущий раскрывает существующие распространенные точки зрения о том, что «все болезни от нервов», «нервные клетки не восстанавливаются» и других, с которыми больной сталкивается, переживая различные стрессовые ситуации, эмоциональное напряжение, тяжелые жизненные события. Повествование ведущего сопровождается показом на экране презентации, содержащей схемы иннервации внутренних органов человека, проводящие пути нервной системы. Визуализация облегчает образовательный процесс, способствует пониманию обсуждаемого материала: работа вегетативной нервной системы, понятие вегетососудистая дисфункция, информирование о типичных для СР нарушениях вегетативной регуляции. Рассказ о типичных соматических проявлениях тревоги, универсальности соматических проявлений тревоги у людей и животных. Приводятся примеры многочисленных экспериментов, проведенных отечественными психофизиологами, пациентам рассказывают о поведенческих реакциях

животных в экспериментально созданных условиях опасности, проводятся аналогии с поведением человека. Материал этой темы ложится в основу дальнейших занятий.

3. *Информирование о работе стресс-системы организма и о влиянии миндалины на вегетативную регуляцию.* Информирование пациенток начинается с понятия стресса его влияние на организм человека, визуально предоставляется схема нейрогуморальных реакций. Это самая сложная по содержанию тема их всего цикла занятий в рамках «Школы соматического стресса». Необходимость ее рассмотрения связана с тем, что ознакомление с механизмами стрессовых реакций у человека позволяет обсуждать роль реакций в ситуациях реальной или воображаемой опасности по типу «бей, беги, замри» в эволюционном выживании, а также в манифестации невротических и связанных со стрессом расстройств, в том числе и СР. Больным необходимо объяснить, почему болезнь проявляет себя разнообразными симптомами, связанными с ощущаемыми телесными проявлениями: одышка, учащенное сердцебиение, раздраженный желудок, болезненные ощущения и другие признаки, которые зачастую убеждают пациента в наличии какого-либо физического недуга. Далее в рамках дидактической психотерапевтической интервенции пациентам предлагают описать свои ощущения в состоянии волнения, они перечисляют симптомы, обращаясь к предоставленным ведущим схемам стрессовых реакций. Затем больные должны подробно описать их состояния, когда тревожное событие нивелировалось, стрессовый фактор был устранен. Заканчивая занятие, важно зафиксировать внимание присутствующих на позитивных ощущениях, которые описываются в состоянии покоя, следующим за стрессовой реакцией.

4. *Общие представления о функциональном характере нарушений и отсутствии органической патологии при соматизированном расстройстве.* Информация о так называемых функциональных симптомах становится более понятной после изучения темы о строении нервной системы человека,

понимании роли вегетативной нервной системы. Таким образом, в программе представлен логичный переход в преподнесении материала для пациенток, который основывается на предыдущем занятии, изученная информация становится основой для понимания следующей темы (принцип систематичности и последовательности, которые применяются в педагогике). Больным становится понятно, почему телесные симптомы могут сопровождаться тревогой, раздражительностью, сниженным настроением, внутренней напряженностью, как это связано со снижением работоспособности, сложностям справляться с привычной работой.

5. *Освещение наиболее частых результатов лабораторно-диагностических обследований.* Эта тема была предложена самими пациентами, т.к. результаты имеющихся у них многочисленных обследований остались непонятными и вызывали опасения, сомнения, оставляли недосказанность и становились причиной дополнительной тревоги и волнений. Пациентам предоставляется возможность принести в группу результаты клинических обследований, заключения врачей, к которым они обращались, для обсуждения описаний и формулировок, которые им не ясны. После комментариев, которые в доступной форме дает ведущий группы, больным становится понятно, почему после посещения кардиолога, невролога, эндокринолога и других специалистов ими не найдено исчерпывающих ответов. Тематика этого занятия требует соответствующей подготовки ведущего, хорошего владения навыками негативной диагностики невротических расстройств.

6. *Дидактическое рациональное разъяснение связи восприятия телесных ощущений с манифестацией и поддержанием СР.* Опираясь на основные принципы рациональной психотерапии, разработанные А. Эллисом и модифицированные для работы с СР, пациентам разъясняется разница между собственно телесными ощущениями и развитием беспокойства о здоровье, связанные с такими вариантами интерпретации, как «я не должен так себя чувствовать», «мои телесные ощущения являются симптомом тяжелого

недуга», или « я не могу терпеть эту ужасную боль», «я всегда должна чувствовать себя идеально», «все врачи должны иметь одинаковое мнение о моих симптомах и обследованиях», которые играют центральную роль в «порочном круге» поддержания СР. Ведущие группы должны убедиться в том, что у пациенток не осталось вопросов, сомнений, непонятных пояснений в отношении результатов многочисленных исследований. Поощряется обсуждение выраженности тревоги и обеспокоенности своим состоянием больными, и их связи с имеющимися когнитивными оценками, пациентки приводят примеры тех состояний, подробно описывают их и находят много сходных проявлений среди участниц. Пациентки учатся выявлять связь катастрофических дисфункциональных оценок с усилением сомато-вегетативных проявлений тревоги и соматического дистресса. Занятие направлено как на коррекцию когнитивных искажений, так и на изменение способа переживания мыслей, разграничению между мыслями, ожиданиями, субъективными оценками и реальными фактами жизни. Затем, для интернализации новых когнитивных убеждений о здоровье участники обмениваются собственными примерами, необязательно связанными с СР. К примеру, как мысль о похудении связана с реальными показателями при взвешивании на весах, в каких других ситуациях у пациенток возникала сильная тахикардия, как часто у сельских тружеников возникают болевые ощущения, может ли быть разное мнение у агрономов и ветеринаров в их области компетенции, делает ли это их плохими специалистами.

7. *Полиорганные симптомы как характерные признаки соматизированного расстройства.* Разъяснение по этой теме возможно после изучения информации о строении и функциях ВНС, особенностях иннервации внутренних органов, поэтому термины вегетативная дисрегуляция, которая характерна для соматизированных расстройств, становится понятной. Участникам групп предлагается вести подсчет, сколько симптомов у них наблюдалось в динамике болезни, проводится эмпатическая конфронтация с

тем, стали ли неприятные ощущения причиной госпитализации в отделение интенсивной терапии, кому из длительно болеющих пациенток был в итоге поставлен диагноз тяжелого инвалидизирующего заболевания и в какой степени заболевание действительно прогрессирует и приводит к ограничениям. Они могут поднимать руки, когда ведущий перечисляет клинические симптомы соматизированного расстройства на момент поступления в стационар и сравнивать их количество в динамике, в процессе лечения. Дополнительно проводится конфронтация с иррациональными убеждениями, что «я всегда должна себя чувствовать одинаково». Затем подключаются поведенческие упражнения, направленные на появление или усиление симптоматики, что дает возможность получения нового опыта в условиях группы. Формирование способности понимания болезни и распознавания симптомов способствует правильной интерпретации своих симптомов и редукции беспокойства о здоровье.

8. *Роль стресса в возникновении обострения заболевания и пути его преодоления.* Содержательная часть этого занятия включает информацию о существующих классификациях стрессовых факторов (по интенсивности, длительности, содержанию и др.), роль отдельных стрессовых событий и понятие «накопительный эффект» стресса. Среди предложенных разновидностей психотравмирующих факторов пациенты должны перечислить, какие стрессовые факторы в их жизни могли стать причиной заболевания. Анализ анамнестических сведений больных СР женщин переходит к формированию стресс-копинга. Пациенты приводят примеры способов совладания со стрессом, которые наиболее эффективны для них индивидуально, делятся своим опытом (можно перечислить – баня, прогулки на свежем воздухе, посещение экопарков, бассейна, просмотр художественного фильма, чаепитие в приятной компании, активный досуг с участием в лечебно-оздоровительных секциях и др.). Пациенты обычно удивляются тому, сколько разных мероприятий можно организовать для совладания со стрессом без

особых временных и материальных затрат, возникают планы приятного проведения свободного времени, аудитория оживленно обсуждает их. Затем ведущий проводит обучение техникам релаксации, аутогенной тренировки и фиксирует внимание аудитории на том, что они самостоятельно могут их применять.

9. *Дискуссия о современных возможностях психиатрической службы.* Для преодоления проявлений самостигматизации проводится аналогия с распространенными соматическими заболеваниями (сахарным диабетом, язвенной болезнью, сердечно-сосудистыми заболеваниями и др.). Ведущий называет отдельные нозологии, а пациенты должны в игровой форме направить его к соответствующему специалисту, например – больного сахарным диабетом должен лечить врач-эндокринолог, больного гастритом – гастроэнтеролог. Больных направляют к тому, что им следует обращаться к соответствующим специалистам – психиатрам, психотерапевтам, психологам, которых они старались длительно избегать. Пациенты должны усвоить, что у них одно из распространенных заболеваний, что оно поддается лечению. Выявленные в исследовании ранее примитивные представления о психиатрии, где «из меня сделают дурака», предрассудки, страх «оказаться в психушке» являются основанием для информирования о современном состоянии психолого-психиатрической помощи, позволяющей найти индивидуальный подход к каждому пациенту, разобраться в причине возникновения заболевания, подобрать грамотное и адекватное лечение. Проводится в дидактическом ключе коррекция выявленных иррациональных паттернов мышления (мифологическое мышление, катастрофизация боли, избегание как когнитивная схема, самостигматизирующие убеждения), способствующих дезадаптации личности, подвергаются коррекции. Пациенты узнают о возможности обратиться на прием к клиническому психологу, врачу-психотерапевту, в психологическую службу «телефон доверия» и др.

10. *Современные терапевтические возможности в терапии и выздоровлении, дискуссия о психофармакотерапии.* После проведения аналогий с распространенными соматическими заболеваниями, с больными проводится дидактическая дискуссия, итогом которой является принятие необходимости приема лекарственных средств, назначенных врачом. Все пациенты, участвующие в программе рациональной психотерапии с модулем психообразования, находились на стационарном лечении. Некоторые уже задавали вопросы медицинскому персоналу, «что это за препараты», «какие от них бывают побочные эффекты?», «будет ли к ним привыкание?». Ответы на эти вопросы может дать только врач-психотерапевт или психиатр. Избегая сложных формулировок, касающихся фармакокинетики, фармакодинамики, химической структуры, ведущий разъясняет основные механизмы действия препаратов, опираясь на содержание предыдущих занятий, обращая внимание на положительную клиническую динамику от назначений, которые получают многие пациентки. Дополнительно используется «прием Анджелины Джоли», приводится опыт приема психофармакотерапии по назначению врача из жизни известных людей, где идентификация с ними может усилить приверженность назначенной терапии. Следует объяснить женщинам необходимость соблюдения врачебных рекомендаций, что эффективность лечения зависит от отношения к нему и понимания его важности. В случаях возникновения вопросов о побочных эффектах антидепрессантов, транквилизаторов, ответы на них следует давать в контексте возможных и вероятных. Если они указываются производителем как возможные, это не значит, что они должны обязательно проявиться у конкретной пациентки при приеме данного препарата. Инструкция ко всем лекарственным средствам ориентирована на требования законодательства, а не на информирование пациента в понятной форме. Ведущий спрашивает аудиторию о позитивных изменениях в их состоянии и подчеркивает, что это результат грамотно подобранного препарата, больные приводят свои примеры. Такой формат способствует повышению уровня

комплаентности. Особо внимание уделяется роли поддерживающей терапии и необходимости приёма препаратов после выписки. Ведущий приводит примеры ошибочных рассуждений больных о том, что при достижении хорошего самочувствия, некоторые пациентки считают, что можно бросить лечение. Важно разъяснить, почему это приведет к срыву ремиссии и ухудшению состояния через короткое время. Целесообразно приведение понятных аналоговых примеров из повседневного быта сельской местности, к примеру, касающихся лечения животных.

11. *Разъяснение роли ближайшего окружения (семьи, близких) в формировании отношения к болезни.* Актуальность информирования пациенток о роли ближайшего окружения в формировании представлений о болезни обусловлена результатами п. 3.6. третьей главы, прежде всего об информационном поведении больных СР женщин, проживающих в сельской местности. Члены семьи, ближайшие знакомые и соседи оказались советчиками, чье мнение о заболевании оказалось для больных более авторитетным, чем научная информация и рекомендации специалистов первичного звена здравоохранения. Непонимание со стороны родных оказывалось фактором, препятствующим своевременному обращению к специалистам в области психического здоровья. Сформированные на предыдущих занятиях представления позволят самим больным провести разъяснительную работу среди своих близких, и семья перестанет оказывать дезадаптирующее влияние.

При запросах пациенток на проведение дополнительных занятий для их родственников возможно реализовать их в формате отдельных встреч. Для родственников основной акцент делается на разъяснении роли внутрисемейных отношений, коррекции типичных заблуждений, касающихся психических заболеваний, показывается роль стресса в обострении болезни, клинические проявления самого соматизированного расстройства, методы лечения, роль семьи как поддерживающего ресурса для благоприятного прогноза.

12. *Формирование мотивации на поддерживающее лечение и долгосрочную психотерапию после выписки из стационара («группы встреч»).* На последнем занятии «Школы соматического стресса» участницы группы делятся своим опытом, полученном в процессе рациональной психотерапии. Прежде всего, говорят о том, что дали им эти занятия, как они стали воспринимать и понимать свою болезнь, что изменилось в их установках, убеждениях и самочувствии. Затем все участники программы (больные и ведущие) высказывают друг другу свои пожелания. Ведущий рекомендует после выписки из стационара соблюдать рекомендации по приему поддерживающей терапии, посещать «группы встреч», объясняет их значение как психотерапевтического метода, обосновывает его эффективность. Повторное психометрическое и психологическое обследование проводится по окончании курса рациональной психотерапии.

Завершение курса «Школа соматического стресса» может сопровождаться распространением среди больных и их родственников буклетов с информацией о возможностях получения специализированной психиатрической помощи, медико-психологической и психотерапевтической поддержки, а также рекомендациями по прочтению литературы и просмотру интернет-контента для получения качественной информации о расстройстве и методах лечения. Дополнительно пациенткам может быть рекомендовано использование мобильных приложений типа «Антипаника» и «Антитревога» для улучшения навыков эмоциональной регуляции в условиях повседневной жизни. Накопленная на сегодняшний день база исследований указывает на то, что использование цифровых ассистентов в комплексном лечении и профилактике психических расстройств является одним из способов совладания со стигмой.

Представленная программа рациональной психотерапии с модулем психообразования может проводиться в учреждениях первичной медицинской

сети обученными клиническими психологами под супервизией психотерапевтов или психиатров.

8.2. Оценка эффективности проведения программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» для женщин с соматизированным расстройством, проживающих в сельской местности

Формирование терапевтических групп. Для решения задачи исследования, касающейся оценки эффективности программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса», из основной исследовательской группы (176 больных СР женщин, проживающих в сельской местности, поздно обратившихся за психиатрической помощью) методом рандомизации были сформировано две терапевтические группы. Первую составили 60 больных из основной исследовательской группы – женщины с соматизированным расстройством, которые во время стационарного лечения получали психофармакологическую терапию и были включены в программу рациональной психотерапии с модулем психообразования (ПФт+ПО). Во вторую терапевтическую группу вошли 60 больных из той же основной исследовательской группы, но получавшие только изолированное психофармакологическое лечение и в психотерапевтические мероприятия не включались (ПФт). На момент проведения исследования в РФ отсутствовали клинические рекомендации по ведению пациентов с СР, выделяющие линии терапии. Пациентки в обеих группах получали сопоставимую психофармакотерапию антидепрессантами из группы СИОЗС

как препаратов первой линии терапии в лечении тревожных расстройств. Учитывая существующий дефицит кадров, в частности сфере оказания психиатрической помощи для сельского населения (Семенова Н.В. и др., 2021; Давидов Д.Р. с соавт., 2024; Aggarwal R. et al., 2022; Darmawan W. et al., 2023), определявший ограничения использования групп активного внимания в качестве «плацебо контроля», сравнение проводилось между группами, получающими рациональную психотерапию и так называемое «обычное лечение» (TAU therapy as usual). Подобный дизайн исследований также использовался для выбора эффективных методов психотерапии для лечения тревожных расстройств при разработке последней версии международных рекомендаций по лечению тревожных расстройств Всемирной Федерации Обществ Биологической Психиатрии (Bandelow B. et al., 2022).

Выбор критериев эффективности (методики). Учитывая, что СР, относится в МКБ-10 к разделу невротических, связанных со стрессом расстройств, в качестве симптоматических критериев оценки эффективности психотерапевтических мероприятий были выбраны уровень дистресса, депрессии, тревоги и соматизации. В качестве индивидуально-психологических характеристик, влияющих на поведение в отношении расстройства, были выделены уровень знаний о болезни и уровень самостигматизации. Отбор данных характеристик был логичным итогом анализа результатов, полученных в главе III (низкий образовательный уровень, неосведомленность и обывательские представления о психиатрической помощи), препятствующие своевременному обращению больных СР за психиатрической помощью (индивидуально-психологические, социально-демографические характеристики, особенности информационного поведения и др.) и главе IV – высокий уровень самостигматизации у женщин с СР, проживающих в сельской местности, которые длительно не обращались за психиатрической помощью. Таким образом, полученные результаты научного исследования стали основой

для разработки программы «Школа соматического стресса», которая может быть широко внедрена в учреждения практического здравоохранения.

Оценка эффективности проведения программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» для женщин с СР, проживающих в сельской местности, проводилась в соответствии с выделенными мишенями: в качестве симптоматических были выбраны уровень дистресса, депрессии, тревоги и соматизации; в качестве когнитивных – уровень знаний о болезни, когнитивные искажения, связанные с СР; в качестве личностных – уровень самостигматизации.

В качестве инструмента для оценки динамики симптомов был выбран четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня, который прошел валидизацию на русскоязычной выборке пациентов с невротическими и связанными со стрессом расстройствами, оценивающего состояние пациента за последние 7 дней (Смулевич А.Б., ред., 2014). Ответы оцениваются по шкале от 0 до 2 баллов, где 0 баллов – «нет»; 1 – «иногда»; 2 – для всех остальных вариантов ответа. Количество баллов суммируется по каждой шкале. В данной методике делается акцент на шкалу соматизации, в состав которой входит 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32), где $x > 10$ – умеренное повышение, $x > 20$ – выраженное повышение.

Карта оценки уровня знаний о психической болезни (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2002) включает в себя 16 вопросов, на которые предлагается дать субъективную оценку необходимости получения информации больным о различных аспектах психических расстройств.

Опросник самостигматизации был разработан сотрудниками НЦПЗ РАМН – И. И. Михайловой, С. Н. Ениколоповым, Л. Я. Ссребрийской, А. Ф. Степановой под руководством В. С. Ястребова (2005). С его помощью определялась выраженность самостигматизации у каждого обследуемого.

Утверждения опросника представлены 83 вопросами и касаются каждой из 12 сфер психологического и социального функционирования человека. Испытуемому предлагается четыре варианта ответа: «абсолютно согласен», «скорее согласен», «скорее не согласен» и «абсолютно не согласен». Самостигматизация конкретного больного характеризуется совокупностью значений частот предложенных вариантов ответов. Данный опросник нашел широкое применение в нашей стране для исследования различных контингентов пациентов.

Для оценки эффективности разработанной программы «Школа соматического стресса» проводилась дважды оценка состояния пациенток непосредственно перед включением в нее и после окончания занятий.

Выраженность показателей по шкале дистресса, депрессии, тревоги и соматизации, уровня знаний о психической болезни и самостигматизации у больных СР в терапевтических группах в процессе проведения программы претерпела ряд изменений.

В Таблице 8.2 представлены изменения показателей опросника в ПФТ+ПО и ПФТ группах в начале лечения и перед выпиской больных из стационара.

Как видно, в группе больных, получающих психофармакотерапию и участвующих в программе «Школа соматического стресса», были зафиксированы значимые снижения уровня **дистресса**: сильное повышение выявлялось в 28,33% до проведенных мероприятий и 13,33% случаев после них; умеренное повышение зафиксировано у 56,67% больных до участия в психотерапии и у 40,0% после его завершения; нормальные значения в начале терапии были у 15,0% больных и у 46,67% после завершения.

Таблица 8.2 – Сравнительная оценка показателей опросника 4ДДТС

Шкала		Группа ПФТ+ПО, n = 60				Группа ПФТ, n = 60			
		До		После		До		После	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Дистресс	Норма	9	15,00	28	46,67	11	18,33	25	41,67
	Умеренное повышение	34	56,67	24	40,00	38	63,33	27	45,00
	Сильное повышение	17	28,33	8	13,33	11	18,33	8	13,33
Депрессия	Норма	7	11,67	20	33,33	9	15,00	13	21,67
	Умеренное повышение	26	43,33	28	46,67	25	41,67	26	43,33
	Сильное повышение	27	45,00	12	20,00	26	43,33	21	35,00
Тревога	Норма	30	50,00	39	65,00	25	41,67	36	60,00
	Умеренное повышение	20	33,33	17	28,33	26	43,33	20	33,33
	Сильное повышение	10	16,67	4	6,67	9	15,00	4	6,67
Соматизация	Норма	4	6,67	38	63,33	2	3,33	12	20,00
	Умеренное повышение	17	28,33	22	36,67	22	36,67	37	61,67
	Сильное повышение	39	65,00	0	0,00	36	60,00	11	18,33

Во второй исследовательской группе динамика такова: сильное повышение дистресса в начале лечения выявлено у 18,33% больных, перед выпиской у 13,33%; умеренное повышение было зафиксировано у 63,33% в начале психофармакотерапии, у 45,0% по её завершению; нормальные показатели до начала терапии характерны для 18,33% больных, по ее окончании для 41,67%.

В отношении показателей *депрессии* опросника 4 ДДТС в первой терапевтической группе (ПФТ+ПО) обнаружена такая динамика: сильно повышение у 45,0% больных до психотерапии с психообразованием и у 20,0% больных после их окончания, умеренное повышение у 43,33% до начала и у 46,67% больных по завершению «Школы соматического стресса», нормальный

уровень у 11,67% и 33,33% больных после прохождения сочетанного лечения психофармакотерапией с участием в программе. Во второй терапевтической группе изменились следующим образом: сильно повышенный уровень депрессии зафиксирован у 43% больных до начала терапии, у 35,0 % больных перед выпиской; умеренно повышенный уровень был характерен для 43,33 % женщин, после психофармакотерапии для 33,33%; нормальные значения были выявлены у 41 % больных до начала лечения и у 60,0 % женщин перед выпиской.

Изменения показателей шкалы *тревоги* 4-х-мерного опросника в группе больных, получавших психофармакотерапию и участвовавших в «Школе соматического стресса», выглядели так: сильное завышение зафиксировано у 16,67% при первом замере, у 6,67% больных при повторном; умеренное повышение обнаружено у 33,33% больных в начале терапии и у 28,33% после окончания; нормальные показатели были у 50,0% пациенток до участия в программе и у 65,0% после завершения. В группе больных, получавших изолированную психофармакотерапию, сильное повышение тревоги отмечено у 15% в начале лечения, у 6,67% в конце; умеренное повышение тревоги до терапии было характерно для 43,33% пациенток, по её завершению для 33,33%. Нормальные значения тревоги в начале психофармакотерапии были у 41,67%, по ее окончании у 60,0% больных.

Уровень *соматизации* в рамках методики 4ДДТС в первой группе (ПФт+ПО) менялся следующим образом: до проведения рациональной психотерапии сильно повышенные показатели были свойственны для 65,0% больных в начале лечения с привлечением больных в образовательные группы и по его завершению таковых не выявлено. Умеренное повышение наблюдалось у 28,33% пациенток в начале программы «Школы соматического стресса», у 36,67 в конце. Нормативные значения по шкале соматизации обнаружены в начале у 6,67%, в конце программы рациональной психотерапии с модулем психообразования у 63,33% пациенток. Во второй терапевтической

группе, у больных, которые не привлекались к участию в «школе», а получавших только психофармакологическую терапию, сильное повышение соматизации было при первом замере выявлено у 60,0% больных, при повторном – у 18,33%. Умеренное повышение тревоги наблюдалось у 36,67% женщин до лечения и у 61,67% перед выпиской. Нормативные значения по шкале тревоги в начале терапии были у 3,33% больных, у 20,0% женщин по ее окончании.

Посредством непараметрического критерия Уилкоксона был произведён анализ сдвигов по шкалам опросника 4ДДТС в терапевтических группах у больных СР, которые принимали психофармакотерапевтическое лечение и были включены в программу «Школа соматического стресса» (ПФ+ПО), и группе больных, которые получали только психофармакотерапию (ПФ) (Таблица 8.3, Рисунок 8.1-8.8).

Таблица 8.3 – Анализ сдвигов по шкалам опросника 4ДДТС

Параметры	В группе ПФТ+ПО, n = 60			В группе ПФТ, n = 60		
	До	После	p (Уил- коксон)	До	После	p (Уил- коксон)
	Me [Q1; Q3]	Me [Q1; Q3]		Me [Q1; Q3]	Me [Q1; Q3]	
Дистресс	20 [16; 25]	13,5 [6; 20]	0,0000**	18 [14; 21,5]	15,5 [7; 21]	0,0099**
Депрессия	5 [2,5; 8]	3,5 [0; 5]	0,0000**	4 [3; 8]	4 [2; 7,5]	0,4769
Тревога	8,5 [4; 13]	7 [4; 10]	0,0239*	10 [7; 13]	7 [2; 10]	0,0000**
Соматизация	27 [21; 30]	9,5 [5; 15,5]	0,0000**	25 [20; 28]	18,5 [14; 22]	0,0000**

Примечание: ** - сдвиги на уровне высокой статистической значимости (p-level = 0,01); * - сдвиги на уровне статистической значимости (p-level = 0,05)

В первой терапевтической группе больных соматизированными расстройствами, которые кроме получения психофармакотерапии, стали участниками рациональной психотерапии с модулем психообразования (ПФТ+ПО), можно наблюдать статистически высокосignимые ($p < 0,01$) сдвиги

по таким шкалам как **дистресс** (медиана и квартильный размах составили $Me [Q1; Q3] = 20 [16; 25]$ и $13,5 [6; 20]$ до и после мероприятий соответственно), **депрессия** ($5 [2,5; 8]$ и $3,5 [0; 5]$), и **соматизация** ($27 [21; 30]$ и $9,5 [5; 15,5]$), сдвиги по шкале тревоги ($8,5 [4; 13]$ и $7 [4; 10]$) на статистически значимом уровне ($p < 0,05$).

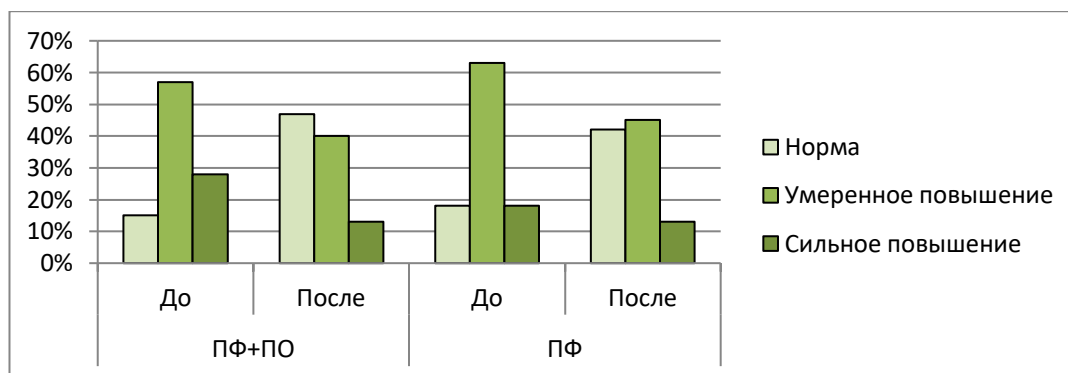


Рисунок 8.1 – Сравнительная оценка показателей шкалы дистресса

В другой терапевтической группе больных СР, которые получали только психофармакологическое лечение и не участвовали в «Школе соматического стресса» (ПФт), статистически высокосignимые сдвиги наблюдались по трем шкалам – **дистресса** (медиана и квартильный размах составили $Me [Q1; Q3] = 18 [14; 21,5]$ и $15,5 [7; 21]$ до и после мероприятий соответственно), **тревоги** ($10 [7; 13]$ и $7 [2; 10]$) и **соматизации** ($25 [20; 28]$ и $18,5 [14; 22]$).

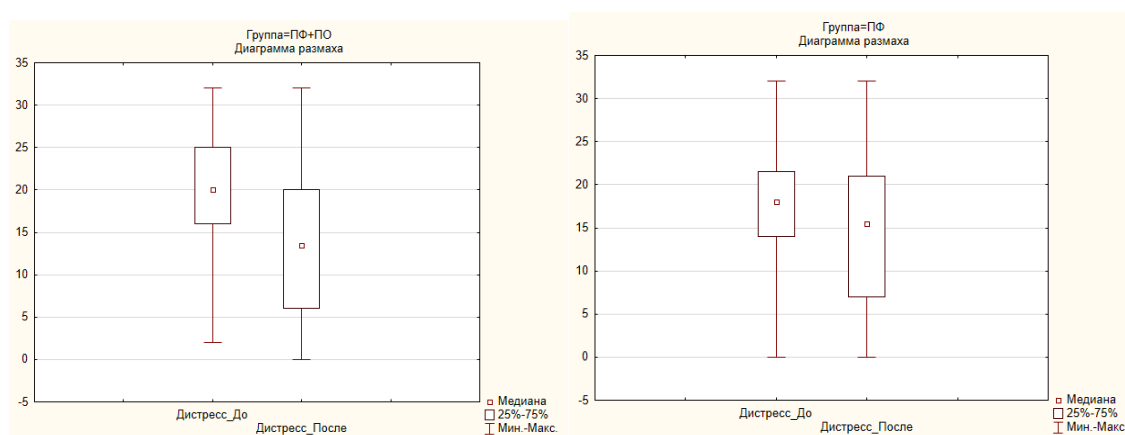


Рисунок 8.2 – Сравнительная оценка медианы шкалы дистресса

Обращает внимание наличие выраженных сдвигов на уровне высокой статистической значимости в первой терапевтической группе по шкале

депрессия. По шкале депрессии во второй группе статистически значимых сдвигов не наблюдалось. При этом во второй терапевтической группе у больных СР, несмотря на получение психофармакотерапии, положительные изменения по шкале депрессии произошли, но не достигли уровня статистической значимости. Возможно, таким образом, подтверждение психогенного, связанного с ситуацией болезни, происхождения вторичных депрессивных включений при СР.

Это позволяет сделать вывод о том, что проведенные рациональная психотерапия с модулем психообразования «Школы соматического стресса» в сочетании с психофармакотерапией продемонстрировали высоко значимое снижение выраженности депрессии, в отличие от изолированной психофармакотерапии.

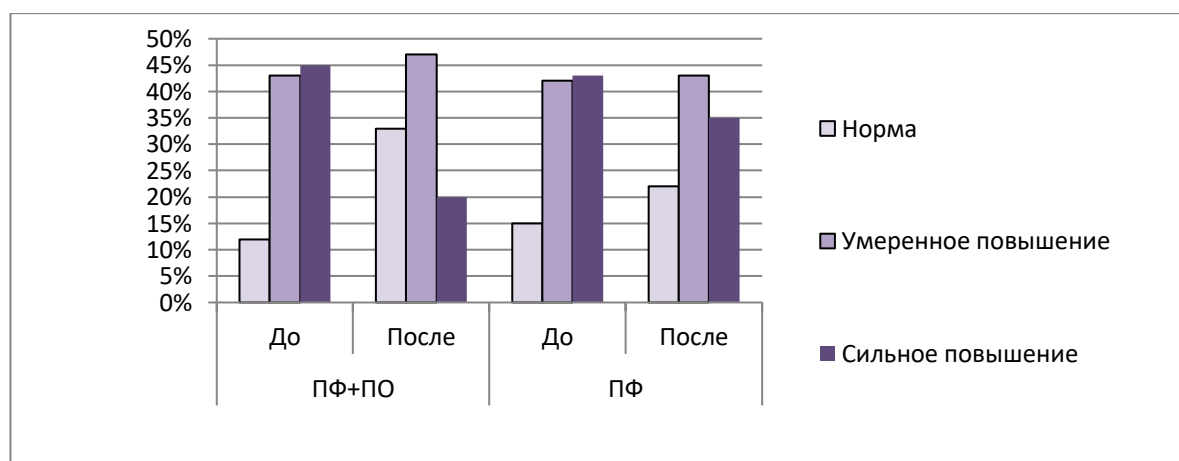


Рисунок 8.3 – Сравнительная оценка показателей шкалы депрессия

Депрессивные включения, отражающиеся шкалой 4-х-мерного опросника оказались более чувствительны к воздействию рациональной психотерапии с психообразованием для больных СР.

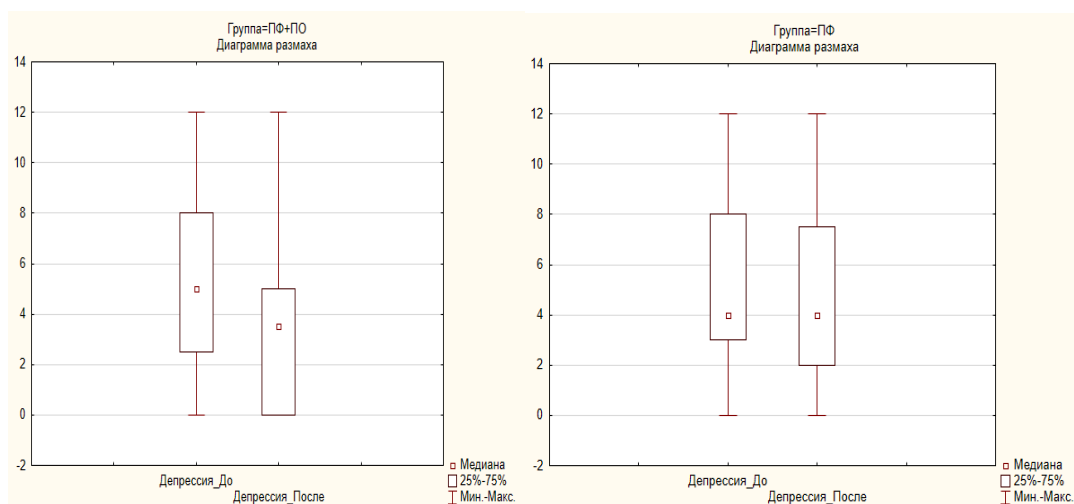


Рисунок 8.4 – Сравнительная оценка медианы шкалы депрессии

На предыдущих этапах исследования из экспериментальной группы были исключены больные с коморбидной аффективной патологией, и в данном случае речь идет о субсиндромальных депрессивных проявлениях, во многом связанных с длительным отсутствием квалифицированной помощи и нарушениями социального функционирования.

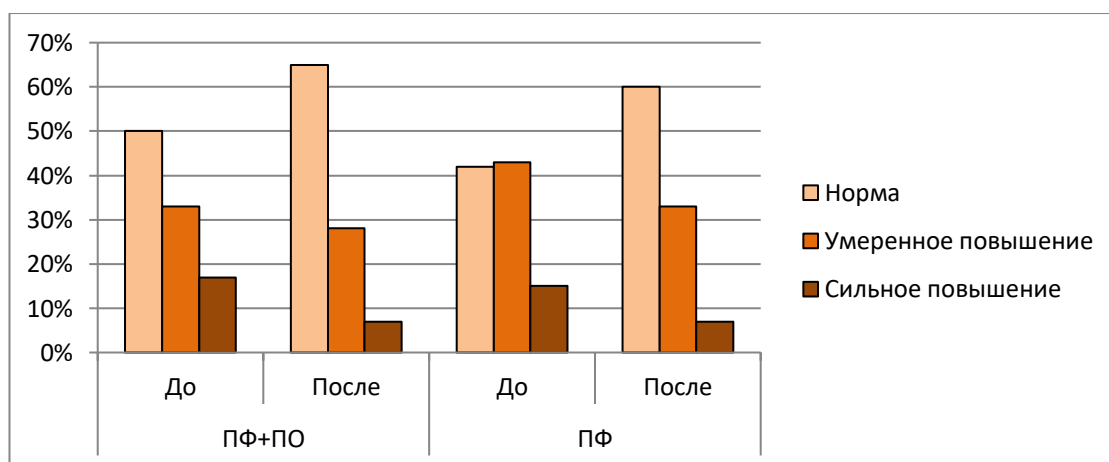


Рисунок 8.5 – Сравнительная оценка показателей шкалы тревоги

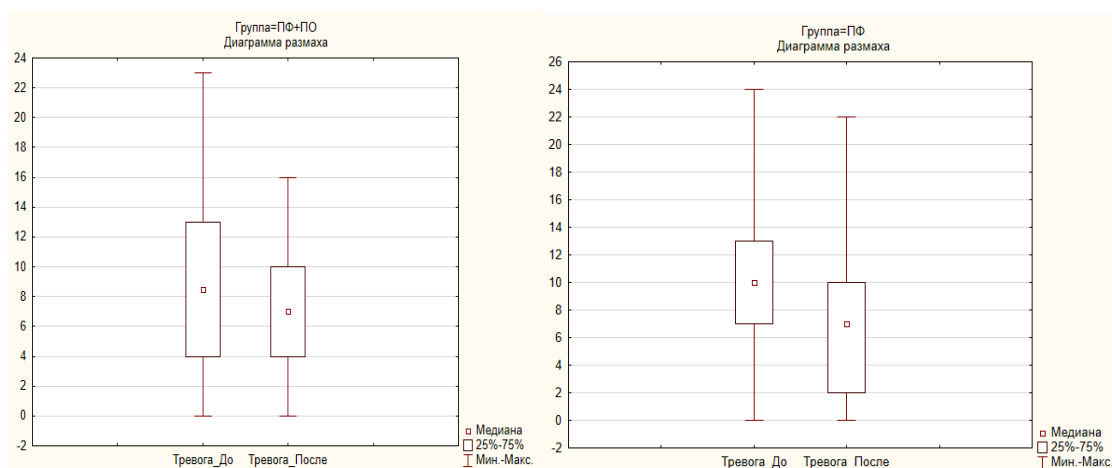


Рисунок 8.6 – Сравнительная оценка медианы шкалы тревоги

Сравнительный анализ сдвигов в показателях по шкале тревоги в терапевтических группах показал, что более выраженные изменения произошли в группе больных, которые получали только психофармакологическое лечение и не принимали участие в психотерапии (вторая терапевтическая группа, ПФТ), сдвиги на уровне высокой статистической значимости ($p\text{-level} = 0,01$). В первой группе больных, которые кроме психофармакотерапии приняли участие в программе «Школа соматического стресса», сдвиги произошли, но на уровне статистической значимости ($p\text{-level} = 0,05$).

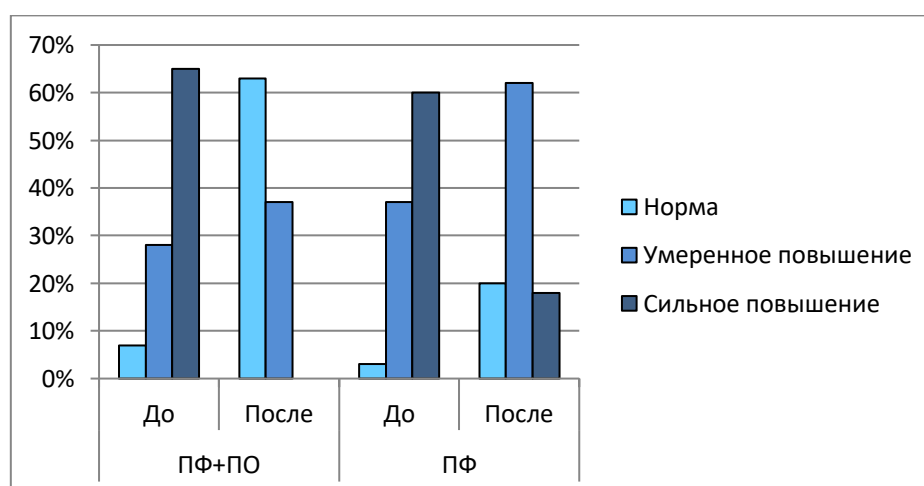


Рисунок 8.7 – Сравнительная оценка показателей шкалы соматизации

Сдвиги показателей по шкале соматизации произошли в обеих терапевтических группах на уровне высокой статистической значимости ($p\text{-level} < 0,01$).

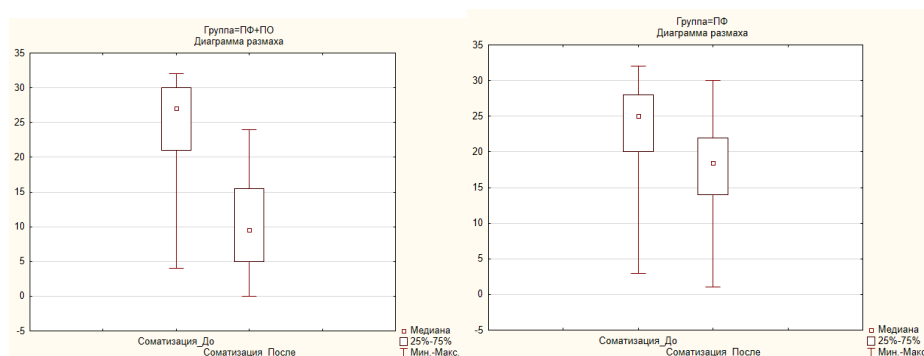


Рисунок 8.8 – Сравнительная оценка медианы шкалы соматизации

Таким образом, значимая позитивная динамика по всем субшкалам основных симптоматических проявлений СР демонстрирует эффективность разработанной программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» для пациенток с СР. Полученные знания о функционировании нервной системы, основных принципах манифестации невротических расстройств в соматической плоскости, совместное освоение принципов негативной диагностики и групповое обсуждение и сравнение результатов исследований приводит к значительной редукции дистресса, собственно проявлений соматизации, тревоги, беспокойства о здоровье, депрессивных переживаний, связанных с ощущениями безвыходности ситуации, утраты надежды получить квалифицированную помощь.

Сравнительная оценка результатов в отношении уровня знаний о болезни изучалась с помощью карты оценки уровня знаний о психической болезни (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., ред., 2007), которая показывает информированность больного о психическом расстройстве, его проявлениях, способах лечения, собственной роли в процессе лечения, службах специализированной помощи. Показано, что по *уровню знаний о болезни* статистически значимые сдвиги произошли только в первой терапевтической

группе больных, которые кроме психофармакотерапии участвовали в программе «Школа соматического стресса» (Таблица 8.4, Рисунок 8.9-8.10).

Таблица 8.4 – Анализ сдвигов уровня знаний о болезни в терапевтических группах

Параметр	В группе ПФТ+ПО, n = 60			В группе ПФТ, n = 60		
	До	После	p (Уил- коксон)	До	После	p (Уил- коксон)
	Me [Q1; Q3]	Me [Q1; Q3]		Me [Q1; Q3]	Me [Q1; Q3]	
Уровень знаний	2,9 [2,5; 3,3]	4,3 [3,8; 4,6]	0,0000*	2,9 [2,6; 3,3]	3,1 [2,7; 3,5]	0,0818

Примечание: * - сдвиги на уровне статистической значимости (p-level = 0,05)

Несмотря на неподтвержденную статистически значимость (сдвиги на уровне статистической тенденции, $p < 0,1$), изменения произошли и во второй терапевтической группе. Пациентки, которые находились на госпитализации в психиатрическом стационаре и не участвовали в «Школе», общались с лечащим врачом-психиатром, клиническим психологом, медицинским персоналом, были информированы о проводимом лечении, что создавало для них терапевтическую информационную среду. Поэтому, у больных уровень осведомленности о своем заболевании повысился, но несущественно (не достиг статистически значимых значений). Использование в программе рациональной психотерапии приемов психообразования, психагогики, разъяснения, убеждения, групповых дискуссий и бесед, продемонстрировало ее высокую эффективность.

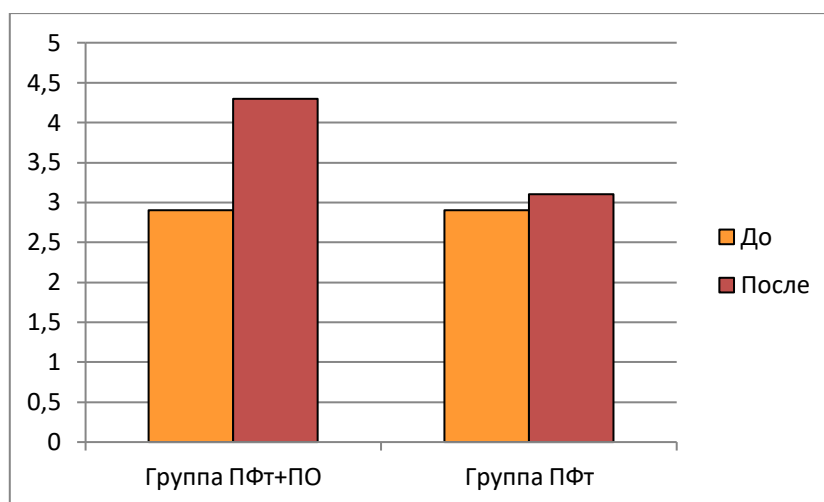


Рисунок 8.9 – Сравнительная оценка показателей уровня знаний

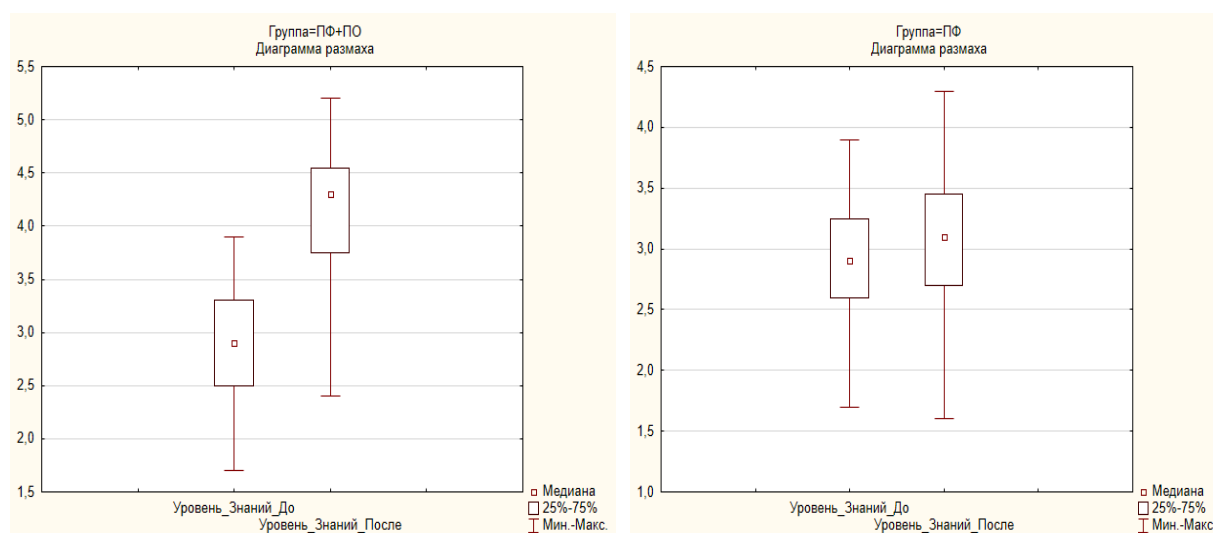


Рисунок 8.10 – Сравнительная оценка медианы уровня знаний о болезни

Сравнительная оценка изменений в отношении уровня самостигматизации, произошедших в терапевтических группах, осуществлялась на основании результатов опросника самостигматизации (Михайлова И.И. и соавт., 2005). С его помощью определялась выраженность самостигматизации и у больных, которые участвовали в рациональной психотерапии с модулем психообразования, и тех, кто получал изолированную психофармакотерапию (Таблица 8.5, Рисунок 8.11, 8.12). Уровень **самостигматизации** существенно снизился (на уровне статистической значимости) в процессе психофармакотерапии,

сопровождающейся психотерапией с образовательными мероприятиями в первой терапевтической группе (ПФт+ПО).

Таблица 8.5 – Анализ сдвигов уровня самостигматизации в терапевтических группах

Параметр	В группе ПФт+ПО, n = 60			В группе ПФт, n = 60		
	До	После	p	До	После	p
	Me [Q1; Q3]	Me [Q1; Q3]		Me [Q1; Q3]	Me [Q1; Q3]	
Уровень самостигматизации	215,5 [202,5; 232]	35 [24; 39]	0,0000*	223,5 [201,5; 230]	218 [200,5; 225]	0,0000*

Примечание: * - сдвиги на уровне высокой статистической значимости (p-level = 0,01)

Специальные занятия, направленные на борьбу со стигмой психических расстройств и психиатрических учреждений и специалистов в области психического здоровья предложенной нами программы «Школа соматического стресса», способствовали формированию адекватных представлений о психическом заболевании и отношения к психиатрической службе в целом.

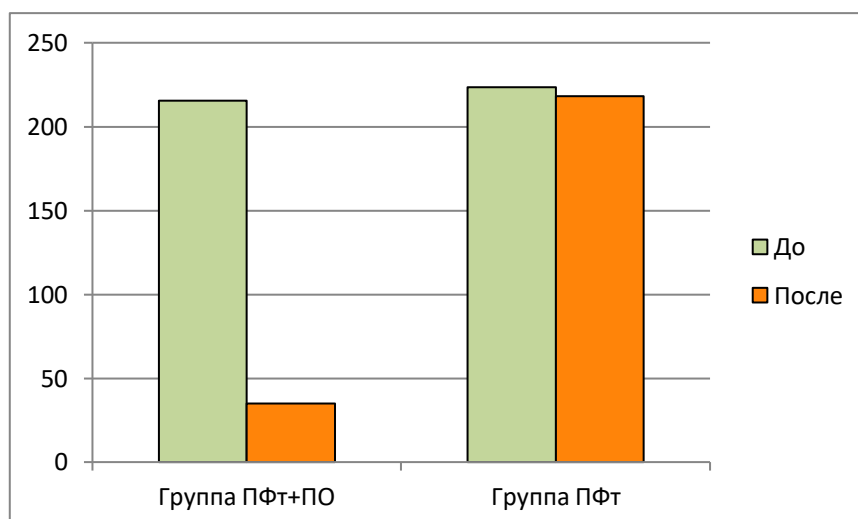


Рисунок 8.11 – Сравнительная оценка показателей шкалы самостигматизации

Дополнительным практическим подтверждением полученным результатам стали высказанные больными пожелания продолжить лечение в амбулаторных условиях после выписки из стационара.

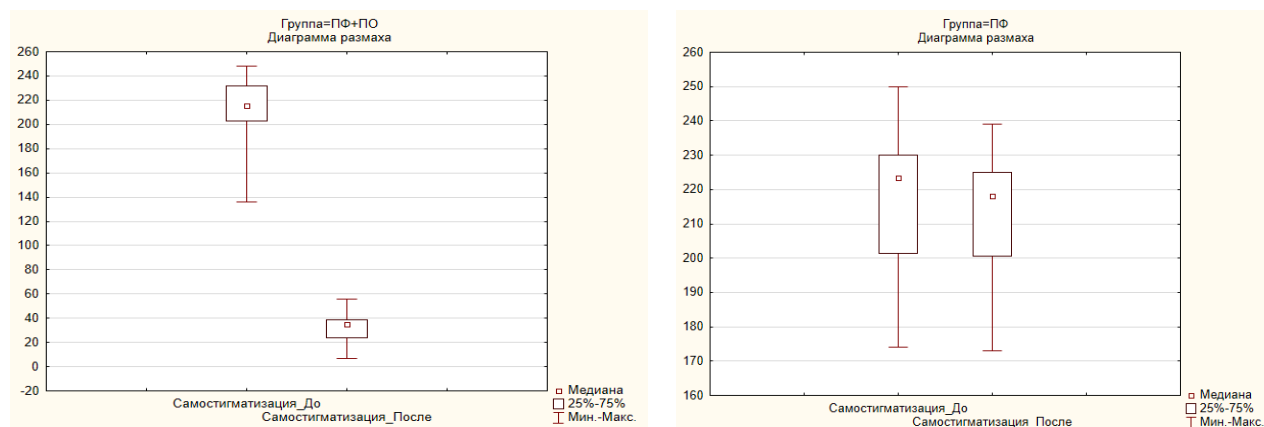


Рисунок 8.12 – Сравнительная оценка медианы самостигматизации

Таким образом, продемонстрирована эффективность применения в рутинной практике предложенной программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» для женщин, больных СР, проживающих в сельской местности, которые в течение длительного времени не обращались к врачу-психиатру.

Представлен отзыв одной из пациенток, проживающей в сельской местности из основной исследовательской группы, прошедшей курс занятий в программе «Школа соматического стресса». Цит.: « ... После занятий в «Школе стресса» узнала много нового, как-то по-другому стала на себя смотреть, попросту рассказали, что со мной, «будто просвет наступил». Врач, и в правду, как в школе на уроке объяснила, почему болит, картинки показывала, как устроена нервная система, почему я чувствую боль, что моя болезнь из-за психики. А вот домашние не слыхали про такие болезни, с психологией связанные, не понимали, думали, что я притворяюсь, придуриваюсь. Мне дали очень много внимания, отнеслись по-человечески, разъяснили, что к чему в анализах, кучу непонятных слов медицинских рассказали, а то ж я не понимала, что они там пишут? Денег – пропасть оставила в этих модных

клиниках...столько лет боялась сходить к психиатру, думала «упекут в психушку», даже сразу-то не поверила, что там такие же как я лежат, типа те же проблемы у женщин. На занятиях очень подружился с ними, вижу, что я не одна такая, болезнь не порча и не сглаз, почему в обычных больницах такое не объясняют? Большая благодарность за то, что с нами возились, спасибо от души! Очень жалко было выписываться и прощаться, до слез».

ГЛАВА IX. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Настоящее эмпирическое кросс-секционное комплексное клинико-психопатологическое и экспериментально-диагностическое исследование, выполненное на достаточном клиническом материале, было посвящено изучению особенностей соматизированного расстройства у пациенток, проживающих в сельской местности, а именно выявлению структуры клинических проявлений, особенностей динамики течения соматизированного расстройства и прогностической значимости индивидуально-психологических и социально-психологических факторов в нарушениях процессов адаптиогенеза к расстройству и поведения в отношении специалистов в области психического здоровья для обоснования практических рекомендаций по совершенствованию их диагностики и терапии.

Невротические расстройства, манифестирующие в соматической плоскости, являются значимой клинической проблемой, требующей дальнейшего более углубленного изучения (Смулевич А.Б., 2003; Wittchen H.-U., 2004; Mayou R. et al., 2005; Bradfield J.W., 2006; Sykes R., 2006). Проведенное нами более тщательное изучение их клинических проявлений и течения было направлено на сокращение отмеченного в специальной литературе разрыва между теорией и практикой (Михайлов В. А. и др., 2024; Смулевич А.Б., 2007; Васильева А.В., Караваева Т.А., 2020; Незнанов Н.Г. и др., 2023а).

В отличие от имеющихся работ, в данном исследовании впервые представлена специфичность СР у женщин, проживающих в сельской местности. Особенности индивидуально-психологических характеристик больных соматизированным расстройством – жителей города, описаны на основании отечественных и зарубежных источников. Они отличаются

комплексом взаимосвязанных характеристик: высоким уровнем алекситимии и личностной тревоги, ригидностью, общей дефицитарностью механизмов психологической защиты и совладания, а также низкой стрессоустойчивостью и дисфункциональными личностными особенностями, к которым относятся нейротизм, низкая самооценка, тенденция к сверхконтролю (Рассказова Е.И., 2013; Прибытков А.А. и др., 2016; Золотарева Л.С., Масякин А.В., 2019; Караваева Т.А., Васильева А.В., 2022; Бохан Н.А. и др., 2025; Olesen J. et al., 2012; Tomenson B. et al., 2012; Beck T. et al., 2013; Kaplan M.J., 2014; Öztürk A. et al., 2016; Peng W. et al., 2019; Thamby A. et al., 2019). Такие факторы, как соматосенсорная амплификация, рассматриваются как вероятные, но требующие дальнейшего изучения (Huber C. et al., 2010).

При этом настоящая ситуация в специальной литературе свидетельствует о слабой разработанности проблемы соматизированного расстройства у сельского населения (Демчева Н.К., Орлова Н.В., 2011; Васильева А.В., Караваева Т.А., 2020). Отсутствие отечественных литературных источников и малочисленность зарубежных исследований, посвящённых изучению проблемы СР в сельской местности, формирует высокую научную значимость настоящего исследования.

Проблема эмоционального интеллекта и формирования алекситимии имеет многолетнюю историю изучения, при его наличии соматизация становится обязательным следствием, неотъемлемой составной частью (Чутко Л.С., 2011; Холмогорова А.Б. с соавт., 2014; Погосов А.В. и др., 2017; Синеуцкая Е.О., Володин Б.Ю., 2019). Вклад алекситимии в соматизацию психических расстройств давно изучается специалистами в области психического здоровья, однако в международном профессиональном пространстве практически отсутствуют работы, посвященные изучению особенностям проявления этого феномена у жителей сельской местности (Swartz M. et al., 1989). В работе дополнительно был сделан акцент на изучение

выраженности алекситимии и эмоционального интеллекта у жительниц сельской местности с разным уровнем приемлемости психиатрической помощи.

Проанализированные индивидуально-психологические характеристики формируют специфическое отношение к болезни, выражающееся в избегании стигматизации, следствием чего являются трудности диагностики и оказания специализированной помощи. Это подтверждает описанные В.А. Ташлыковым (1984) соматоцентрированный (С ВКБ) и психоцентрированный (П ВКБ) типы ВКБ. «Соматогенная» или «психогенная» концепции заболевания у больных невротами отражаются в своеобразии нозофобного (переживания тяжести болезни) и нозофильного («условная желательность болезни») аспектов. Соматоцентрированный тип ВКБ, в свою очередь, обеспечивает избегание стигматизации.

Феномен самостигматизации представляет собой сложное структурно-динамическое образование и требует изучения его особенностей у больных СР как фактора, препятствующего своевременному получению специализированной психиатрической помощи (Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., 2017; Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., 2025; Haghghat R.A., 2001; Gilbert P., 2003). Актуальным представляется изучение самостигматизации, не только как фактора, препятствующего обращению за профильной помощью, но и как одну из индивидуальных психологических мишеней для психотерапевтического лечения (Улыбина Е.В., 2001; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., ред., 2007; Серебрянская Л.Я. и др., 2002; Антохин Е.Ю. и др., 2019; Link B.G. et al., 2001).

Основными методами исследования были клинический, клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психометрический, экспериментально-психологический и статистический.

Всего в исследовании приняло участие 892 пациента с симптомами соматизированного расстройства, в исследовательские группы вошли 284 больных СР женщины. В зависимости от уровня приемлемости профильной помощи, длительности периода до обращения к врачу-психиатру больные СР

были разделены на две группы. *Основную* составили 176 больных СР женщин. Представители этой группы до момента обращения к специалистам психиатрического профиля в течение длительного времени (от 1 года до 6 лет с момента постановки предварительного диагноза) наблюдались (проходили многочисленные обследования, получали малоэффективное лечение) у врачей-интернистов. Для больных основной группы было свойственно «избегающее врача-психиатра поведение». В *группу сравнения* вошли 108 больных женщин с диагнозом СР F45.0, которые относительно быстро обратились за помощью к врачу-психиатру – в течение нескольких месяцев (до 1 года) после постановки предварительного диагноза СР, что соответствует литературным данным об обращаемости пациентов с СР к специалистам в области психического здоровья (Попов Ю.В., Вид В.Д., 2000; Дмитриева Т. Б., ред., 1999; Uexkull von T., 1995).

В исследование не включалось городское население, т.к. нами соблюдался принцип гомогенности исследовательских групп. Изучение особенностей проявления СР у городских жителей производилось на основании данных литературных источников. Литературный обзор был построен на основании анализа 106 публикаций на данную тему: из них 120 зарубежных и 370 отечественных работ. Поиск публикаций производился в библиографических базах РИНЦ и Medline на русском и английском языке с глубиной поиска 20 лет.

Результаты изучения частотного распределения диагностических симптомов у больных СР женщин подтвердили, что среди множества полиморфных, алгических и псевдоневрологических жалоб с наибольшей частотой регистрируется группа симптомов со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. **Первое место** по частоте среди симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы занимала одышка, которая служила основой для кардиофобической интерпретации своего состояния, она встречалась у 272 чел. (95,77%). Далее следовали «сердцебиение» (265 чел. – 93,30%) и «ощущение перебоев в работе сердца» (264 чел. – 92,95%), реже всего встречались «боли в грудной клетке». Они отмечались в 230 случаях (80,99%). **На втором месте** по

частоте были выявлены симптомы со стороны дыхательной системы, у 284 больных их было 994. Нарушения дыхания проявлялись, в первую очередь, «частыми вздохами (поверхностное дыхание)», которые отмечены у 227 больных (79,93%) и «чувством нехватки воздуха», которое наблюдалось у 218 женщин (76,76%). Диспноэ (нарушения ритма дыхательных движений), которое больные сравнивали с «перебоями дыхания», выявлены у 164 пациенток (57,75%). Реже в этой группе симптомов со стороны дыхательной системы обнаруживались «ощущение неполноты вдоха» – 147 (51,76%) и «кашель» – в 135 случаях (47,54%), «межреберную боль» отметили 103 больные (32,26%). По частоте встречаемости группа желудочно-кишечных симптомов находилась **на третьем месте** после группы симптомов со стороны сердца и дыхательной системы. Наиболее часто среди желудочно-кишечных симптомов регистрировалась «тошнота». Она была у 262 больных (92,25%). Второе место по частоте в этой группе диагностических симптомов занимали «боли в животе» (223 чел. – 78,52%). Примерно с равной частотой фиксировались «непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи, которые, по мнению пациентов, «были вредными для здоровья»: «понос», «вздутие живота (повышенное газообразование)» (соответственно 138 чел. – 48,59%; 134 чел. – 47,18%; 131 чел. – 46,13%).

Следом за группами симптомов со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной системы и желудочно-кишечных симптомов шла группа псевдоневрологических расстройств (**четвертое место**). Их зарегистрировано 871, что в среднем на 1 больного составляет 3,07 симптома.

Обозначены наиболее часто встречающиеся клинические разновидности и подтипы соматизированных расстройств (Рисунок 9.1). В случаях, когда у пациентки было зафиксировано доминирование жалоб преимущественно из одной группы симптомов (желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой (кардиальная) или дыхательной), был обозначен **простой клинический подтип** соматизированного расстройства. В данном случае в жалобах пациенток

доминировали симптомы, связанные с конкретной системой организма, однако при уточняющем расспросе выявлялись и другие признаки вегетативной дисрегуляции, соответствующие диагнозу СР, однако пациентки субъективно меньше переживали из-за этих симптомов и не предъявляли их в качестве активных жалоб, эти симптомы не были причиной обращения к специалисту соматического профиля. **Сочетанный подтип** был выделен как сочетание беспокоящих пациентку соматизированных проявлений со стороны разных систем и органов, и они относятся к разным группам предложенных в диагностических систематиках жалоб.

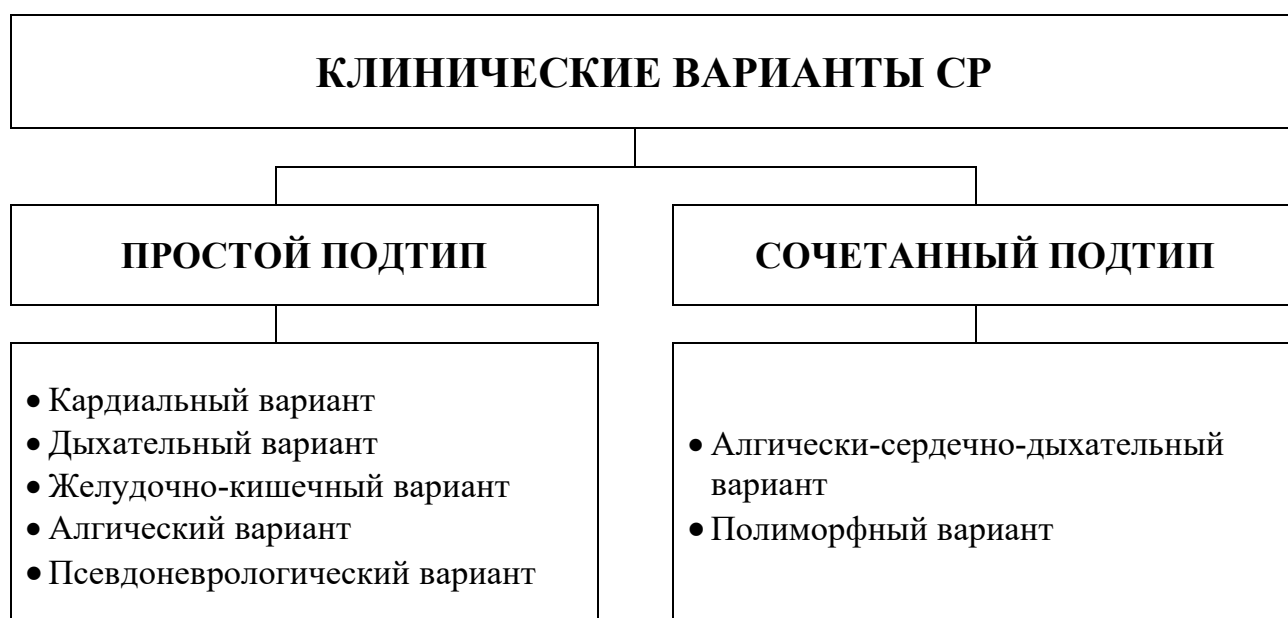


Рисунок 9.1 – Клинические варианты и подтипы соматизированного расстройства

Наиболее часто в практической работе наблюдается сочетание кардиальной, дыхательной и болевой симптоматики (**алгически-сердечно-дыхательный вариант сочетанного подтипа** – сочетаются три варианта), сочетание носит устойчивый характер, и в субъективном представлении пациенток объединено концептуальным единством тяжелого недуга. Другая динамическая комбинация кардиального, дыхательного, болевого и желудочно-кишечного вариантов, когда симптоматика может довольно сильно

варьировать это **полиморфный вариант сочетанного подтипа** – сочетаются четыре простые варианта.

В основной исследовательской группе зафиксировано преобладание сочетанных подтипов СР: кардиального, дыхательного и болевого вариантов СР (**алгически-сердечно-дыхательный вариант**) у 45 больных (59,21%); кардиального, дыхательного, алгического и желудочно-кишечного варианта (**полиморфный вариант** сочетанного подтипа) у 39 больной (22,16 %). Псевдоневрологический вариант СР простого подтипа характерен для 38 больных (21,59%), болевой – для 31 больной основной группы (17,61%). На последних 5 и 6 местах по частоте в основной исследовательской группе наблюдались простые подтипы СР – желудочно-кишечный вариант, кардиальный и дыхательный. Обратная закономерность прослеживается в группе сравнения – наиболее часто фиксируются простой подтип СР – кардиальный вариант у 41,6% больных, дыхательный у 37,96% и желудочно-кишечный вариант простого подтипа у 35,18%. Детально проведенное полуструктурированное авторское интервью выявило, что СР может видоизменяться в процессе течения.

Среди пациенток с СР, направленных из учреждений первичного звена здравоохранения на первичный прием к врачу-психиатру, на первом месте в качестве коморбидных состояний зафиксированы урогенитальная патология (21,41%), на втором заболевания ЖКТ (17,97%), далее следовала эндокринная патология (16,44%). Эндогенная психическая патология с неврозоподобной симптоматикой (Шизотипическое расстройство, F 21) с неврозоподобными шизотипическими расстройствами у женщин наблюдалась в 4,02% случаев. Эндогенная психическая патология с неврозоподобной симптоматикой в рамках непсихотической аффективной патологии среди женщин больных СР в качестве коморбидной патологии зафиксирована у 16,0%.

В нашем исследовании были выявлены различные коморбидные расстройства зрелой личности, что также согласуется с литературными

данными. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип встречался у 5,93% женщин. Ананкастное расстройство личности диагностированы у 8,99% лиц женского пола. Истерическое расстройство личности наблюдалось у 11,85% больных СР женщин.

Среди коморбидных расстройств невротического уровня у больных женщин, направленных к врачу-психиатру, на первом месте по частоте встречаемости была выявлена неврастения (25,81%), на втором – диссоциативные расстройства (18,74%), на третьем – генерализованное тревожное расстройство (14,91%). Коморбидное смешанное тревожное и депрессивное расстройство обнаружено у 72 пациенток, что составило 13,77%. На пятом и шестом местах по частоте встречаемости коморбидных состояний у женщин были соматоформная вегетативная дисфункция (8,03%) и паническое расстройство (5,92%), на последнем хроническое болевое соматоформное расстройство (3,82%).

В исследуемой выборке среди выявленных коморбидностей отсутствуют пациенты с конверсионными расстройствами, что очевидно может быть объяснено довольно ясной для специалистов вторичной выгодой, присутствующей у этих пациенток, что помогает их дифференцировать от пациенток с СР, где имеется субъективная тяжесть страдания, выраженный дистресс от симптомов с нежеланием признавать их психическую природу.

Проведенное клинико-динамическое исследование позволило выделить три типа течения СР: непрерывный (континуальный), его обнаруживали 152 больных (86,36%) основной; ундулирующий (волнообразно-резидуальный) наблюдался у 22 (12,50%) больных основной группы и у 16 (14,81%) группы сравнения; периодический (рекуррентный, неконтинуальный), который отмечен у 2 (1,14%) пациентов основной группы и у 92 (85,19%) группы сравнения (Таблица 3.5, Таблица 3.6).

При непрерывном типе течения клиническая картина характеризуется постепенным началом с нарастанием симптоматики без отчётливых периодов,

свободных от симптомов расстройства, сопровождается патохарактерологическими проявлениями и нарушением адаптационных возможностей пациенток без тенденции к восстановлению.

Ундулирующий тип течения характеризуется чередованием периодов достаточно сильно выраженной симптоматики и периодов слабо или умеренно выраженных симптомов СР. Он отличается средним адаптационным потенциалом с тенденцией к восстановлению социальной активности и трудовой деятельности.

В течение **периодического типа** отмечаются периоды, свободные от симптомов заболевания, более высокий адаптационный потенциал, а также сохранная способность к восстановлению социальной и трудовой функции, что характеризуется благоприятной прогностической оценкой.

Представлены причины несвоевременного обращения больных СР к специалистам в области психического здоровья, которые можно объединить в следующие группы: клинико-динамические, социально-психологические и индивидуально-психологические.

Клинические варианты и подтипы СР играют ведущую роль в выборе специалиста для обращения в первичное звено здравоохранения. Клинические варианты СР простого подтипа – кардиальной, дыхательной и желудочно-кишечной способствуют обращению больных к врачам терапевту, кардиологу, гастроэнтерологу. Наличие сочетанных подтипов СР определяет обращение не только к тем же специалистам первичного звена здравоохранения (терапевтам, кардиологам), но и создает нагрузку для врачей неврологов, т.е. расширяет спектр специалистов, а также способствует оттоку больных за помощью к представителям нетрадиционной медицины.

Обобщая полученные сравнительные характеристики социально-демографических показателей, был составлен среднестатистический портрет больных СР, несвоеременно обратившихся за специализированной психиатрической помощью: это женщины, проживающие в сельской

местности, имеющие среднее профессиональное образование, временное трудоустройство с низкоквалифицированными формами занятости, состоящие в разводе или вдовствующие. Им присуще формирование на протяжении этого времени «избегающее врача-психиатра поведение».

Также фактором, способствующим формированию феномена «избегающего врача-психиатра поведения», является информационное поведение в отношении имеющегося расстройства. Анализ обращений к информационным ресурсам показал, что для больных основной группы получение сведений о болезни от знакомых и сети Интернет являются предпочтительными, использование недостоверных, некомпетентных источников информации, влияет на формирование внутренней картины болезни и препятствует своевременному обращению к врачу-психиатру. Информационное поведение пациентов с СР как образ действий по поиску, сбору и использованию информации относительно имеющихся жалоб зависит от социально-демографических характеристик и влияет на формирования когнитивной составляющей модели болезни.

Представлена роль феномена самостигматизации у больных СР как фактора, препятствующего своевременному обращению за специализированной помощью и способствующего развитию «избегающего врача-психиатра поведения». Феномен самостигматизации – это динамичное образование, в процессе развития этапов соматизированного расстройства он также подвергается изменениям. Самостигматизация при СР наиболее ярко проявляется у больных, которые имели более длительный опыт непрофильного обращения и избегали приема врача-психиатра (основная группа). Они так же чаще сталкивались со стигматизирующим поведением со стороны специалистов первичной медико-санитарной сети, где, по их мнению, их считали «притворщицами, у которых нет заболевания», врачи направляли их к психиатру, но не объясняли почему, не информировали о характере имеющегося расстройства. Больные глубже переживают новую для себя роль

психически больного и испытывают ограничения в различных сферах психологического и социального функционирования по сравнению с больными, которые обратились за психиатрической помощью в относительно более короткий период. Выделены характерные проявления феномена самостигматизации: 1) отрицание психологических проблем и их связи с заболеванием; 2) чувство стыда, что в социуме их назовут «психами»; 3) чуждость мыслей о психическом заболевании; 4) тревожные опасения возможных последствий (настороженность); 5) депрессивные включения; 6) избегание темы разговора о возможном лечении у врача-психиатра; 7) «избегающее врача-психиатра поведение». Требование многочисленных лабораторно-инструментальных обследований выступает своеобразным способом совладания, прямой защитой от нежелательного лечения в психиатрических учреждениях.

Рассматриваемый феномен самостигматизации как predisпозиция, ожидание особого негативного отношения со стороны общества, попытка принять на себя роль психически больного участвует в формировании «избегающего врача-психиатра поведения». Были выявлены статистически значимые связи между выраженностью самостигматизации и длительностью «избегающего врача-психиатра поведения». Приобретаемый больными СР опыт взаимодействия с врачами-психиатрами, психотерапевтами или клиническими психологами, валидация диагноза соматизированного расстройства со стороны авторитетных специалистов, общение с другими больными может оказывать влияние на снижение проявлений самостигматизации.

Описаны специфические личностные особенности пациенток с СР, проживающих в сельской местности. Личностный профиль больных, поздно обратившихся за психиатрической помощью, достоверно значимо отличался от такового у больных соматизированным расстройством, пришедших к врачу-психиатру в течение года. В основной группе профиль характеризовался как

дисгармоничный (превышены нормативные показатели по одной шкале), «пограничный» (высоко расположенный), пикообразный однофазный (пик только по одной шкале), с выраженным отрицательным наклоном, что отражает признаки выраженной дезадаптации по невротическому типу. В личностном профиле больных, поздно обратившихся за психиатрической помощью, наблюдаются такие особенности личности, как завышенные ипохондрические, истерические и тревожные черты, склонность к преувеличению имеющихся проблем и тяжести своего состояния, что соответствует невротическому варианту дезадаптации личности.

Таким образом, личностные профили больных СР женщин из сельской местности с разными типами течения имеют сходство в невротическом варианте дезадаптации, но отличаются по параметрам уровень, рельеф и наклон, которые свидетельствуют о большем адаптационном потенциале в группе сравнения (больные СР, обратившиеся к врачу-психиатру в течение 1 года).

Так же для больных основной группы был характерен более высокий уровень личностной тревожности, что в условиях проживания в сельской местности с ограниченным доступом к квалифицированной медицинской помощи, культуральных особенностях восприятия болезни и здоровья, способствует усилению тревожной сенситивности. Вегето-соматические проявления тревожного аффекта интерпретируются как подтверждение наличия серьезного соматического заболевания, что усиливается противоречивыми интерпретациями состояния различными специалистами, многочисленными обследованиями и малоэффективным лечением в сочетании с невысоким образовательным уровнем, использованием недостоверных источников получения информации о своем здоровье. Это является одним из факторов, препятствующих своевременному обращению к врачу-психиатру.

Изучение типов личностной идентичности в группах больных СР показало, что для пациентов основной группы доминирующими являются

такие разновидности, как диффузная и предопределённая. Идентичность в данном случае будет характеризоваться отсутствием четких жизненных целей, ценностей и убеждений либо принятием всех важных решений под контролем других людей как вариант навязанной идентичности. В группе сравнения больных преобладают «мораторий» и «достигнутая позитивная идентичность». Они отражают в первом случае наличие кризиса идентичности и активные попытки выхода человека из него, во втором – наличие прочных жизненных целей и ценностей.

Были проанализированы особенности приверженности терапии у больных СР, проживающих в сельской местности. Пациентки из основной группы обнаруживали более низкий уровень комплаентности по всем показателям (общая, эмоциональная, поведенческая), кроме социальной комплаентности, что объясняется специфической (однородной) социальной средой исследовательских групп – проживающие в сельской местности. В ситуации с СР поведение больных направлено на избавление от «физических» симптомов, поиск разных способов терапии. Пациентки с низким уровнем комплаентности в большей степени демонстрировали «избегающее врача психиатра поведение».

Изучение установок на лечение у больных СР показало их разнонаправленность, были выявлены как ориентация на выздоровление, так и фиксация на болезненном состоянии. Для больных СР основной группы был выявлен феномен получения «вторичной выгоды» от болезни, что ведет к саботажу терапевтических мероприятий. Пациенты сравнительной группы имеют прогностически более благоприятные установки («достижение инсайта» и «симптоматическое улучшение»).

Методом многофакторной линейной регрессии выявлены факторы, являющиеся предикторами «избегающего врача-психиатра поведения»: подтип СР, уровни личностной тревожности, алекситимии и самостигматизации. Разработана формула для прогнозирования избегающего врача-психиатра

поведения у больных СР. Научно обоснованная прогностическая модель продолжительности «избегающего врача-психиатра поведения», в зависимости от клинических и индивидуально-психологических характеристик пациентов с СР, сможет помочь специалистам первичного звена здравоохранения своевременно выявить и направить больных к специалистам в области психического здоровья. Прогностическая модель позволит эффективно решать эти задачи при использовании полученных в исследовании результатов в ходе стандартного обследования больного, что потенциально позволит улучшить качество оказываемой медицинской помощи, не требуя специализированных исследований и использования дополнительных кадровых ресурсов.

Проведение корреляционного регрессионного анализа параметров отношения к болезни, установок на лечение, уровня самостигматизации, мотивации по отношению к расстройству и лечению на основании анализа регрессивных связей позволило выделить следующие модели отношения к болезни: «модель отрицания», «модель фиксации», «модели игнорирования», подтвержденные наличием регрессивных связей и модель «сомнительной выгоды», обоснованная наличием положительной линейной корреляционной связи. Выделенные модели могут использоваться в качестве симптоматических мишеней для психотерапевтических интервенций.

«Модель отрицания» характеризуется высоким уровнем самостигматизации и низким уровнем осознания болезни (получена отрицательная регрессия, коэффициент регрессии $\rho = -0,0193$): длительное не обращение за помощью к врачу-психиатру сопряжено с нежеланием разбираться с проявлениями своего заболевания, понимать механизмы расстройства, анализировать свое поведение, принятием и отстаиванием ошибочных умозаключений в отношении болезни.

Для **«модели фиксации»** свойственны сильная отрицательная линейная связь между высоким уровнем самостигматизации и низким

«симптоматическим улучшением»: отсутствие желания избавиться от физических симптомов, самостоятельно справляться с заболеванием.

«Модель игнорирования» подтверждается наличием сильной отрицательной линейной связи – чем выше уровень самостигматизации, тем ниже «иная мотивация»: многочисленные безрезультатные обследования, малоэффективное лечение препятствовали желанию больных узнать причины своего недомогания, разобраться в существующих способах лечения.

«Модель сомнительной выгоды» характеризуется сильной положительной линейной связью – чем выше уровень самостигматизации, тем выше уровень мотивации «вторичный выигрыш»: имеющиеся симптомы позволяют им временно отвлечься от решения насущных проблем, бытовых сложностей в связи с пребыванием в медицинском учреждении. Данная модель является наиболее неблагоприятной, определяющей использование симптоматики для поддержания интрапсихического и межличностного гомеостаза.

При сопоставлении полученных в ходе исследования результатов с литературными данными об особенностях соматизированного расстройства у городского населения были выявлены следующие особенности. У городских жителей с СР наблюдается клинически менее гетерогенная картина с меньшим количеством соматических симптомов, тенденция к моносистемности расстройства и более узкий спектр коморбидных состояний, преимущественно в виде соматической репрезентации аффективных и тревожных расстройств (Погосов А.В., Богушевская Ю.В., 2008). В противоположность этому, в положениях о сельском населении постулируется высокая клиническая гетерогенность, высокий уровень сочетаемости с другими психическими расстройствами и преобладание телесного дистресса.

В отношении индивидуально-психологических характеристик, литературные данные о городском населении убедительно демонстрируют наличие высокого уровня личностной тревожности (Цыганков Б.Д., Куличенко

А.Д., 2016), высокого уровня алекситимии (Kaplan M.J., 2014; Thamby A. et al., 2019) и дефицита эмоционального интеллекта как фактора уязвимости (Яковлева Е.Л., 1997; P. Salovey, J. D. Mayer, 1990; Mayer J.D., Salovey P., D. R. Caruso, 2004), что нашло отражение и в настоящем исследовании. В диссертации, основанной на материале исследования жителей сельской местности, продемонстрирована сходная с городским населением особенность: для городских жителей свойственна ригидность когнитивных процессов, проявляющаяся в катастрофизации и убежденности в наличии физического неблагополучия (Навасардян Е.В., Артемьева М.С., Сулейманов Р.А., 2016).

Полученные в ходе исследования результаты в отношении феномена самостигматизации соотносятся с литературными данными у городских жителей – больные с невротическими расстройствами скрывают факты обращения к психиатру или избегают его на протяжении длительного времени (Скрипка Е.Ю., 2012; Hessel A. et al., 2003; Morales D.A. et al., 2020).

Для подготовки программы «Школа соматического стресса» были проанализированы индивидуально-психологические особенности соматизации, эмоционального интеллекта и алекситимии.

Были выделены особенности эмоционального интеллекта больных СР. Так, больные из основной группы имели более высокие показатели алекситимии, что характеризовало низкую способность к интерпретации чувств в сознании и словесному их выражению (алекситимия) и разграничению между сомато-вегетативными проявлениями эмоций и физическими ощущениями. Указанные проявления могут быть причиной нарушения процесса переработки соматосенсорной информации, предполагающей «десоматизацию» сомато-вегетативного компонента аффективных переживаний и формирование целостного опыта и обозначения эмоционального состояния, что создает условия для формирования СР.

При исследовании эмоционального интеллекта было выявлено, что пациенты с СР из основной группы характеризовались более низким уровнем

эмоционального интеллекта и его компонентов в сравнении с представителями группы сравнения. Низкие показатели по шкалам эмоционального интеллекта отражают слабую способность понимать отношения личности, отражающиеся в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия этих решений. Таким лицам не всегда удастся точно обозначать, дифференцировать, наблюдать как изменения своих эмоций, так и их проявления у окружающих. Им трудно управлять своими чувствами, совладать с нежелательным напряжением, чтобы продуктивно осуществлять деятельность. Длительно сохраняющееся психоэмоциональное напряжение способствует развитию сомато-вегетативных нарушений, препятствует гармоничному развитию и созданию эффективных отношений с окружающими. У пациентов основной группы трудности эмоциональной регуляции из-за сниженных интроспективных способностей приводят к проблемам в межличностных отношениях, им так же трудно изменить эмоциональный фон других людей. Со временем это приводит к нарушению взаимоотношений с ближайшим окружением, как одной из составляющих социальной адаптации.

Установлено, что пациентки с СР, проживающие в сельской местности, имеют гетерогенный показатели эмоционального интегративного интеллекта и алекситимии. У больных СР основной группы алекситимия более выражена, чем у сравнительной. Выявлены значимые различия показателей интегративного эмоционального интеллекта: среди больных, поздно обратившихся за психиатрической помощью, преобладают лица с его низким уровнем. Таким образом, можно говорить о том, что контекст проживания в сельской местности не определяет высокий уровень алекситимии и низкий уровень эмоционального интеллекта.

Посредством корреляционного анализа выявлена связь между уровнем алекситимии и эмоциональным интеллектом и фиксацией на роли соматического больного при СР у жительниц сельской местности. Продемонстрирована обратно пропорциональная связь между алекситимией и

эмоциональным интеллектом: при повышении уровня алекситимии отмечаются более низкие показатели эмоционального интеллекта. Снижение уровня алекситимии сопряжено с более высокими показателями эмоционального интеллекта.

Для совершенствования помощи этой труднокурабельной группе больных, проживающих в сельской местности, была разработана Программа рациональной психотерапии с модулем психообразования с дестигматизирующим названием «Школа соматического стресса». На основании полученных на предыдущих этапах исследования данных при изучении клинико-anamnestических, индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик пациенток с СР, проживающих в сельской местности, были выделены мишени и сформулированы задачи настоящей программы.

Целью рациональной психотерапии с модулем психообразования было формирование адекватных представлений о болезни, коррекция искажений телесного опыта и внутренней картины болезни, снижение уровня самостигматизации, информирование о возможностях психотерапевтического лечения и формирование мотивации на долгосрочную психотерапию после выписки из стационара. В программе в качестве симптоматических мишеней были выделены уровень дистресса, депрессии, тревоги и соматизации; в качестве когнитивных – уровень знаний о болезни; в качестве личностных – уровень самостигматизации.

Итоги проведения продемонстрировали эффективность применения в рутинной практике предложенной программы рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» для женщин, больных СР, проживающих в сельской местности, которые в течение длительного времени не обращались на прием к врачу-психиатру. Сравнительная оценка при включении больных в программу и по ее завершению продемонстрировала статистически значимую положительную

динамику по всем субшкалам 4-х мерного опросника 4ДДТС для основных симптоматических проявлений СР (дистресс, депрессия, тревога и соматизация). Было показано, что по уровню знаний о болезни статистически значимые изменения произошли у пациенток, которые кроме психофармакотерапии участвовали в «Школе соматического стресса». Проведение рациональной психотерапии с модулем психообразования позволило существенно снизить уровень самостигматизации. Специальные занятия, направленные на борьбу со стигмой психических расстройств, способствовали формированию адекватных представлений о СР как непсихотическом психическом заболевании и отношению к психиатрической службе.

Представления о социальных и культуральных психологических особенностях больных помогут специалистам из крупных медицинских центров оказывать персонализированную помощь пациентам из сельской местности в рамках телемедицинских консультаций. Полученные результаты об индивидуально-психологических и социально-психологических характеристиках этих пациенток станут основой для построения эффективного культурально-сенситивного терапевтического альянса между врачом и пациентом с различным социально-средовым опытом, будут способствовать оптимизации оказания помощи по профилю «психиатрия».

ВЫВОДЫ

1. СР у женщин, проживающих в сельской местности, отличается клинической гетерогенностью, отсутствием моносистемной локализации невротических симптомов, существуют различные варианты течения СР. Методом группового учета аргументов (МГУА) установлено, что сочетанные клинические подтипы СР усложняются наличием симптомов разных клинических вариантов (сочетание алгическо-сердечно-дыхательного и полиморфного варианта сочетанного подтипа) и сопровождаются увеличением количества прямых и обратных корреляций показателей дистресс-депрессия, дистресс-тревога и депрессия-тревога, а также выраженностью силы этих связей.

1.1. С учетом устойчиво доминирующих в клинической картине сомато-вегетативных нарушений можно выделить следующие клинические варианты: кардиальный, дыхательный, желудочно-кишечный, алгический и псевдоневрологический. Пациентки с СР отличаются выраженными проявлениями тревоги за свое здоровье, персистирующими убеждениями о тяжести своего состояния и считают неприемлемым обращение к специалистам в области психического здоровья.

1.2. В зависимости от устойчивого сочетания симптомов можно выделить 2 клинических подтипа: простой (доминирование одной группы симптомов) и сочетанный (наличие соматизированных проявлений со стороны разных систем и органов).

1.3. На основании клинико-анамнестических данных и динамического наблюдения было выделено три типа течения СР: непрерывный, ундулирующий и периодический.

При непрерывном типе течения клиническая картина характеризуется

постепенным началом с нарастанием симптоматики без отчётливых периодов, свободных от симптомов расстройства, сопровождается патохарактерологическими проявлениями и нарушением адаптационных возможностей пациенток без тенденции к восстановлению.

Ундулирующий тип течения характеризуется чередованием периодов достаточно сильно выраженной симптоматики и периодов слабо или умеренно выраженных симптомов СР. Он отличается средним адаптационным потенциалом с тенденцией к восстановлению социальной активности и трудовой деятельности.

В течении периодического типа отмечаются периоды свободные от симптомов заболевания, более высокий адаптационный потенциал, а также сохранная способность к восстановлению социальной и трудовой функции, что характеризуется благоприятной прогностической оценкой.

2. Пациенты с СР нуждаются в тщательной дифференциальной диагностике, в системе которой целесообразно использование активного междисциплинарного взаимодействия специалистов: с проведением психодиагностики для позитивной диагностики СР и маршрутизации пациентов для негативной диагностики СР. Установлено одновременное сосуществование соматического заболевания и СР. Среди коморбидных расстройств невротического уровня у женщин с СР наиболее часто встречаются следующие: неврастения (25,81%), диссоциативные расстройства (18,74%), генерализованное тревожное расстройство (14,91%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (13,77%); к числу наиболее часто встречающихся коморбидных соматических заболеваний относятся гинекологическая (21,41%), желудочно-кишечная (17,97%) и эндокринная (16,44%) патология.

3. Комплексный психодиагностический анализ индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик позволил описать особенности пациенток с СР, проживающих в сельской местности, были выявлены гетерогенные показатели эмоционального интегративного

интеллекта и алекситимии с преобладанием значимо более высокого уровня алекситимии и более низкого уровня интегративного эмоционального интеллекта в группе поздно обратившихся за профильной помощью. Продemonстрирована обратно пропорциональная связь между алекситимией и эмоциональным интеллектом. Выраженность алекситимии и уровень эмоционального интеллекта, а также особенности личностного профиля и незрелых вариантов идентичности способствуют фиксации на роли соматической больной способствующие манифестации невротических расстройств в соматической плоскости. Данные характеристики целесообразно использовать в качестве специфичных мишеней для формирования психотерапевтического контакта и работы с личностью.

4. На основании результатов корреляционно-регрессионного анализа параметров отношения к болезни, установок на лечение, уровня самостигматизации, мотивации по отношению к расстройству и лечению были выделены следующие модели отношения к болезни: «отрицания», «фиксации», «игнорирования» и «сомнительной выгоды». Выделенные модели могут использоваться в качестве симптоматических мишеней для психотерапевтических интервенций. Инверсия эмоционально-сенсорного компонента СР, интерпретация беспокойства о здоровье как следствие наличия тяжелого физического заболевания, ориентация в эмоционально-волевой и социальной сфере на роль соматической больной определяет низкий уровень общей комплаентности и отказ от лечения на начальных этапах терапии, что целесообразно учитывать в системе психотерапевтической помощи.

5. Сравнительный анализ клинических и индивидуально-психологических характеристик женщин с СР показал разный уровень готовности обращаться к специалистам в области психического здоровья.

5.1. У женщин с СР из сельской местности, с поздним обращением к специалистам в области психического здоровья, клиническая картина характеризуется выраженным полиморфизмом с преобладанием

полиалгического варианта (59.21%+22.16%) в сочетании с другими вегето-соматическими нарушениями, наиболее часто алгически-сердечно-дыхательными (59.21%) и желудочно-кишечными (22.16%).

5.2. Сочетанные формы СР, характеризующиеся присутствием алгических и псевдоневрологических симптомов, сопряжены с поздним обращением за профильной помощью. Простые формы СР, относящиеся к более благоприятным клиническим подтипам, ассоциированы со своевременным обращением за профильной помощью.

5.3. Пациентки с СР, считающие для себя неприемлемой психиатрическую помощь, имеют статистически значимые различия по показателям общей, поведенческой и эмоциональной комплаентности, по сравнению с представителями группы, обратившихся своевременно, которые стабильны в стремлении справиться с болезнью, склонны к точному соблюдению врачебных рекомендаций.

6. Разработана модель прогнозирования длительности избегания обращения к специалистам в области психического здоровья у пациентов с СР, проживающих в сельской местности. Она включает следующие предикторы: клинический подтип соматизированного расстройства, уровень личностной тревожности, алекситимии и самостигматизации. Полученные результаты целесообразно использовать в первичном звене здравоохранения.

7. На основе комплексного клинического и психодиагностического анализа разработана и апробирована мишенецентрированная психотерапевтическая программа «Школа соматического стресса» для женщин с СР, проживающих в сельской местности. Её эффективность подтверждена статистически значимыми изменениями как в выраженности основных симптоматических проявлений СР – тревоги, соматизации, депрессии и дистресса, так и в снижении уровня самостигматизации и повышении понимания характера своего расстройства.

8. Система «раннего выявления и маршрутизации» пациенток с СР

должна быть мультидисциплинарной с привлечением клинических психологов для проведения предложенной в исследовании психодиагностики, как значимой составляющей позитивной диагностики СР, и специалистов соматического профиля для проведения преобладающей негативной диагностики СР и выявления коморбидной патологии. Система раннего выявления больных СР с негативным отношением к профильной помощи с активным вовлечением междисциплинарных бригад, кабинетов медико-психологического консультирования необходима для построения персонализированной траектории маршрутизации больных и своевременного оказания профильной помощи, снижения экономического бремени СР. Использование мишенецентрированной программы «Школа соматического стресса» дает возможность одновременно повысить приемлемость профильной помощи и достичь терапевтического эффекта.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В клиническую практику рекомендуется включить комплексную диагностику, направленную на своевременное выявление соматизированного расстройства в первичном звене здравоохранения, для чего должны использоваться принципы позитивной и негативной диагностики, а также дополнительное психодиагностическое обследование для выявления индивидуально-психологических характеристик, способствующих манифестации тревожных расстройств в соматической плоскости.

2. С учетом выявленных в исследовании особенностей клинических проявлений СР у пациенток, избегающих обращения в психиатрические учреждения, при наличии выраженного полиморфизма симптоматики с преобладанием полиалгий или их сочетания сердечно-дыхательными жалобами целесообразно направлять пациенток в кабинеты медико-психологической помощи или психотерапевтические центры.

3. Необходимо повысить информированность специалистов о типичных проявлениях СР, для чего целесообразно использовать представленные в работе описания основных клинических подтипов и вариантов СР. Данный материал как для психиатров и психотерапевтов, так и для врачей-интернистов, составления клинических задач, а также использоваться для симуляционного обучения и тренинга коммуникативных навыков специалистов для преодоления избегающего врача-психиатра поведения пациенток.

4. Целесообразно раннее выявление групп риска пациенток с СР с негативным отношением к психиатрической помощи, для чего может применяться построенное в работе уравнение для прогнозирования длительности избегания обращения к психиатрам. Для повышения

приемлемости необходимого лечения следует использовать дестигматизированные формы помощи, такие как психотерапевтические кабинеты и центры.

5. Разработанное в диссертационной работе уравнение для прогнозирования длительности избегания обращения к психиатрам у пациенток с СР, проживающих в сельской местности, может использоваться в качестве электронного скринингового калькулятора при проведении телемедицинских консультаций и определять выделение труднокурабельных пациенток для направления на лечение в национальные медицинские центры.

6. Принимая во внимание длительную стигматизацию истерических нарушений, что отразилось на отношении к соматизированному расстройству как в обществе в целом, так и в профессиональной среде, значимым является проведение дестигматизационных программ, направленных на снижение стигматизации и самостигматизации пациенток с СР.

7. Полученные результаты могут быть использованы при оказании помощи пациенткам с СР, проживающим в сельской местности, выявленные клинические и индивидуально-психологические особенности следует учитывать для оказания персонализированной медицинской помощи не только специалистам, работающим непосредственно в сельской местности, но и профессионалам крупных федеральных национальных медицинских центров и ведущих учреждений как непосредственно при работе с данным контингентом, так и при проведении телемедицинских консультаций.

8. Разработанная и апробированная программа рациональной психотерапии с модулем психообразования «Школа соматического стресса» для лечения пациенток с СР, проживающих в сельской местности, может быть рекомендована для широкого использования в лечении данного контингента больных и дальнейшего включения в клинические рекомендации по данной нозологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Соматизированное расстройство является комплексным многоуровневыми психопатологическими образованиями, которое представляет сложности для диагностики и своевременного выявления в первичном звене здравоохранения, его механизмы гетерогенны и не до конца изучены. Очевидна недостаточность исследовательского внимания к различным клинико-психологическим, культуральным аспектам соматизированного расстройства у жителей сельской местности. Появление дефиниции СР связано с попыткой избежать стигматизации этих пациентов, однако анализ изученной литературы выявил, что ни стигматизация, ни самостигматизация у пациентов с СР не изучались. Пациенты, проживающие в сельской местности, оказались вне фокуса внимания специалистов. Анализ литературы выявил с одной стороны наличие весомой доказательной базы эффективности психотерапии в лечении непсихотических психических расстройств, с другой стороны отсутствие компактных легко реализуемых психотерапевтических программ для пациентов с СР, которые могли бы использоваться в сельской местности и быть понятным как специалистам, так и пациентам.

На основании анализа литературных источников, можно утверждать, что это первая в нашей стране работа, посвященная описанию специфики СР у жителей сельской местности, результаты которой могут иметь важное практическое значение для улучшения персонализированного культурально-сенситивного подхода в оказании профильной помощи этой категории пациентов.

Выявленная специфика механизмов синергической реорганизации психоэмоциональных корреляций (дистресса, депрессии, тревоги и

соматизации), в зависимости от клинических подтипов соматизированного расстройства у женщин, проживающих в сельской местности, должна учитываться при выборе терапевтических подходов, в зависимости от принадлежности к клиническому кластеру. Это может помочь персонализированному подходу к лечению пациентов с СР, а именно, определению соотношения психофармакотерапии и психотерапии, выбору симптоматических мишеней психотерапии, назначению препаратов с более выраженным противотревожным, антидепрессивным или вегетостабилизирующим действием.

Анализ социальных и психологических характеристик пациенток с СР, проживающих в сельской местности, позволил обозначить ряд характерных особенностей: стиль воспитания и своеобразный уклад жизни в родительской семье, отношение к образованию, получению профессии, самообеспечению, социальной занятости, специфические особенности личности, рассогласованность ценностей и интересов и др.), которые во многом являются предпосылками для формирования нарушений (несамостоятельность суждений, внушаемость, эмоциональная незрелость, аффективная лабильность, легкая возбудимость, впечатлительность), определяют их течение и должны учитываться при разработке индивидуального плана лечения.

Выделенные в исследовании специфические характеристики «сложного пациента» могут помочь специалистам первичной медико-санитарной помощи грамотно распределить ресурсы здравоохранения, более эффективно построить диалог с этими больными, своевременно привлечь к работе клинических психологов, четко поставить перед ними задачи.

В предложенную систему «раннего выявления и маршрутизации» женщин с СР, проживающих в сельской местности, необходимо интегрировать клинических психологов для проведения психодиагностики и специалистов соматического профиля – мультидисциплинарный подход, который позволит

обеспечить негативную диагностику СР и дифференцировать коморбидную патологию.

Полученные в исследовании результаты могут быть использованы в симуляционном обучении, программах повышения квалификации специалистов в области психического здоровья и врачей соматического профиля для преодоления неосознаваемой стигматизации психических больных с непсихотическими расстройствами. На основании полученных данных о среднестатистическом портрете пациентки с СР, а также основных клинических вариантах и типах течения могут быть разработаны типичные модельные клинические случаи для целенаправленной отработки коммуникативных навыков специалиста с целью повышения приверженности рекомендациям и построения терапевтического альянса.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

4 ДДТС, 4DSQ – четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации.

ВАК – Высшая аттестационная комиссия.

ВКЗ – внутренняя картина здоровья.

ВКБ – внутренняя картина болезни.

С ВКБ – соматоцентрический тип внутренней картины болезни.

П ВКБ – психоцентрический тип внутренней картины болезни.

ВОЗ (WHO) – Всемирная организация здравоохранения.

ДР – депрессивные расстройства.

ИРК – индивидуальная регистрационная карта.

МИЛИ – методика исследования личностной идентичности.

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра.

ОБУЗ – областное бюджетное учреждение здравоохранения.

ОкБ – отношение к болезни.

ОМС – обязательное медицинское страхование.

РИНЦ – Российский индекс научного цитирования.

РФ – Российская Федерация.

СКО (SD) – среднее квадратичное отклонение.

СМИЛ, ММИЛ, ММРІ – стандартизированный многофакторный метод исследования личности.

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

СР – соматизированное расстройство.

СФР – соматоформные расстройства.

соавт. – соавторы.

ТМК - телемедицинские консультации.

ТЦА – трициклические антидепрессанты.

ФГБОУ ВО – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования.

ЦФО – Центральный федеральный округ.

DSM (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-V) – диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам.

et al. – и другие.

F – раздел «Психические расстройства и расстройства поведения» в международной классификации болезней 10-го пересмотра.

MINI – международное нейropsychиатрическое интервью.

Me – медиана.

n (number) – количество пациентов.

p – уровень достоверности.

r – коэффициент корреляции.

SCID-II (Structured Clinical Interview for Personality Disorders) – структурированное клиническое интервью для оценки профиля расстройств личности, разработанное для DSM-IV.

Q1 – нижний квартиль (25 проценти́ль).

Q3 – верхний квартиль (75 проценти́ль).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, В. А. Феномен самостигматизации (личной стигмы, само-стигмы) как психосоциальная проблема / В. А. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. – № 1(35). – С. 63–70.
2. Абриталин, Е. Ю. Антидепрессанты в психиатрической практике / Е. Ю. Абриталин, И. Ю. Хабаров // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2024. – Т. 124, № 6. – С.126–132. DOI: 10.17116/jnevro2024124061126
3. Аведисова, А. С. Проблемы клинической оценки переносимости терапии психотропными препаратами / А. С. Аведисова, Р. В. Ахапкин // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2005. – Т. 7, № 1. – С. 54–56.
4. Аведисова, А. С. Проблема множественной соматической и/или психической патологии / А. С. Аведисова, М. О. Жабин, Р. Г. Акжигитов, А. А. Гудкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 5. – С. 5–13. DOI: 10.17116/jnevro2018118515
5. Аведисова, А. С. Пограничные психические расстройства в практике психиатров и неврологов (результаты фокусированного группового интервью) / А. С. Аведисова, К. В. Захарова, Д. В. Ястребов [и др.] // Психическое здоровье. – 2016. – Т.14, № 3. – С. 31–37.
6. Аведисова, А. С. Преодоление нонкомплайентности при терапии хронических психических заболеваний / А. С. Аведисова // Фарматека. – 2013. – Т. 20, № 3s. – С. 25–30.
7. Аведисова, А. С. Распространенность тревожного расстройства сепарации у взрослых амбулаторных пациентов с психическими расстройствами непсихотического уровня / А. С. Аведисова, И. А. Аркуша, Р.

Г. Акжигитов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 6. – С. 92–98. DOI: 10.17116/jnevro202012006192

8. Автономов, Д. А. Стигматизация, испытываемая стигма и самостигматизация. Кляйнианский подход к пониманию проблемы / Д. А. Автономов, М. А. Михайлов // Психическое здоровье. – 2017. – № 9. – С. 54–60.

9. Александровский Ю. А. Психиатрическая помощь в общемедицинской практике / Ю. А. Александровский, Л. В. Ромасенко, Н. Н. Петрова // Психиатрия : Национальное руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – Гл. 7: Оказание психиатрической помощи в России, разд. 7.1.9. – С. 102–128.

10. Александровский, Ю. А. Организация психиатрической помощи больным с пограничными психическими расстройствами / Ю. А. Александровский // Психиатрия : Национальное руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – Гл. 7: Оказание психиатрической помощи в России, разд. 7.1.6. – С. 84–88.

11. Александровский, Ю. А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – Москва : Медицина, 2001. – С. 177–193.

12. Андрющенко, А. В. Организация психиатрической помощи в учреждениях общесоматической сети в рамках интегративной медицины / А. В. Андрющенко // Психическое здоровье. – 2011. – Т. 9, № 1(56). – С. 31–41.

13. Антохин, Е. Ю. Диссоциированная постприступная депрессия при первом эпизоде шизофрении: исследование самостигматизации / Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза, Е. М. Крюкова, Р. И. Палаева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29, № 1. – С. 17–23.

14. Антохин, Е. Ю. Индивидуально-психологические характеристики и особенности совладания с заболеванием у пациентов с первым психотическим эпизодом и постпсихотической депрессией как мишени для психосоциальных интервенций / Е. Ю. Антохин, А. В. Васильева, Т. А. Болдырева, Р. И. Антохина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2024. – Т. 58, № 1. – С. 78–90. DOI: 10.31363/2313-7053-2024-775

15. Антохин, Е. Ю. Копинг-структура у больных с постпсихотической депрессией, перенесших первый эпизод шизофрении / Е. Ю. Антохин // Психическое здоровье. – 2022. – Т. 17, № 12. – С. 32–43.

16. [Артеменко, М. В.] Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2007611654, Российская Федерация. Мультипликативная аппроксимация методом группового учета аргументов: № 2007611654: заявлено 25.04.2007 / М.В. Артеменко, А.Н. Оболенский.

17. Артемьева, М. С. Сравнительное исследование тревоги, депрессии и комплаентности пациентов с соматоформными расстройствами до и после лечения / М. С. Артемьева, Е. В. Навасардян // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2021. – № 11. – С. 833–840.

18. Аттаева, Л. Ж. Урбанизация, экологические, информационные и социокультуральные особенности современности, как патопластические факторы психических расстройств [Электронное издание] / Л. Ж. Аттаева, И. В. Макаров // Психическое здоровье в меняющемся мире : Сборник тезисов Всероссийского конгресса с международным участием, Санкт-Петербург, 23–24 мая 2024 г. / под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – Санкт-Петербург: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2024. – С. 69–70.

19. Ахапкин, Р. В. Принципы доказательной медицины в психиатрии / Р. В. Ахапкин // Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – Москва : Литтерра, 2014. – Разд. 1, гл. 3. – С. 79–98.

20. Баврина, А. П. Современные правила применения корреляционного анализа / А. П. Баврина, И. Б. Борисов // Медицинский альманах. – 2021. – № 3(68). – С. 70–79. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-pravila-primeneniya-korrelyatsionnogo-analiza> (дата обращения: 25.04.2022).

21. Барденштейн, Л. М. Современный образовательный процесс подготовки врача-психиатра / Л. М. Барденштейн, З. И. Кекелидзе, Е. В. Макушкин [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 5. – С. 4–11.

22. Башмакова, О. В. Роль архетипических представлений в формировании стигматизации психически больных / О. В. Башмаков, Д. Г. Семенихин // Сборники конференций НИЦ «Социосфера» (Казань). – 2014. – № 13. – С. 110–112.

23. Безчастный, К. В. Особенности приспособительного реагирования сотрудников МВД как отражение личности в условиях заболевания соматизированным расстройством / К. В. Бесчастный // Психическое здоровье. – 2021. – № 1. – С. 22–28.

24. Белокрылов, И. В. Ипохондрические убеждения и поведение пациентов с соматоформными расстройствами: связь с соматическими жалобами и объективной оценкой благополучия / И. В. Белокрылов, С. В. Семиков, А. Ш. Тхостов, Е. И. Рассказова // Психиатрия. – 2021. – Т. 19, № 3. – С. 58–67. DOI: 10.30629/2618-6667-2021-19-3-58-67

25. Бобров, А. Е. Персонализированная психиатрическая помощь и психотерапия / А. Е. Бобров // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 1. – С. 49–56.

26. Богушевская, Ю. В. Клинико-динамические и личностные особенности больных соматизированными расстройствами / Ю.В. Богушевская, А.О. Николаевская // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 31–36.

27. Богушевская, Ю. В. Клинические и терапевтические аспекты соматизированных психических расстройств / Ю. В. Богушевская // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 2. – С. 60–63.
28. Богушевская, Ю. В. Эффективность программы дестигматизации при соматизированных расстройствах / Ю. В. Богушевская, А. В. Погосов // Доктор.Ру. – 2022. – Т. 21, № 4. – С. 79–84. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-4-79-84
29. Бохан, Н. А. Истерические расстройства у женщин климактерического возраста / Н. А. Бохан, Е. В. Лукьянова, В. Ф. Лебедева / НИИ психического здоровья. – Томск : Иван Федоров, 2016. – 189 с. ISBN 978-5-91701-112-7.
30. Бохан, Н. А. Этнотерриториальные соотношения при пограничных состояниях (клинико-статистический аспект) / Н. А. Бохан, И. А. Артемьев, О. Э. Перчаткина, М. М. Аксенов // Психическое здоровье. – 2025. – Т. 20, № 3. – С. 3–14. – DOI 10.25557/2074-014X.2025.03.3-14
31. Брель, Е. Ю. Проблема изучения алекситимии в психологических исследованиях / Е. Ю. Брель // Вестник КемГУ. – 2012. – № 3 (51). – С. 173–176.
32. Бутома, Б. Г. Эффективность телесно-ориентированных методов психотерапии в персонализированном лечении пациентов с аутохтонными психическими расстройствами / Б. Г. Бутома, А. П. Коцюбинский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология (Минск). – 2021. – Т. 12, № 4. – С. 727–736.
33. Быченко, И. В. Характерологические особенности личности, влияющие на развитие соматоформных расстройств / И. В. Быченко // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход (с использованием дистанционных технологий) : Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Курск, 02–03

декабря 2021 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2021. – С. 21–29.

34. Васильев, В. В. Современные исследования личностно-психологических особенностей больных соматоформными расстройствами / В. В. Васильев, А. И. Мухаметова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2024. – Т. 58, № 1. – С. 30–46. DOI: 10.31363/2313-7053-2024-746

35. Васильева, А. В. Кабанов — система реабилитации как парадигмальная основа психиатрии 21 века, к 100-летию со дня рождения / А. В. Васильева, // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2026. – Т. 60, № 1. – С. 122–124. DOI: 10.31363/2313-7053-2026-1-1265

36. Васильева, А. В. Мотивация и качество жизни при невротических и личностных расстройствах / А. В. Васильева, В. В. Бочаров, Д. М. Сарайкин // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2012. – № 8. – С. 8–24.

37. Васильева, А. В. Проблемы женского психического здоровья – междисциплинарный ракурс / А. В. Васильева // Российский медицинский журнал. – 2018. – Т. 2, № 10: Мать и дитя. – С. 51–56.

38. Васильева, А. В. Прогностическая оценка «избегающего врача-психиатра поведения» у больных соматизированными расстройствами, обратившихся в учреждения первичной медико-санитарной помощи. / А. В. Васильева, Ю. В. Богушевская, А. И. Ивченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2024. – Т. 58, № 4-1. – С. 61–72. DOI: 10.31363/2313-7053-2024-958

39. Васильева, А. В. Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе / А. В. Васильева, Т. А. Караваева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2020. – № 2. – С. 95–104. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-2-95-104

40. Васильева, А. В. Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Е. Б. Мизинова [и др.] // Экология человека. – 2019. – Т. 26, № 12. – С. 32–39. DOI:10.33396/1728-0869-2019-12-32-39

41. Васильева, А. В. Типология психотерапевтических целей и изменения состояния пациентов с невротическими расстройствами в поле личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, С. В. Ляшковская // Архивы психиатрии и психотерапии. – 2017. – Т. 19, № 4. – С. 22–31.

42. Васильева, А. В. Трансдиагностический потенциал личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: в фокусе коморбидные депрессивные и тревожные расстройства. К 95-летию Б.Д. Карвасарского / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Д. С. Радионов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2026. – Т. 60, № 1. – С. 8–21. DOI: 10.31363/2313-7053-2026-1-1185

43. Вельтищев, Д. Ю. Хроническая боль: некоторые аспекты психопатологии и патогенеза / Д. Ю. Вельтищев // Психические расстройства в общей медицине. – 2016. – № 4. – С. 19–22.

44. Волель, Б. А. Инволюционная истерия: аспекты клиники, психосоматические корреляции, терапия / Б. А. Волель // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 50–54.

45. Волель, Б. А. Актуальные проблемы психокardiологии / Б. А. Волель // Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества: Материалы научно-практической конференции, Москва, 29 октября 2018 г. – М.: ООО "Изд. дом КДУ", 2019. – Т. 1, ч. 1. – С. 335–342.

46. Волель, Б. А. Хроническая боль в спине и психические расстройства / Б. А. Волель, Д. С. Петелин, Д. О. Рожков // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2019. – Т. 11, № 25. – С. 17–24. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-25-17-24

47. Воронцов, И. М. Здоровье. Опыт разработки и обоснование применения автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья / И. М. Воронцов, В. В. Шаповалов, Ю. М. Шерстюк. – Санкт-Петербург : ООО «ИПК Коста», 2006. – 432 с. – ISBN 5-91258-019-9.

48. Гельдер, М. Соматоформные расстройства // Оксфордское руководство по психиатрии : В 2-х тт. / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо; пер. с англ. / под науч. ред. Ю. Л. Нуллера. – Киев : Сфера, 1999. – Т. 2. – С. 17–19.

49. Гиндикин, В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). Справочник / В. Я. Гиндикин. – М. : Триада-Х, 2000. – 256 с. – ISBN 5-8249-0029-9.

50. Гмурман, В. Е. Теория вероятностей и математическая статистика: Учеб. пособие для вузов. – 7-е изд., стер. / В. Е. Гмурман. – М.: Высш. шк., 1999. – 479 с.

51. Голубев, С. А. Консультативные центры психического здоровья в системе здравоохранения города Москвы / С. А. Голубев // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения: сборник материалов 8-й Всероссийской научно-практической конференции, Москва, 30 октября 2023 г. – Москва : Изд. дом. КДУ, 2024. – С. 105–110.

52. Гречаный, С. В. Абдоминальная мигрень (современные представления о диагностике, этиопатогенезе, лечении) / С. В. Гречаный // Children's Medicine of the North-West (Детская медицина Северо-Запада). – 2021. – Т. 9, № 3. – С.11–18.

53. Грищенко, Я. А. Психическое здоровье у лиц, проживающих в сельской местности (клинико-эпидемиологический и организационный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Грищенко Янина Анатольевна; [Место защиты: Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ]. – Москва, 2011. – 21 с.

54. Давидов, Д. Р. Изменение кадровой обеспеченности населения московской области специалистами, оказывающими медицинскую помощь по профилю "психиатрия" / Д. Р. Давидов, А. С. Москвичева, И. Б. Шикина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики – 2024. – № 3. – С. 533–552. DOI: 10.24412/2312-2935-2024-3-533-552

55. Данилов, Д. С. Комплаенс (терапевтическое сотрудничество) в медицине: клинические, психологические и психотерапевтические аспекты (обновленная версия статьи) / Д. С. Данилов, А. И. Слепцов, И. А. Миненко // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2023. – Т. 25, № 2. – С. 35–44.

56. Демчева, Н. К. Невротические расстройства у городского населения (клинико-эпидемиологический, фармакоэпидемиологический и организационный аспекты) / Н. К. Демчева, Н. В. Орлова // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 6. – С. 42–50.

57. Джахагирдар, Р. Распространенность депрессии среди пациентов с онкологическим заболеванием: перекрестное исследование / Р. Джахагирдар // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2022. – Т. 26, № 1. – С. 103–108. DOI: 10.22363/2313-0245-2022-26-1-103-108

58. Диагностика и лечение тревожных расстройств : (Руководство для врачей) / под ред. Т. Дж. МакГлинна, Г. Л. Меткалфа; пер. с англ. ; ред. русск. изд. Ю. А. Александровский. – American Psychiatric Press Inc., 1989. – 120 с.

59. Довженко, Т. В. Психиатрическая помощь в первичном звене здравоохранения: обеспеченность и потребность / Т. В. Довженко, А. Е. Бобров, В. Н. Краснов [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 50–58.

60. Дороженок, И. Ю. Соматизированные расстройства аффективного и неврологического регистров в условиях пандемии COVID-19 (разборы клинических случаев) / И. Ю. Дороженок // Неврология, нейропсихиатрия,

психосоматика. – 2020. – Т. 12, № 6. – С. 137–143. DOI:10.14412/2074-2711-2020-6-137-143

61. Дубницкая, Э. Б. Небредовая ипохондрия при пограничных состояниях (соматоформные расстройства) и вялотекущей шизофрении / Э. Б. Дубницкая // Ипохондрия и соматоформные расстройства / под ред. А. Б. Смулевича ; АМН, НИИ клинической психиатрии. – М. : ИПТК "Логос", 1992. – С.17–40.

62. Дюбуа, П. (1848-1918). Психоневрозы и их психическое лечение / Dr. Dubois, проф. нервных болезней в Берн. ун-те.; Авториз. пер. соч. "Les psychonévroses et leur traitement moral", leçons faites à l'Université de Berne par le professeur dr. Dubois д-ра М. М. Симзена, доп. ; по послед. изд. Р. И. Лепской / под ред. и с предисл. д-ра В. П. Осипова, проф. Казан. ун-та. – Санкт-Петербург : К. Л. Риккер, 1912. – XVIII, 397 с.

63. Елфимова, Е. В. Психосоматические взаимоотношения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта на модели синдрома раздраженного кишечника / Е. В. Елфимова, М. А. Елфимов, А. С. Березкин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. – № 4 (116). – С. 83–88.

64. Ениколопов, С. Н. Идентичность в клинической психологии (обзор концепций и методов исследования) / С. Н. Ениколопов, Т. И. Медведева, О. Ю. Воронцова, О. М. Бойко // Психиатрия. – 2025. – Т. 23, № 3. – С. 82–96. DOI: 10.30629/2618-6667-2025-23-3-82-96

65. Загоруйко, Е. Н. Оценка эффективности психологических защит у пациентов с психосоматическими и соматоформными расстройствами / Е. Н. Загоруйко, А. А. Золотова, Т. П. Пушкина // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2015. – Т. 13, № 2. – С. 49–55.

66. Захарова, Н. В. Переход к персонализированной психиатрии: зарубежный опыт психофармакогенетики / Н. В. Захарова, Р. Ф. Насырова //

Lex Genetica. – 2025. – Т. 4, № 2. – С. 76–93. – DOI 10.17803/lexgen-2025-4-2-76-93.

67. Золотарева, Л. С. Совершенствование системы организации психиатрической помощи мегаполиса / Л. С. Золотарева, А. В. Масякин // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 7. – С. 23–29.

68. Иванец, Н. Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-5747-4

69. Иванов, М. В. Психообразовательная работа с семьей ребенка с нарушением психического развития в системе комплексной психиатрической помощи / М. В. Иванов, О. И. Богачева, А. Н. Бархатова, Ю. А. Чайка // Познание и переживание. – 2025. – Т. 6, № 1. – С. 65–75. DOI: 10.51217/cogexp_2025_06_01_05

70. Иванов, М. В. Силуэты прогресса: современные медицинские технологии в диагностике и лечении психических расстройств / М. В. Иванов, З. Т. Гусейнова, В. В. Становая [и др.] // Превентивная психиатрия: ранняя диагностика и своевременная терапия : Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Казань, 22–23 сентября 2022 г. / под ред. Н.В. Семеновой. – СПб. : НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2022. – С. 105–108.

71. Иванов, С. В. Лечение органических неврозов / С. В. Иванов // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2004. – Т. 4, № 5. – С. 183–185.

72. Иванов, С. В. Органические неврозы: аспекты психосоматических соотношений и клинической гетерогенности / С. В. Иванов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 1. – С. 10–16.

73. Иванов, С. В. Терапия депрессий при соматических заболеваниях / С. В. Иванов, Е. И. Воронова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.

Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 5-2. – С. 106–112. DOI: 10.17116/jnevro2021121052106

74. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства: учебное пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. / Е. П. Ильин. – Санкт-Петербург : Питер, 2011. – 782 с. – ISBN 978-5-4237-0059-1

75. Ильченко, Е. Г. Краткосрочная индивидуальная аналитико-катартическая психотерапия тревожных невротических расстройств / Е. Г. Ильченко, Е. Ю. Абриталин, Т. А. Караваева // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология (Минск). – 2024. – Т. 15, № 1. – С. 17–25. <https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.1.009>

76. Искусных, А. Ю. Алекситимия. Причины и риски возникновения расстройства / А. Ю. Искусных // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2015. – № 7 (53). – С. 59–68.

77. Исурина Г. Л. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н. Мясищева на современном этапе / Г. Л. Исурина, Б. Д. Карвасарский, В. А. Ташлыков [и др.] // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии: сборник научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1994. – Т. 134. – С. 100–109.

78. Кадыров, Р. В. Опросник «Уровень комплаентности» : монография / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.

79. Караваева, Т. А. Соматоформные расстройства / Т. А. Караваева, А. В. Васильева // Психотерапия. Учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – Гл. 21. – С. 516–543.

80. Караваева, Т. А. Персонализированный подход в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: мишени и стратегии / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, Г. Л. Исурина, А. А. Александров // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные

подходы: сборник методических рекомендаций. – Вып. 4 / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; сост.: Н. В. Семёнова; под общ. ред. Н .Г. Незнанова. – СПб.: КОСТА, 2021. – С. 169–203.

81. Караваева, Т. А. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств / Т. А. Караваева, А. П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. – 286 с. – ISBN: 978-5-299-00837-1

82. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 1990. – 576 с. – ISBN 5–225–01168–3.

83. Касьянов, Е. Д. Отягощённый семейный анамнез как фактор риска развития аффективных расстройств / Е. Д. Касьянов // Актуальные вопросы фундаментальной и клинической медицины: сборник материалов конгресса молодых ученых, Томск, 26-27 мая 2022 г. / под ред. В.А. Степанова [и др.]. – Томск : Изд-во Томского ун-та, 2022. – С. 299–301.

84. Качалов, Ю. Л. Проблема ситуационной идентичности личности / Ю. Л. Качалов // Психология самосознания : хрестоматия / редактор-составитель Д. Я. Райгородский. – Самара : «БАХРАХ-М», 2000. – С. 613–623.

85. Кекелидзе, З. И. Система мероприятий, направленных на реабилитацию и дестигматизацию лиц, пострадавших при чрезвычайных ситуациях : методические рекомендации / Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского; авторы-сост.: З.И. Кекелидзе, Н.М. Захарова, А.С. Баева [и др.]. – Москва, 2018. – 24 с.

86. Клиническая психиатрия : Руководство для врачей и студентов ; пер. с англ. / гл. ред. Т. Б. Дмитриева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 1999. – 505 с.

87. Клиническая психология : учебник для студентов медицинских вузов и факультетов клинической психологии / [Абабков В. А. и др.] ; под ред. Б. Д. Карвасарского. – 5-е изд., доп. – СПб. : Питер, 2014. – 890 с. ISBN 978-5-496-00762-7.

88. Кнуф, А. Стигма: теория и практика / А. Кнуф, Л. Ю. Эпов // Знание. Понимание, Умение. – 2006. – № 3. – С. 116–122.
89. Козловский, В. Л. Гетерогенность механизма действия антидепрессантов / В. Л. Козловский, М. Ю. Попов, Д. Н. Костерин, О. В. Лепик // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2021. – Т. 55, № 1. – С.11–17. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-1-11-17
90. Козырев, В. Н. Организация психиатрической помощи больным с психическими расстройствами в учреждениях общемедицинской сети (принципы и модели интегрированной медицины) / В. Н. Козырев // Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / [А. В. Андрющенко и др.]; под ред. А. Б. Смулевича. – Москва : Русский врач, 2000. – С. 120–128.
91. Комина, А. В. Медико-психологические предикторы психосоматической проблемы / А. В. Комина, А. П. Брянцев // Перспективы науки. – 2010. – № 4 (6). – С. 5–10.
92. Кореневский, Н. А. Математические методы обработки медико-биологической информации. Математическая статистика: учебник / Н. А. Кореневский, З. М. Юлдашев, Т. Н. Конаныхина. – Ст. Оскол : Изд-во «Тонкие наукоемкие технологии», 2021. – 304 с.
93. Косенко, Н. А. Истоки психиатрической стигматизации и её перспективы / Н. А. Косенко, Г. Т. Красильников, В. Г. Косенко, М. И. Агеев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 3. – С. 58–61.
94. Костюк Г. П. О перспективах диагностики и лечения депрессивных и тревожных расстройств в общемедицинской сети / / Г. П. Костюк, А. В. Масякин, М. А. Старинская // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – № 4 (30). – С. 70–75.
95. Костюк, Г. П. Актуальные проблемы практической психиатрии: решит ли их новый Порядок оказания медицинской помощи при психических

расстройствах и расстройствах поведения? / Г. П. Костюк // Национальное здравоохранение. – 2023. – Т. 4, № 1. – С. 48–54. DOI: 10.47093/2713-069x.2023.4.1.48-54

96. Костюк, Г. П. Модернизация психиатрической службы г. Москва : от гуманизации помощи к развитию общественно ориентированной психиатрии / Г. П. Костюк, А. В. Масякин // Психиатрия. – 2018. – № 3 (79). – С. 23–29. DOI: 10.30629/2618-6667-2018-79-23-29

97. Костюк, Г. П. Проблема диагностики и лечения депрессии врачами первичного звена / Г. П. Костюк, А. В. Масякин, Л. А. Бурыгина, И. В. Реверчук // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 1, вып. 2. – С. 55–61. DOI: 10.17116/jnevro20191191255

98. Кравцова, Н. А. Психологические детерминанты развития психосоматических расстройств: патогенный психосоматический фенотип / Н. А. Кравцова. – Владивосток : Медицина ДВ, 2013. – 224 с. – ISBN 978-5-98301-048-2.

99. Краснов, В. Н. Невротические, тревожные и стрессовые расстройства / В. Н. Краснов, Д. Ю. Вельтищев // Психиатрия. Справочник практического врача / [А. С. Аведисова и др.] ; под ред. А. Г. Гофмана. – 4-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2019. – С. 272–296.

100. Краснов, В. Н. Противоречия в современном понимании коморбидности в психиатрии / В. Н. Краснов // Психические расстройства в общей медицине. – 2016. – № 1-2. – С. 4–6.

101. Кремер, Н. Ш. Теория вероятностей и математическая статистика: учебник для вузов / Н. Ш. Кремер. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004. – 573с.

102. Крупицкий, Е. М. Парадигма доказательной медицины: принципы проведения клинических исследований и проблемы наркологии / Е. М. Крупицкий // Вопросы наркологии. – 2018. – № 2 (162). – С. 45–67.

103. Крылов, В. И. Психопатология телесной перцепции / В. И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2006. – № 2. – С. 15–20.
104. Кулыгина, М. А. Навстречу внедрения МКБ-11: установки и ожидания российского психиатрического сообщества / М. А. Кулыгина, Т. С. Сюняков, И. А. Федотов, Г. П. Костюк // Consortium Psychiatricum. – 2021. – Т. 2, № 2. – 23–34. DOI: 10.17816/CP80
105. Курасов, Е. С. Душепопечительская работа в современной системе подходов к лечению психических расстройств / Е. С. Курасов // Психическое здоровье и религиозность : Материалы международной конференции: сборник докладов, Москва, 26–27 ноября 2021 г. / отв. ред. Г.И. Копейко, О.А. Борисова. – Санкт-Петербург : ООО "Скифия-принт", 2022. – С. 175–185.
106. Лаврова, В.А. Клинико-психологический портрет пациентов с соматоформными расстройствами, приверженных психиатрической помощи (ретроспективное когортное исследование) / В.А. Лаврова, Т.Р. Спиридонов, Ю.М. Гомон, Н.Г. Незнанов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2026. – №60(4) . – С. 106-113. – DOI: 10.31393/2313-7053-2026-4-1367
107. Лаврова, М. А. Особенности совладающего поведения и личностные характеристики женщин с соматоформными расстройствами / М. А. Лаврова, М. Г. Перцель, Л. В. Вохмина // Будущее клинической психологии –2020 : Материалы XIV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Пермь 18–19 июня 2020 г. – Пермь : Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2020. – С. 84–90.
108. Лебедев, Б. А. Современные вопросы взаимодействия между общей медицинской и психиатрической помощью / Б. А. Лебедев // Проблемы общей и судебной психиатрии : Материалы Симпозиума психиатров соц. стран / Г. В.

Морозов [и др.] ; ВНИИ общ. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского. – Москва : Б. и., 1981. – С. 44–49.

109. Ложкина, Л. И. Психологические аспекты комплаенса: постановка проблемы / Л. И. Ложкина // Медицина Кыргызстана. – 2015. – № 2. – С. 81–82.

110. Лутова, Н. Б. Аспекты гендерных различий в процессе лечения у больных эндогенными психическими расстройствами / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Женское психическое здоровье – от истерии к гендерно-сенситивному подходу / авторы-составители : А. В. Васильева, Т. А. Караваева: под общ. ред. Н. Г. Незнанова – СПб.: ООО Издательский дом «Алеф-Пресс», 2018. – С. 152–164.

111. Лутова, Н. Б. Внутренняя стигма и нарциссическая регуляция больных эндогенными психозами / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич, В. Д. Вид [и др.] // Российский психологический журнал. – 2021. – Т. 18, № 3. – С. 18–31. DOI: 10.21702/rpj.2021.3.2

112. Лутова, Н. Б. Личностные особенности и самостигматизация психически больных / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич, К. Е. Новикова / XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», Санкт-Петербург, 15-18 мая 2021 г. [Электронный ресурс www.psychiatr.ru/events/833] : тезисы / под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – СПб.: НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2021. – С. 1903–1905.

113. Лутова, Н. Б. Назначения лекарств: проблемы и пути решения / Н. Б. Лутова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – № 2. – С. 87–90.

114. Лутова, Н. Б. Психиатрическая стигма – ее проявления и последствия / Н. Б. Лутова, М. Ю. Сорокин, В. Д. Вид // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – № 3. – С. 41–45.

115. Лутова, Н. Б. Психиатрическая стигма: клинико-демографические или культуральные факторы / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич, М. Ю. Сорокин [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29, № 4. – С. 50–56.

116. Ляшковская, С. В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии / С. В. Ляшковская, В. А. Ташлыков, Н. В. Семенова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – № 1. – С. 89–98.

117. Мазо, Г. Э. Депрессивное расстройство / Г. Э. Мазо, Н. Г. Незнанов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 136 с. – ISBN 978-5-9704-9030-3.

118. Мазо, Г. Э. Психиатрический диагноз: вверх по лестнице, ведущей вниз / Г. Э. Мазо, Н. Г. Незнанов, Г. В. Рукавишников // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2015. – № 1. – С. 15–23.

119. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика понимание структуры личности в клиническом процессе / Нэнси Мак-Вильямс; пер. с англ. – 2-е изд. – Москва : Класс, 2015. – 583 с. – ISBN 978-5-86375-207-5

120. Макушкин, Е. В. Психиатрия будущего : обзор мнений зарубежных исследователей о позиции психиатрии в современном мире / Е. В. Макушкин, С. Н. Осколкова, Г. А. Фастовцов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 7. – С. 107–111. DOI: 10.17116/jnevro201711771107-111

121. Малыгин, Я. В. Эффективность когнитивно-поведенческой терапии коморбидных тревожных и депрессивных расстройств / Я. В. Малыгин, И. В. Боев, В. Л. Малыгин, О. А. Ахвердова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2023. – Т. 18, № 3. – С. 342–345. DOI: 10.14300/mnnc.2023.18081

122. Мамедов, А. К. Социальная стигматизация: генезис и детерминанты становления / А. К. Мамедов, Т. П. Липай // Социологический альманах (Республика Беларусь, Минск). – 2011. – № 2. – С. 128–138.

123. Марилов, В. В. Общая психопатология: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. В. Марилов. – Москва : Издательский центр «Академия», 2009. – 219 с. – ISBN 978-5-7695-6584-7

124. Мартынихин, И. А. Клинический подход и доказательная медицина Часть 1. Столкновение парадигм / И. А. Мартынихин // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2012. – № 6 – С. 32–35.

125. Мартынихин, И. А. Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний / И.А. Мартынихин, Н. Г. Незнанов // Современная терапия психических расстройств. – 2018. – № 4. – С. 51–59.

126. Мартынихин, И. А. Эпидемиология, особенности и специфические факторы риска расстройств депрессивного и тревожного спектра у женщин / И. А. Мартынихин // Женское психическое здоровье – от истерии к гендерно-сенситивному подходу / авторы-составители: А. В. Васильева, Т. А. Караваева: под ред. Н. Г. Незнанова. – СПб.: ООО Изд. дом «Алеф-Пресс», 2018. – С. 208–221.

127. Медведев, В. Э. Оптимизация терапии психических расстройств с мультисиндромальной клинической картиной / В. Э. Медведев, А. Ю. Тер-Исраелян, В. И. Фролова [и др.] // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2020. – Т. 22, № 1. – С. 23–27.

128. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств МКБ-10 / УСД-10 : Клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ ; пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб. : Оверлайн, 1994. – 303 с.

129. Менделевич, Д. М. Гинекологическая психиатрия (современные аспекты проблемы) / Д. М. Менделевич, В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 1993. – Т. 25, № 1-2. – С. 104–108

130. Менделевич, В. Д. «Новая истерия»: диссоциативные расстройства в психоневрологической практике / В. Д. Менделевич // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2024. – Т. 26, № 4. – С. 35–38. – DOI: 10.62202/2075-1761-2024-26-4-35-38

131. Менделевич, Е. Г. Соматизация тревожных расстройств в практике невролога: алгоритмы и подходы к дифференцированному лечению / Е. Г. Менделевич // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 81–86. DOI: 10.14412/2074-2711-2014-4-81-86

132. Меринов, А. В. Детская и подростковая психиатрия. Учебное пособие / А. В. Меринов, Д. И. Шустов, А. В. Лукашук, Е. А. Шитов; ФГБОУ ПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань : РИО РязГМУ, 2016. – 132 с.

133. Менцос, С. Психодинамические модели в психиатрии / Ставрос Менцос; пер. с нем. Э. Л. Гушанского. – Москва : Алетея, 2001. – 174 с. – ISBN 5-89321-067-0.

134. Михайлов, В. А. Психосоматические соотношения у пациентов с вегетативными нарушениями / В. А. Михайлов, Н. А. Ржеутская, И. В. Хяникяйнен [Электронное издание] // Психическое здоровье в меняющемся мире : Материалы Всероссийского конгресса с международным участием, Санкт-Петербург, 23–24 мая 2024 г. – Санкт-Петербург : НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2024. – С. 197–198.

135. Михайлова, И. И. Самостигматизация психически больных : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Михайлова Ирина Иосифовна ; [Место защиты: Научный центр психического здоровья РАМН]. – Москва, 2005. – 211 с.

136. Мосолов, С. Н. Лекарственные взаимодействия препаратов, применяемых в психиатрической практике / С. Н. Мосолов, Д. И. Малин, П. В. Рывкин, Д. А. Сычев // Современная терапия психических расстройств. – 2019. – № S1. – С. 2–35. DOI: 10.21265/PSYPH.2019.50.40828

137. Мухаметова, А. И. Современные подходы к психотерапии соматоформных расстройств / А. И. Мухаметова, В. В. Васильев // Обзорение

психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2024. –Т. 58, № 3. – С. 26–42. DOI: 10.31363/2313-7053-2024-907

138. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л.: Изд-вл ЛГУ, 1960. – 425 с.

139. Мясищев, В. Н. Психология отношений. Избранные психологические труды / В. Н. Мясищев / под ред. А. А. Бодалева. – М. : Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 356 с. – ISBN 5-87224-084-8

140. Навасардян, Е. В. Стресс и соматоформные расстройства / Е. В. Навасардян, М. С. Артемьева, Р. А. Сулейманов // Агаджанянские чтения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Москва, 28-29 января 2016 г. – М. : РУДН, 2016. – С. 91–92.

141. Насырова, Р. Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетический, социально-психологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.01.06 – психиатрия; 14.03.03 – патологическая физиология / Насырова Регина Фаритовна; ФГБУ «НИИПЗ» СОРАМН. – Томск, 2012. – 50 с.

142. Незнанов, Н. Г. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как основа холистического диагностического подхода. Часть 1 / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018а. – Т. 28, № 3. – С. 62–67.

143. Незнанов, Н. Г. Биопсихосоциальная парадигма: возможности и перспективы / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31, № 2. – С. 5–12.

144. Незнанов, Н. Г. Динамика показателей качества жизни в процессе дифференцированной терапии пациенток с хроническими тазовыми болями / Н. Г. Незнанов, И. Ю. Щеглова, И. Ю. Васильева // Качественная клиническая практика. – 2003. – № 4. – С. 47–50

145. Незнанов, Н. Г. Охрана психического здоровья в первичном звене здравоохранения: медико-социальная эффективность / Н. Г. Незнанов, В. Б. Дутов, В. С. Скрипов, А. В. Лидова // Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27, № 10. – С. 29–35. DOI: 10.17116/profmed20242710129
146. Незнанов, Н. Г. Популяционная психопрофилактика и информационная психогигиена: основные направления / Н. Г. Незнанов, Н. В. Семенова, А. Ю. Гончаренко, В. К. Шамрей // Национальное здравоохранение. – 2023а. – Т. 4, № 1. – С. 40–47. DOI: 10.47093/2713-069X.2023.4.1.40-47
147. Незнанов, Н. Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид / Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2011. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.
148. Незнанов, Н. Г. Психотерапия / Н. Г. Незнанов, А. В. Васильева // Психиатрия. Краткое издание: национальное руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. ; под ред. Ю.А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – Гл. 13, разд. 13.4. – С. 699–728.
149. Незнанов, Н. Г. Психофармакотерапия / Н. Г. Незнанов, С. Н. Мосолов // Психиатрия: национальное руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. / гл. ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018b. – Гл. 29. – С. 820–893.
150. Незнанов, Н. Г. Тактика врача-психиатра / Н. Г. Незнанов, Г. Э. Мазо. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 296 с. – ISBN 978-5-9704-9067-9.
151. Незнанов, Н. Г. Цифровизация в оказании помощи в области психического здоровья. Новые возможности для специалистов и пациентов / Н. Г. Незнанов, А. В. Васильева // Национальное здравоохранение. – 2023b. – Т. 4, № 2. – С. 15–24. DOI: 10.47093/2713-069X.2023.4.2.15-24
152. Николаев, Е. Л. Этнокультурные аспекты психотерапии / Е. Л. Николаев // Психотерапия : национальное руководство / под ред. А. В.

Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – С. 60–78.

153. Николаевская, А. О. Соматизированные психические расстройства с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Николаевская Ангелина Олеговна; [Место защиты: Первый моск. гос. мед. ун-т. им. И.М. Сеченова]. – Москва, 2015. – 23 с.

154. Оруджев Н. Я. Корреляция вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией / Н. Я. Оруджев, Е. А. Тараканова // Вестник РАМН. – 2010. – № 6. – С. 16–20.

155. Пакриев, С. Г. Депрессивные расстройства в сельской популяции Удмуртии / С. Г. Пакриев // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 24–28.

156. Парфенова, Е. В. Стигматизация пациентов с эпилепсией / Е. В. Парфенова, Ф. К. Ридер, А. Г. Герсамия // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – Т. 9, № 1S. – С. 78–83. DOI: 10.14412/2074-2711-2017-1S-78-83

157. Первый, В. С. Справочник невротических расстройств / В. С. Первый, В. Ф. Сухой. – Ростов на/Д. : Феникс, 2012. – 637 с.

158. Пережогин, Л. О. Соматоформные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. Клинические рекомендации / Л. О. Пережогин. – Москва : Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского МЗ РФ, 2015. – 22 с.

159. Петрова, Н. Н. Депрессия в структуре разных психических расстройств и когнитивные нарушения / Н. Н. Петрова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология (Минск). – 2024. – Т. 15, № 4. – С. 442–451. DOI: 10.34883/PI.2024.15.4.001.

160. Петрова, Н. Н. Назначение психотропных препаратов вне зарегистрированных показаний / Н. Н. Петрова, Н. В. Семенова // Журнал

неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2023. – Т. 123, № 7. – С. 130–135. DOI: 10.17116/jnevro2023123071130

161. Погосов, А. В. Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью / А. В. Погосов, Ю. В. Богушевская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 4 (97). – С. 22–30. DOI:10.26617/1810-3111-2017-4(97)-22-30

162. Погосов, А. В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия) / А. В. Погосов, Ю. В. Богушевская; ГОУ ВПО КГМУ Росздрава. – Курск : Изд-во Курского государственного медицинского университета, 2008. – 266 с. – ISBN 978-5-7487-1283-5.

163. Погосов, А. В. Эмоциональный интеллект в механизмах формирования соматизированных расстройств / А.В. Погосов, Ю. В. Богушевская, К. С. Чинякова // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2017. – Т. XLIX, № 2. – С. 105–108. DOI:10.17816/nb14088

164. Положий, Б. С. Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами / Б. С. Положий, В. В. Руженкова // Суицидология. – 2016. – Т. 7, № 3 (24). – С. 12–20.

165. Польская, Н. А. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции / Н. А. Польская, А. Ю. Разваляева // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 4. – С. 71–93 DOI: 10.17759/cpp.2017250406

166. Попов, Ю. В. Современная клиническая психиатрия: Новое руководство, основанное на Международной классификации психических болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), для подготовки врача к получению сертификата по психиатрии / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – СПб. : Речь, 2000. – 402 с. – ISBN 5-9268-0014-5

167. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Л. И.

Сальникова и др.]; под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. – 2-е изд. – Москва : МЕДПРАКТИКА-М, 2007. – 179 с. – ISBN 978-5-98803-089-8.

168. Прибытков, А. А. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы / А. А. Прибытков, А. Н. Еричев, А. П. Коцюбинский, И. О. Юркова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 4. – С.73–80.

169. Прибытков, А. А. Роль психообразования в терапии соматоформных расстройств / А. А. Прибытков, А. Н. Еричев, А. А. Ясиновская // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск IV / под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. – СПб.: Изд-во «Таро», 2017. – С. 291–293.

170. Прибытков, А. А. Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии / А. А. Прибытков, А. Н. Еричев // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – № 2. С. 10–16.

171. Прибытков, А. А. Структура личности и механизмы психологической защиты при соматоформных расстройствах / А. А. Прибытков, И. О. Юркова, Ю. Б. Баженова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 2. – С. 31–35.

172. Приходько, В. Ю. Соматоформные расстройства в практике семейного врача. Часть 2 / В. Ю. Приходько, И. Р. Микропуло, М. В. Олейник [и др.] // Медичні перспективи. – 2013. – Т. 18, № 4. – С. 15–23.

173. Психиатрическая служба Москвы : коллективная монография / под общ. ред. Г. П. Костюка. – М.: «КДУ»; «Университетская книга», 2018. – 500 с. – ISBN 978-5-91304-862-2.

174. Психические расстройства в клинической практике / [А. Б. Смулевич и др.] ; под ред. А. Б. Смулевича. – Москва : МЕДпресс-информ, 2012. – 719 с. – ISBN 978-5-98322-810-8.

175. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской

Федерации) / под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. – Москва : Минздрав России, 1998. – 512 с. – ISBN 5-86002-074-0.

176. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А. Б. Смулевича. – Москва : МЕДпресс-информ, 2016. – 774 с. – ISBN 978-5-00030-295-8.

177. Психосоматические расстройства в клинической практике: [монография] / [А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. В. Романов и др.] ; под ред. А. Б. Смулевича. – 2-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2019. – 774 с. – ISBN 978-5-00030-711-3.

178. Психотерапия : Учебное пособие / Е. Ю. Абриталин, Н. Н. Баурова, С. В. Выходцев [и др.]. – 3-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2025. – 599 с. – ISBN 978-5-299-01251-4.

179. Радионов, Д. С. Мишени психотерапии пациентов с тревожными расстройствами (эпизодическая и генерализованная тревога) и коморбидной субдепрессивной симптоматикой, имеющих рискованный уровень потребления алкоголя / Д. С. Радионов, Т. А. Караваева, А. В. Васильева [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2025. – Т. 59, № 4. – С. 98–110. DOI: 10.31363/2313-7053-2025-4-1139

180. Рассказова, Е. И. Клинико-психологический подход к диагностике трудноквалифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств / Е. И. Рассказова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 3. – С. 25–32.

181. Резникова, Т. Н. Варианты дезадаптации личности у больных рассеянным склерозом / Т. Н. Резникова, И. Ю. Терентьева, Г. В. Катаева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2006. – Т. 106, № 8. – С. 13–20.

182. Романов, Д. В. Подходы к терапии депрессии в неврологии (перспективы применения агомелатина) / Д. В. Романов, Б. А. Волель, Д. С.

Петелин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – Т. 10, № 4. – С. 101-110. – DOI 10.14412/2074-2711-2018-4-101-110

183. Ромасенко, Л. В. Истерия и ее патоморфоз : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.18 / Ромасенко, Любовь Владимировна; [Место защиты : Гос. научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского]. – Москва, 1993. – 31 с.

184. Ромасенко, Л. В. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике : диагностика, терапия / Л. В. Ромасенко. – Москва : Умный доктор, 2016. – 107 с. – ISBN 978-5-9906806-6-1.

185. Руженкова, В. В. Индивидуально–личностные и социальные факторы стигматизации суицидентов медицинскими сестрами психиатрического стационара / В. В. Руженкова, Н. Я. Оруджев, В. А. Руженков // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2013. – № 25 (168), вып. 24. – С. 32–36. <http://dspace.bsu.edu.ru/handle/123456789/57227>

186. Руженкова, В. В. Стигматизация и самостигматизация лиц с психическими расстройствами непсихотического уровня с суицидальным поведением / В. В. Руженкова // Современные проблемы науки и образования : сетевое научное издание. – 2015. – № 3. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=19725> (дата обращения: 23.06.2025).

187. Рыбакова, К. В. Алгоритм диагностики коморбидных психических расстройств при алкогольной зависимости / К. В. Рыбакова // Вопросы наркологии. – 2018. – № 1(161). – С. 18–28.

188. Рыбакова, К. В. Гендерные и половые различия при хронических болевых синдромах / К. В. Рыбакова // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2009. – Т. 16, № S4. – С. 21–23.

189. Савченко, Т. Н. Применение методов кластерного анализа для обработки данных психологических исследований / Т. Н. Савченко // Экспериментальная психология. – 2010. – Т. 3, № 2. – С. 67–86.

190. Самушия, М. А. Разработка алгоритма диагностики и лечения тревоги, ассоциированной с соматической патологией, у пациентов в общеклинической практике. Резолюция совета экспертов / М. А. Самушия, А. С. Аль-Шукри, И. И. Баранов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2025. – Т. 125, № 1. – С.62–69. DOI: 10.17116/jnevro202512501162

191. Сандомирский, М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – Москва : Класс, 2007. – 588 с. – ISBN 5-86375-059-6.

192. Северова, Е. А. Некоторые аспекты оказания психиатрической помощи в соматическом стационаре / Е. А. Северова // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.) . О Классификации психических и поведенческих расстройств. Участие российских психиатров в подготовке МКБ-11 : материалы общероссийской конференции, Москва, 28-30 октября 2008 г. : Пленум Правления Российского общества психиатров / М-во здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ФГУ "Московский НИИ психиатрии", Российское о-во психиатров ; [отв. ред. Краснов В. Н.]. – Москва : Медпрактика-М, 2008. – С. 534–535.

193. Секоян, И. Э. Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика? / И. Э. Секоян // Независимый психиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 22–28.

194. Семёнова, Н. В. Состояние системы оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в психиатрии и наркологии / Н. В. Семенова, В. С. Скрипов, В. В. Фрейзе [и др.] // Инновационные технологии управления процессами в системе здравоохранения : коллективная монография / под ред. И. Ф. Серёгина [и др.]. – Москва: Изд-во «Перо», 2021. – С. 645–663.

195. Семёнова, Н. Д. Возможности психологической коррекции алекситимии / Н. Д. Семенова // Телесность человека: Междисциплинарные исследования : сборник статей. – М.: Философское общество СССР, 1993. – С. 94–100.
196. Семин, И. Р. Психически больной в семье / И. Р. Семин // Руководство по социальной психиатрии / [Ю. А. Александровский, Н. В. Вострокнутов, С. И. Гаврилова и др.] ; под ред. Т.Б. Дмитриевой. – Москва : Медицина, 2001. – С. 93–102.
197. Семке, В. Я. Терапия невротических и психосоматических расстройств / В. Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 2 (24). – С. 7–11.
198. Серебряйская, Л. Я. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных / Л. Я. Серебряйская, В. С. Ястребов, С. Н. Ениколопов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – Т. 102, № 9. – С. 59–68.
199. Серебряйская, Л. Я. Социальные представления о психически больных и психиатрии в контексте проблемы стигматизации / Л. Я. Серебряйская // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, № 3. – С. 47–54.
200. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – Санкт-Петербург : Речь, 2010. – 349 с. – ISBN 5-9268-0010-2.
201. Сидоров, П. И. Ментальная медицина : руководство / П. И. Сидоров, И. А. Новикова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, Литтерра, 2014. – 725 с. – ISBN 978-5-4235-0107-5.
202. Сидоров, П. И. Психосоматическая медицина : руководство для врачей / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова ; под ред. П. И. Сидорова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2006. – 564 с. – ISBN 5-98322-215-5.

203. Сидоров, П. И. Синергетическая парадигма социальной эпидемии соматоформных расстройств / П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, № 3. – С. 32–42.

204. Синеуцкая, Е. О. Алекситимия у пациентов с соматоформными расстройствами, работников атомной промышленности / Е. О. Синеуцкая, Б. Ю. Володин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 8. – С. 37–41.

205. Сирота, Н. А. Клинико-психологические аспекты пациент ориентированного подхода / Н. А. Сирота, Б. А. Фетисов // Актуальные проблемы клинической (медицинской) психологии : современная практика и инновации в психологии и медицинской реабилитации : Сборник материалов Научно-практической конференции с международным участием кафедры общей и клинической психологии ИСГИЦРМ ФГБОУ ВО " Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России, Самара, 17 ноября 2023 г. – Самара: "Типография ЦРП", 2024. – С. 111–117.

206. Скрипка, Е. Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами / Е. Ю. Скрипка // Молодой ученый. Психология и социология. – 2012. – № 7 (42). – С. 232–237. – URL: <https://moluch.ru/archive/42/5092>.

207. Скрипов, В. С. Результаты взаимодействия с региональными службами в рамках телемедицинских консультаций по психиатрии и наркологии / В. С. Скрипов, И. И. Чехонадский, Л. В. Кочорова[и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева – 2019. – Т. 119, № 3. – С.73–77. DOI: 10.31363/2313-7053-2019-3-73-77

208. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с. – ISBN 5-89481-186-4.

209. Смулевич, А. Б. Психические и психосоматические расстройства в общей медицине / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко // Психическое здоровье

человека XXI века: сборник научных статей по материалам Конгресса, Москва, 7-8 октября 2016 г. – Москва: ИД «Городец», 2016. – С. 305–308.

210. Смулевич, А. Б. Психосоматическая медицина / А. Б. Смулевич // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 1. – С. 3–9.

211. Смулевич, А. Б. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня / А. Б. Смулевич, Н. Н. Яхно, Б. Терлуин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 11. – С. 67–73.

212. Собенников, В. С. Соматизация и соматоформные расстройства / В. С. Собенников. – Иркутск. – 2014. – 304 с.

213. Собчик, Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММРІ) / Л. Н. Собчик. – Санкт-Петербург : Речь, 2001. – 217 с. – ISBN 5-9268-0033-1.

214. Солдаткин, В. А. 10 мифов о психосоматике / В. А. Солдаткин, С. В. Солдаткина // Медицинский вестник Юга России. – 2023. – Т. 14, № 4. – С. 96–107. DOI: 10.21886/2219-8075-2023-14-4-96-107

215. Соловьева, С. Л. Самостигматизация как фактор превращения личности здорового в личность больного / С. Л. Соловьева // Неврологический вестник. – 2017. – Т. XLIX, № 1. – С. 49–56.

216. Соложенкин, В. В. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции / В. В. Соложенкин, Е. С. Гузова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 8, № 2. – С. 18–24.

217. Сорокин, М. Ю. Вычислительная психиатрия в типологии стигматизации у пациентов с психическими расстройствами : эксплицитная и имплицитная интернализованная стигма / М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова, М. О. Бочарова [и др.] // Consortium Psychiatricum. – 2023. – Т. 4, № 3. – С. 13–21. DOI: 10.17816/CP6556

218. Сорокин, М. Ю. Гендерные аспекты субъективного отношения к перенесённому психозу и мотивация пациенток к лечению // Женское психическое здоровье – от истерии к гендерно-сенситивному подходу / авторы-составители: А. В. Васильева, Т. А. Караваева; под общ. ред. Н. Г. Незнанова – СПб.: ООО Издательский дом «Алеф-Пресс», 2018. – С. 283–292.

219. Сорокин, М. Ю. Психофармакотерапия : констелляция биологических, психологических и социальных факторов / М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова, В. Д. Вид / XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», Санкт-Петербург, 15-18 мая 2021 г. [Электронный ресурс www.psychiatr.ru/events/833] : тезисы / под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – СПб. : НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С.1964–1965.

220. Сорокин, М. Ю. Социально-психологические аспекты формирования мотивации к лечению у больных психическими расстройствами / М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии : сборник статей. Выпуск IV / под ред. О. В.Лиманкина, С. М. Бабина. – Санкт-Петербург : Изд-во «Таро», 2017. – С. 308–310.

221. Софронов, А. Г. Обобщение опыта работы медицинских психологов кабинета медико-психологического консультирования / А. Г. Софронов, Н. В. Воробьева, Г. А. Прокопович [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2024. – Т. 34, № 3. – С. 40–48.

222. Социальный интеллект : Теория, измерение, исследования / под ред. Д. В. Люсина, Д. В. Ушакова. – Москва : Ин-т психологии РАН, 2004. – 174 с. – ISBN 5-9270-0058-4.

223. Старшенбаум, Г. В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум. – 8-е изд., перераб. и доп. – Москва : АСТ, 2021. – 352 с. – ISBN 978-5-17-134644-7.

224. Сукиасян, С. Г. Психосоматические концепции как предпосылки концепции «непсихиатрической психиатрии» : клинически ориентированные концепции. Часть 2. / С.Г. Сукиасян // Sciences of Europe. – 2021. – Т. 70, № 2. – С. 55–64. DOI: 10.24412/3162-2364-2021-70-2-55-64
225. Ташлыков, В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л.: Медицина. 1984. –191 с.
226. Тимуца, Д. Р. Сравнительные особенности копинг-механизмов у пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами / Д. Р. Тимуца, В. Д. Менделевич // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2020. – Т. LII, № 4. – С. 26–32. DOI: 10.17816/nb48960
227. Трунов, Д. Г. Виды и механизмы функциональной алекситимии / Д. Г. Трунов // Вестник Пермского университета. Серия: Философия, Психология, Социология. – 2010. – Вып. 2 (2). – С. 93–97.
228. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – Москва : Смысл. 2002. – 288 с. – ISBN 5-89357-111-8.
229. Тюсова, О. В. ВИЧ-инфекция и наркомания – двойная стигматизация и поиски стратегий преодоления стигмы / О. В. Тюсова, М. В. Ветрова, Е. А. Блохина [и др.] // Вопросы наркологии. – 2019. – № 11 (182). – С. 50–64. DOI: 10.47877/0234-0623_2019_11_50
230. Улыбина, Е. В. Психология обыденного сознания / Е. В. Улыбина. – Москва : Смысл. – 2001. – 263 с. – ISBN 5-89357-091-X.
231. Урванцев, Л. П. Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний / Л. П. Урванцев. – Ярославль : Ярослав. гос. ун-т, 2000. – 160 с.
232. Филатов, Ф. Р. Психосемантический анализ социальных представлений о здоровье : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Филатов, Филипп Робертович ; [Место защиты: Рост. гос. ун-т.]. – Ростов-на-Дону, 2001. – 18 с.
233. Филимонов, А. П. Отношение к болезни пациентов с соматоформными расстройствами, наблюдающихся в психиатрических и

общесоматических медицинских учреждениях / А. П. Филимонов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5 (68). – С. 28–30.

234. Финзен, А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям / Асмус Финзен ; пер. с нем. – Москва : Алетейя, 2001. – 213 с. – ISBN 5-89321-066-2.

235. Холмогорова, А. Б. Алекситимия и способность к оказанию разных видов социальной поддержки / А. Б. Холмогорова, М. А. Московская, Е. В. Шерягина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 4 (83). – С. 115–129.

236. Хяникяйнен, И. В. Психологические защиты у пациентов с расстройствами вегетативной нервной системы / И. В. Хяникяйнен, Н. А. Ржеутская // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2023. – № 9 (164). – С. 711–717. DOI: 10.33920/med-01-2309-03

237. Цыганков, Б. Д. Кросскультуральные аспекты приверженности к терапии / Б. Д. Цыганков, Ю. Т. Джангильдин, А. А. Овчинников, А. Н. Султанова // Психическое здоровье. – 2018. – Т. 16, № 11. – С. 17–21. – DOI: 10.25557/2074-014X.2018.11.17-21

238. Цыганков, Б. Д. Организация психиатрической помощи в г. Москве. Роль пограничных расстройств / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников // Пограничные психические расстройства : сборник научных работ, посвященный 30-летию Отдела пограничной психиатрии ГНЦССП им. В.П. Сербского / под ред. Ю. А. Александровского. – Москва : ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2014а. – С. 45–53.

239. Цыганков, Б. Д. Психологические факторы, влияющие на активность поиска медицинской помощи пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами / Б. Д. Цыганков, Я. В. Малыгин, С. Ф. Исмаилова, А. С. Зыкова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014b. – № 3 (84). – С. 9–14.

240. Цыганков, Б. Д. Психопатологическая структура тревоги у пациентов с различными вариантами соматоформных расстройств. / Б. Д. Цыганков, А. Д. Куличенко // Актуальные проблемы психиатрии и психотерапии : материалы научно-практической конференции с международным участием , Тула, 13-15 октября 2016 г. – Тула : Тульский государственный университет, 2016. – С. 179–185.

241. Чехонадский, И. И. Совершенствование телемедицинских технологий в психиатрии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 3.1.17. ; 3.2.3. / Чехонадский Игорь Игоревич; [Место защиты : ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева]. – Санкт-Петербург, 2023. – 22 с.

242. Чехонадский, И. И. Телемедицинские технологии в психиатрии: мнение специалистов Оренбургской области / И. И. Чехонадский, А. А. Шведова, В. С. Скрипов, Н. В. Семенова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2020. – № 3. – С. 89–92. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-3-89-92

243. Чижова, А. И. Клинико-психологические аспекты патогенеза соматоформных невротических расстройств /А. И. Чижова // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2012а. – Вып. 16, № 6. – С. 138– 144.

244. Чижова, А. И. Особенности личности больных с соматоформными расстройствами /А. И. Чижова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2012b. – № 8. – С.123–129.

245. Чуркин, А. А. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – Москва : ГНЦ СиСП, 2010 – 132 с. – ISBN 978-5-9901191-4-7.

246. Чутко, Л. С. Соматоформные расстройства / Л. С. Чутко // Медицинский совет. – 2011. – № 1-2. – С. 84–87.

247. Шамрей, В. К. Оказание психиатрической помощи в многопрофильном стационаре / В. К. Шамрей, Е. С. Курасов, В. К. Кобозова //

Военно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 338, № 6. – С. 25–32. DOI: 10.17816/RMMJ73288

248. Шамрей, В. К. Современные подходы к объективизации диагностики психических расстройств / В. К. Шамрей, А. А. Марченко, Е. С. Курасов // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2018. – № 4 (64). – С. 38–44.

249. Ширяев, О. Ю. Медико-психологический подход в практике врача-психиатра (обзор литературы) / О. Ю. Ширяев, Б. Д. Жидких // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, № 2. – С. 250–252. DOI: 10.18499/2070-9277-2017-20-2-250-255

250. Шматова, Ю. Е. Социальный портрет лиц, страдающих психоэмоциональными расстройствами (опыт социологического измерения в Вологодской области) / Ю. Е. Шматова // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. – 2019. – Т. 5 (71), № 3. – С. 3–24.

251. Шнейдер, Л. Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность : теория и методы диагностики : учебно-методическое пособие / Л. Б. Шнейдер ; Моск. психолого-соц. ин-т. – Москва : МПСИ, 2007. – 124 с. – ISBN 978-5-9770-0074-1.

252. Шпаковская, О. Г. Роль алекситимии в формировании психосоматических расстройств и зависимых форм поведения / О. Г. Шпаковская, А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2014. – № 4 (50). – С. 31–38.

253. Штрахова, А. В. Психодинамический аспект исследования структуры личности как фактора риска психосоматических нарушений. Часть I / А. В. Штрахова, Е. В. Куликова // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2012. – Вып. 18, № 31. – С. 97–104.

254. Щеглова, И. Ю. Хроническая боль и истерия / И. Ю. Щеглова // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 4. – С. 64–67.

255. Эллис, А. Гуманистическая психотерапия : Рационально-эмоциональный подход / Альберт Эллис; пер. с англ. – СПб. : Сова ; М. : ЭКСМО-пресс, 2002. – 269 с. – ISBN 5-04-010213-5.

256. Юндалова, Т. А. Особенности телесности пациентов с расстройствами невротического спектра (на примере соматоформных расстройств) / Т. А. Юндалова, А.О. Николаевская // Организация амбулаторно-поликлинической помощи в России: проблемы и перспективы их решения : сборник статей IV межвузовской студенческой научно-практической конференции по результатам научно-исследовательской работы, выполненной в рамках производственной практики, Воронеж, 30 ноября – 1 декабря 2017 г. – М.: Перо, 2017. – С. 380–382.

257. Ядов, В. А. Социальные и социально-психологические механизмы формирования идентичности личности / В. А. Ядов // Психология самосознания : Хрестоматия / [Ред.-сост. Д. Я. Райгородский]. – Самара, «БАХРАХ-М». – 2000. – С. 589–601.

258. Яковлева, Е. Л. Эмоциональные механизмы личностного и творческого развития / Е. Л. Яковлева // Вопросы психологии. – 1997. – № 4. – С. 20–24..

259. Ястребов, В. С. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации. / В. С. Ястребов, О. А. Гонжал, Г. В. Тюменкова, И. И. Михайлова ; НЦПЗ РАМН. – Москва : Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 18 с.

260. Яхно, Н. Н. Первичный скрининг пациентов, страдающих автономными (вегетативными) расстройствами в условиях повседневной амбулаторной неврологической практики РФ (СТАРТ 1) : применение русскоязычной версии четырехмерного опросника симптомов дистресса, депрессии, тревог / Н. Н. Яхно, А. Б. Смулевич, Б. Терлуин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 12. – С. 112–122.

261. Agarwal, S. K. An Exploratory Study of Gender Differences in Clinical Profile and Pathways to Care in Somatic Symptom Disorder / S. K. Agarwal, A. K. M. Nagaraj // Indian Journal of Social Psychiatry. – 2025. – Vol. 41(1). – P. 4– DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_379_24.

262. Agarwal, V. Clinical Practice Guideline: Psychotherapies for Somatoform Disorders. / V. Agarwal, A. Nischal, S. K. Praharaj, [et al.] // Indian Journal of Psychiatry. – 2020. – Vol. 62 (Suppl. 2). – S263-S271. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_775_19

263. Aggarwal, R. Addressing Psychiatry Workforce Needs: Where Are We Now? / R. Aggarwal, R. Balon, E.V. Beresin, [et al.] // Academic Psychiatry. – 2022. – Vol. 46 (4). – P. 407–409. DOI: 10.1007/s40596-022-01690-5

264. Al Busaidi, Z. Q. The Concept of Somatisation: A Cross-cultural perspective. / Z. Q. Al Busaidi // Sultan Qaboos University Medical Journal. – 2010. – Vol. 10 (2). – P. 180–186. PMID: 21509227. PMCID: PMC3074701.

265. Alkhadhari, S. Prevalence of psychiatric morbidity in the primary health clinic attendees in Kuwait / S. Alkhadhari, A. O. Alsabbri, I. H A. Mohammad, [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2016. – Vol. 195. – P. 15–20. DOI: 10.1016/j.jad.2016.01.037

266. Allen, L. A. Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders / L. A. Allen, R. L. Woolfolk // Psychiatric Clinics of North America. – 2010. – Vol. 33 (3). – P. 579–593. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.014

267. Al-Qadhi, W. Adult depression screening in Saudi primary care: prevalence, instrument and cost / W. Al-Qadhi, S. ur Rahman, M. S. Ferwana, I. A. Abdulmajeed // BMC Psychiatry. – 2014. – Vol. 14. – Article number: 190. DOI: 10.1186/1471-244X-14-190

268. Amorim, P. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CID1 / P. Amorim, Y. Lecrubier, E. Weillerl, [et al.] //

European Psychiatry. –1998. – Vol. 13 (1). – P. 26–34. DOI: 10.1016/S0924-9338(97)86748-X

269. Aronson, K. R. Feeling your body or feeling badly: evidence for the limited validity of the Somatosensory Amplification Scale as an index of somatic sensitivity / K. R. Aronson, L. F. Barrett, K. S. Quigley // Journal of Psychosomatic Research. – 2001. – Vol. 51 (1). – P. 387–394.

270. Ballering, A. V. Sex and gender differences in the public stigmatization of persistent somatic symptoms: a systematic review. A. V. Ballering, P. L. B. J. Lucassen, D. G. van Tol, [et al.] // Social Science & Medicine. – 2025. – Vol. 382. – Article number; 118232. DOI: 10.1016/j.socscimed.2025.118232

271. Bandelow B. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – first revision / B. Bandelow, J. Zohar, E. Hollander, [et al.] // World Journal of Biological Psychiatry. – 2008. – Vol. 9 (4). – P. 248–312. – DOI: 10.1080/15622970802465807

272. Bandelow, B. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders / B. Bandelow, C. Allgulander, D. S. Baldwin, [et al.] // World Journal of Biological Psychiatry. – 2023. – Vol. 24 (2) – P. 79–117. – DOI: 10.1080/15622975.2022.2086295

273. Bandelow, B. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part II: OCD and PTSD / B. Bandelow, C. Allgulander, D. S. Baldwin, [et al.] // World Journal of Biological Psychiatry. – 2022. – Vol. 3. –P. 118–134. DOI: 10.1080/15622975.2022.2086296

274. Barbati A. Do Migration and Acculturation Impact Somatization? A Scoping Review / A. Barbati, A. Geraci, F. Niro, [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2022. – Vol. 19 (23). – Article number: 16011. DOI: 10.3390/ijerph192316011

275. Barsky, A. J. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints and Somatic styles / A. J. Barsky, G. L. Klerman // *American Journal of Psychiatry*. – 1983. – Vol. 140 (3). – P. 273–283. DOI: 10.1176/ajp.140.3.273
276. Beck, T. The first step is the hardest – emotion recognition in patients with somatoform disorders / T. Beck, M. Breuss, M. Kumnig, G. Schüßler // *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. – 2013. – Vol. 59 (4). – P. 385–390. DOI: 10.13109/zptm.2013.59.4.385
277. Bekhuis, E. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms / E. Bekhuis, L. Boschloo, J. G. M. Rosmalen, R. A. Schoevers // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2015. – Vol. 78 (2). – P. 116–122. DOI:10.1016/j.jpsychores.2014.11.007
278. Bener, A. Prevalence of somatisation and psychologisation among patients visiting primary health care centres in the State of Qatar / A. Bener, S. Ghuloum, A. A. K. Al-Mulla, [et al.] // *Libyan Journal of Medicine*. – 2010. – Vol. 5 (1). – Article number: 5266. DOI: 10.3402/ljm.v5i0.5266
279. Berenbaum, J. J. T. Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia / J. J. T. Berenbaum // *Psychosomatic Medicine*. – 1994. – Vol. 56. – P. 353–359. DOI: 10.1097/00006842-199407000-00011
280. Berríos, G. E. Psiquiatría y sus objetos [Psychiatry and its objects] / G. E. Berríos // *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. – 2011. – Vol. 4 (4). – P.179–182. DOI: 10.1016/j.rpsm.2011.09.001
281. Biswal, B. Interventions for improving adherence to psychological treatments for common mental disorders: a systematic review / B. Biswal, Y. Gandhi, D. R. Singla, [et al.] // *Global Mental Health (Cambridge Prisms)*. – 2024. – Vol. 11. – Article number: e 83. DOI: 10.1017/gmh.2024.94
282. Bradfield, J. W. B. A pathologist's perspective of the somatoform disorders / J. W. B. Bradfield // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2006. – Vol. 60 (4). – P. 327–330. DOI:10.1016/j.jpsychores.2006.01.019

283. Briquet, P. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* [Clinical and therapeutic treatment of hysteria] / P. Briquet (1796-1881). – Paris : J.-B. Baillière et fils, Hipp. et Ch. Baillière brothers [etc.], 1859. – 724 p.

284. Broussolle, E. History of physical and 'moral' treatment of hysteria. / E. Broussolle, F. Gobert, T. Danaila, [et al.] // *Frontiers of Neurology and Neuroscience*. – 2014. – Vol. 35. – P.181–197. DOI: 10.1159/000360242

285. Çakmak, S. The relationship between somatic sense perception levels and comorbid psychiatric diseases in chronic pain patients / S. Çakmak, H. T. Özbek, A. G. Işık, [et al.] // *Agri : Journal of the Turkish Society of Algology*. – 2019. – Vol. 31(4). – P.183–194. DOI: 10.14744/agri.2019.68725

286. Carson, A. Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms 'unexplained by organic disease' / A. Carson, J. Stone, C. Hibberd, [et al.] // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. – 2011. – Vol. 82 (7). – P. 810–813. DOI: 10.1136/jnnp.2010.220640

287. Chadda, R. K. Somatisation : nosology to biology / R. K. Chadda // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 42 (3). – P. 225–236

288. Chaturvedi, S. K. Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behaviour / S. K. Chaturvedi, G. Desai, D. Shaligram // *International Review of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 18 (1). – P. 75–80. DOI: 10.1080/09540260500467087

289. Chrobak-Kasprzyk, K. Stress, anxiety, depressive disorders, and somatisation among lawyers / K. Chrobak-Kasprzyk, J. Josko-Ochojska // *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. – 2020. – Vol. 74. – P. 116–125. DOI:10.18794/aams/115678

290. Ciaramella, A. A retrospective observational study comparing somatosensory amplification in fibromyalgia, chronic pain, psychiatric disorders and healthy subjects / A. Ciaramella, S. Silvestri, V. Pozzolini, [et al.] // *Scandinavian Journal of Pain*. – 2020. – Vol. 21 (2). – P. 317–329. DOI: 10.1515/sjpain-2020-0103

291. Creed, F. Is there a better term than “Medically unexplained symptoms”? / F. Creed, E. Guthrie, P. Fink, [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2010. – Vol. 68 (1). – P. 5–8. DOI:10.1016/j.jpsychores.2009.09.004
292. Crisp, A. H. Every Family in the Land: Understanding Prejudice And Discrimination Against People With Mental Illness / A. H. Crisp. – London : Sir Robert Mond Memorial Trust, 2001. [Electronic book]. – 464 p. Free on <http://www.stigma.org/everyfamily> CD-ROM. – ISBN 0 9541314 01.
293. Dan, J. Classification systems in psychiatry. / J. Dan, D. Stein, C. Lund, R. M. Nesse // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2013. – Vol. 26 (5). – P. 493–497. DOI: 10.1097/yco.0b013e3283642dfd
294. Darmawan, W. Rural workforce challenges: Why not rural psychiatry? / W. Darmawan, C. Harding, M. Coleman, [et al.] // *Australasian Psychiatry*. – 2023. – Vol. 31 (1). – Article number: 103985622211391. DOI: 10.1177/10398562221139128
295. Darves-Bornoz, J. M. Personnalité et troubles somatiques [Personality and somatic disorders] / J. M. Darves-Bornoz // *L'Encéphale*. – 2018. – Vol. 445. – P. 471–475. DOI: 10.1016/j.encep.2018.02.002
296. David, D. 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. / D. David, C. Cotet, S. Matu, [et al.] // *Journal of Clinical Psychology*. – 2018. – Vol. 74 (3). – P. 304–318. DOI: 10.1002/jclp.22514
297. David, O. A. Effectiveness of Outpatient Rational Emotive Behavior Therapy Over One Decade / O. A. David, A. Cîmpean, C. Costescu, [et al.] // *American Journal of Psychotherapy*. – 2021. – Vol. 74 (4) – P. 157–164. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.20200009
298. De Leon, J. Is Psychiatry Scientific? A Letter to a 21st Century Psychiatry Resident / J. de Leon // *Psychiatry Investigation*. – 2013. – Vol. 10 (3). – Article number: 205. DOI: 10.4306/pi.2013.10.3.205

299. De Waal, M. W. M. [Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional limitations and comorbidity with anxiety and depression] / M. W. M. de Waal, I. A. Arnold, J. A. H. Eekhof, A. M. van Hemert // *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. – 2006. – Vol. 150 (12). – P. 671–676. [Article in Dutch].

300. Den Boeft, M. Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: results of a focus group study / M. den Boeft, D. Huisman, J. C. van der Wouden, [et al.] // *BMC Family Practice*. – 2016a. – Vol. 17. – Article number: 55. DOI: 10.1186/s12875-016-0451-x

301. Den Boeft, M. The association between medically unexplained physical symptoms and health care use over two years and the influence of depressive and anxiety disorders and personality traits: a longitudinal study / M. den Boeft, J. W. R. Twisk, B. Terluin, [et al.] // *BMC. Health Services Research*. – 2016b. – Vol. 16. – Article number: 100. DOI: 10.1186/s12913-016-1332-7

302. Dewsaran-van der Ven, C. Self-compassion in somatoform disorder / C. Dewsaran-van der Ven, S. van Broeckhuysen-Kloth, S. Thorsell, [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2018. – Vol. 262. – P. 34–39. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.12.013

303. Dijkstra-Kersten, S. M. A. Somatisation as a risk factor for incident depression and anxiety/ S. M. A. Dijkstra-Kersten, K. Sitnikova, H. W. J. van Marwijk, [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2015. – Vol. 79 (6). – 614–619. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.07.007

304. Dimsdale, J. E. Somatic Symptom Disorder : an important change in DSM / J. E. Dimsdale, F. Creed, J. Escobar, [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2013. – Vol. 75 (3). – P. 223–228. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.06.033

305. Economou M. [The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches] / M. Economou, A. Bechraki, M. Charitsi // *Psychiatriki*. – 2020. – Vol. 31(1). – P. 36–46. DOI: 10.22365/jpsych.2020.311.36

306. Edvards, T. M. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature / T. M. Edvards, A. Stern, D. D. Clarke, [et al.] // *Mental Health in Family Medicine*. – 2010. – Vol. 7 (4). – P. 209–221.
307. Escobar, J. I. Somatisation disorder in primary care / J. I. Escobar, M. Gara, R. C. Silver, [et al.] // *British journal of Psychiatry*. – 1998. – Vol. 173. – P. 262–266. DOI: 10.1192/bjp.173.3.262
308. Feussner, O. Somatization symptoms-prevalence and risk, stress and resilience factors among medical and dental students at a mid-sized German university / O. Feussner, C. Rehnisch, N. Rabkow, S. Watzke // *Peer J*. –2022. – Vol. 10. – Article number: e13803. <https://doi.org/10.7717/peerj.13803>
309. Frances, A. DSM-5 somatic symptom disorder mislabels medical illness as mental disorder / A. Frances, S. Chapman // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 47(5). – P. 483–484. DOI: 10.1177/0004867413484525
310. Gast, A. T. Medication adherence influencing factors – an (updated) overview of systematic reviews. / A. Gast, T. Mathes // *Systematic Reviews*. – 2019. – Vol. 8 (1). – Article number: 112. DOI: 10.1186/s13643-019-1014-8
311. Gilbert, P. Stigmatisation as a survival strategy: shame, stigma and the family: «skeletons in the cupboard and the role of shame» / P. Gilbert // *Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination against People with Mental Illness* / ed. by A. Crisp. – London : Sir Robert Mond Memorial Trust, Royal Society of Medicine, 2003. – P. 123–143.
312. Goffman, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity / E. Goffman. – Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall, Inc. 1963. – 147 p.
313. Goodoory, V. C. Characteristics of, and natural history among, individuals with Rome IV functional bowel disorders / V. C. Goodoory, L. A. Houghton, C. J. Black, A. C. Ford // *Neurogastroenterology & Motility*. – 2022. – Vol. 34 (5). – Article number: e14268. DOI: 10.1111/nmo.14268

314. Gureje, O. The epidemiology of ICD-11 bodily distress disorder and DSM-5 somatic symptom disorder in new large-scale population surveys within the World Mental Health Survey Initiative / O. Gureje, M. L. R. De Guzman, S. M. Khaled, [et al.] // *World Psychiatry*. – 2025. – Vol. 24 (3). – P. 395–403. DOI: 10.1002/wps.21353

315. Guze, S. B. A follow-up family study of Briquet's syndrome / S. B. Guze, C. R. Cloninger, R. L. Martin, P. J. Clauton // *British Journal of Psychiatry*. – 1986. – Vol. 149. – P. 17–23. DOI: 10.1192/bjp.149.1.17

316. Haghighat, R. A. A unitary theory of stigmatization : pursuit of self-interest and routes to destigmatisation / R. A. Haghighat // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 178. – P. 207–215. DOI: 10.1192/bjp.178.3.207

317. Hall, N. M. The relationship between cognitive functions, somatization and behavioural coping in patients with multiple functional somatic symptoms / N. M. Hall, R. Kuzminskyte, A. D. Pedersen, [et al.] // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 2011. – Vol. 65(3). – P. 216–224. DOI: 10.3109/08039488.2010.528024

318. Haller, H. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care / H. Haller, H. Cramer, R. Lauche, G. Dobos // *Deutsches Ärzteblatt*. – 2015. – Vol. 112 (16). – P. 279–287. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0279

319. Hauser, W. The Somatic Symptom Disorder in DSM 5 risks mislabelling people with major medical diseases as mentally ill / W. Hauser, F. Wolfe // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2013. – Vol. 75 (60). – P. 586–587. DOI:10.1016/j.jpsychores.2013.09.005

320. Hausteiner-Wiehle, C. Gender, lifespan and cultural aspects / C. Hausteiner-Wiehle, G. Schneider, S. Lee, A. Sumathipala, F. Creed // *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: Developing Better Clinical Services* / ed. by F. Creed, P. Henningsen, P. Fink. – Cambridge : Cambridge University Press, 2011. – P. 132–157. – DOI: 10.1017/CBO9780511977862.007

321. Hayasaka, Y. Dose equivalents of antidepressants: Evidence-based recommendations from randomized controlled trials. / Y. Hayasaka, M. Purgato, L.

R. Magni, [et al.] // J Affect Disord. – 2015 . – Vol. 180. – P. 179-84. . – DOI: 10.1016/j.jad.2015.03.021.

322. Hessel, A. Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland [Somatoform complaints in elderly of Germany] / A. Hessel, M. Geyer, T. Gunzelmann, [et al.] // Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. – 2003. – Vol. 36 (4). – P. 287–296. DOI: 10.1007/s00391-003-0117-x

323. Hinshaw, S. P. The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change / S. P. Hinshaw. – New York: Oxford University Press, 2007. – 331 p.

324. Holper, L. Optimal doses of antidepressants in dependence on age: Combined covariate actions in Bayesian network meta-analysis. / L. Holper // eClinicalMedicine. – 2020 . – Vol. 18. – Article number: 100219. – DOI: 10.1016/j.eclinm.2019.11.012

325. Howman, M. “You kind of want to fix it don’t you?” Exploring general practice trainees’ experiences of managing patients with medically unexplained symptoms / M. Howman, K. Walters, J. Rosenthal, [et al.] // BMC Medical Education. – 2016. – Vol. 16. – Article number: 27. DOI: 10.1186/s12909-015-0523-y

326. Huang, W. L. Autonomic reactivity during reading of a somatic distress script in patients with somatic symptom disorder / W. L. Huang, S. C. Liao, Y. K. Tu, [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2019. – Vol. 123. – Article number: 123:109729. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.05.007

327. Huber, C. Attentional and emotional mechanisms of pain processing and their related factors: a structural equations approach / C. Huber, M. Kunz, C. Artelt, S. Lautenbacher // Pain Research & Management. – 2010. – Vol. 15 (4). – P. 229–237. DOI: 10.1155/2010/516176

328. Huijbregts, K. M. Adverse effects of multiple physical symptoms on the course of depressive and anxiety symptoms in primary care / K. M. Huijbregts, H. W.

van Marwijk, F. J. de Jong, [et al.] // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2010. – Vol. 79 (6). – P. 389–391. DOI: 10.1159/000320899

329. Hüsing, P. Comparing the diagnostic concepts of ICD-10 somatoform disorders and DSM-5 somatic symptom disorders in patients from a psychosomatic outpatient clinic / P. Hüsing, B. Löwe, A. Toussaint // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2018. – Vol. 113. – P. 74–80. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.08.001

330. Hüsing, P. The framework for systematic reviews on psychological risk factors for persistent somatic symptoms and related syndromes and disorders (PSY-PSS) / P. Hüsing, A. Smakowski, B. Löwe, [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2023. – Vol. 14. – Article number: 1142484. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1142484

331. Jahn, D. R. The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy / D. R. Jahn, J. Leith, A. Muralidharan, [et al.] // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. – 20202. – Vol. 43 (2). – P. 97–105. DOI: 10.1037/prj0000377

332. Jindal, R. D. Grand Challenges in Psychosomatic Research / R. D. Jindal, J. R. Jennings // *Frontiers in Psychiatry*. – 2010. – Vol. 1. – Article number: 131. DOI: 10.3389/fpsy.2010.00131

333. Jorm, A. F. The concept of mental health literacy / A. F. Jorm // *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy Across the Life-span* / ed. by O. Okan, ets. – Bristol: Policy Press, 2019. – P. 53–66.

334. Kapfhammer, H. P. [Somatoform disorders. Clinical evidence, etiology, pathogenesis, and therapy] / H. P. Kapfhammer // *Nervenarzt*. – 2008. – Vol. 79 (1). – P. 99–115. DOI: 10.1007/s00115-007-2388-8

335. Kaplan, M. J. A psychodynamic perspective on treatment of patients with conversion and other somatoform disorders / M. J. Kaplan // *Psychodynamic Psychiatry*. – 2014. – Vol. 42 (4). – P. 593–615. DOI:10.1521/pdps.2014.42.4.593

336. Kessler, R. C. Mental health care treatment initiation when mental health services are incorporated into primary care practice / R. C. Kessler // *Journal of the*

American Board of Family Medicine. – 2012. – Vol. 25 (2). – P. 255–259. DOI: 10.3122/jabfm.2012.02.100125

337. Kessler, R. C. The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative / R. C. Kessler, J. M. Haro, S. G. Heeringa, [et al.] // *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. – 2006. – Vol. 15 (3). – P. 161–166. DOI:10.1017/S1121189X00004395

338. Kleinberg, J. Working with the alexithymic patient in groups / J. Kleinberg // *Psychoanalysis and Psychotherapy*. – 1996. – Vol. 13 (1). – P. 76–85.

339. Kleinstäuber, M. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults / M. Kleinstäuber, M. Witthöft, A. Steffanowski, [et al.] // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2014. – Vol. 2014 (11). – CD010628. DOI:10.1002/14651858.CD010628.pub2

340. Knapp, S. Psychological well-being and exercise addiction: The treatment effects of an REBT intervention for females. / S. Knapp, A. Miller, L. Outar, M. Turner // *Psychology of Sport and Exercise*. – 2023. – Vol. 64. – Article number: 102298. DOI: 10.1016/j.psychsport.2022.102298

341. Kroenke, K. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms / K. Kroenke, R. L. Spitzer // *Psychosomatic Medicine*. – 1998. – Vol. 60 (2). – P. 150–155. DOI: 10.1097/00006842-199803000-00006

342. Kroenke, K. Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric co-morbidity and management / K. Kroenke // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. – 2003. – Vol. 12. – P. 34–43. DOI: 10.1002/mpr.140

343. Kushwaha, V. Psychotherapeutic intervention in somatisation disorder: results of a controlled study from India / V. Kushwaha, R. K. Chadda, M. Mehta // *Psychology, Health & Medicine*. – 2013. – Vol. 18 (4). – P. 445–450. DOI: 10.1080/13548506.2013.765020

344. Laufer, N. Mental disorders in primary care in Israel: prevalence and risk factors / N. Laufer, N. Zilber, P. Jecsmien, [et al.] // *Social Psychiatry and*

Psychiatric Epidemiology. – 2013. – Vol. 48. – P. 1539–1554. DOI: 10.1007/s00127-012-0620-8

345. Leppik, I. E. Compliance during treatment of epilepsy / I. E. Leppik // *Epilepsia*. – 1988. – Vol. 29 (Suppl. 2). – P. S79–S84. DOI: 10.1111/j.1528-1157.1988.tb05801.x

346. Levy Yeyati, E. [Debating Psychiatry: A Critical Review of Some Recent Discussions] / E. Levy Yeyati // *Vertex Journal of Medical and Health Research*. – 2015. – Vol. 26 (121). – P. 229–233.

347. Lilleston, R. Life after ICD-10: ICD-11 is coming / R. Lilleston // *Healthcare Dive*. – 2017. Accessed February 8. Available at: <http://www.healthcaredive.com/news/life-after-icd-10-icd-11-is-coming/409622>

348. Link, B. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses / B. Link, E. I. Struening, S. Neese-Todd, [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2001. – Vol. 52 (12). – P. 1621–1626. DOI: 10.1176/appi.ps.52.12.1621

349. Lipowsky, Z. J. Somatization: the concept and clinical application / Z. J. Lipowsky // *American Journal of Psychiatry*. – 1988. – Vol. 145 (11). – P. 1358–1368. DOI: 10.1176/ajp.145.11.1358

350. Löwe, B. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management / B. Löwe, A. Toussaint, J. G. M. Rosmalen, [et al.] // *Lancet*. – 2024. – Vol. 403 (10444). – P. 2649–2662. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00623-8

351. Löwe, B. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis / B. Löwe, J. Levenson, M. Depping, [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2022. – Vol. 52 (4). – P. 632–648. DOI: 10.1017/S0033291721004177

352. Maas Genannt BERPohl, F. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance- and Mindfulness-Based Treatments in Adults with Bodily Distress: A Network Meta-Analysis / F. Maas Genannt BERPohl, A. Martin // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2025. – Vol. 94 (3). – P. 207–224. DOI: 10.1159/000544825

353. Macina, C. Somatization and Somatic Symptom Disorder and its overlap with dimensionally measured personality pathology: A systematic review / C. Macina, R. Bendel, M. Walter, J. S. Wrege // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2021. – Vol. 151. – Article number: 110646. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110646
354. Mai, F. M. Somatization Disorder: A Practical Review / F. M. Mai // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 49 (10). – P. 652–662. DOI: 10.1177/070674370404901002
355. Maroti, D. Introducing a new specifier for functional somatic disorder: a psychodynamic approach to investigating emotional factors / D. Maroti // *Frontiers in Psychiatry*. – 2025. – Vol.16. – Article number: 1481405. DOI: 10.3389/fpsy.2025.1481405
356. Mayer, J. D. Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications / J. D. Mayer, P. Salovey, D. R. Caruso // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol. 15 (3). – P. 197–215. – URL: <http://www.jstor.org/stable/20447229>. Accessed: 02/02/2012.
357. Mayou, R. Somatoform disorders : time for a new approach in DSM-V / R. Mayou, L. J. Kirmayer, G. Simon, [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162 (5). – P. 847–855. DOI:10.1176/appi.ajp.162.5
358. Meena, P. S. Gender differences in somatic symptoms in patients with depression: A comparative study at tertiary care center in North India / P. S. Meena, A. Sharma, M. Jain // *Indian Journal of Social Psychiatry*. – 2022. – Vol. 38 (1). – P. 69–72.
359. Merskey, H. Analysis of Hysteria : Understanding Conversion and Dissociation. – 2nd ed. / Harold Merskey. – London : Royal College of Psychiatrists, 1995. – 504 p. – ISBN-100902241885.
360. Mewes, R. Recent developments on psychological factors in medically unexplained symptoms and somatoform disorders. / R. Mewes // *Frontiers in Public Health*. – 2022. – Vol. 10. – Article number: 1033203. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1033203

361. Mewton, L. Poor self-rated health and its associations with somatisation in two Australian national surveys / L. Mewton, G. Andrews // *BMJ Open*. – 2013. – Vol. 3 (6). – Article number: e002965. DOI: 10.1136/bmjopen-2013- 00296
362. Mitchell, A. J. Clinical recognition of dementia and cognitive impairment in primary care: a meta-analysis of physician accuracy / A. J. Mitchell, N. Meader, M. Pentzek // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2011. – Vol.124 (3). – P. 165–183. DOI:10.1111/j.1600-0447.2011.01730.x
363. Moniem, I. Sex differences in schizophrenia: symptomatology, treatment efficacy and adverse effects / I. Moniem, V. Kafetzopoulos // *Frontiers in Psychiatry*. – 2025. – Vol. 16. – Article number: 1594334. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1594334
364. Morales, D. A. A call to action to address rural mental health disparities. / D. A. Morales, C. L. Barksdale, A. C. Beckel-Mitchener // *Journal of Clinical and Translational Science*. – 2020 – Vol. 4 (5) – P. 463–467. DOI: 10.1017/cts.2020.42
365. Nater, U. M. Stress as a pathophysiological factor in functional somatic syndromes / U. M. Nater, S. Fischer, U. Ehlert // *Current Psychiatry Research and Reviews*. – 2011. – Vol. 7 (2). – P.152–169. DOI: 10.2174/157340011796391184
366. Ng, B. Prevalence and comorbidities of somatoform disorders in a rural california outpatient psychiatric clinic. / B. Ng, L. M. Tomfohr, A. Camacho, J. E. Dimsdale // *Journal of Primary Care & Community Health*. – 2011 – Vol. 2 (1). – P. 54–59. DOI: 10.1177/2150131910383579
367. Ng, V. Psychological trauma, physical health and somatisation / V. Ng, A. Norwood // *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. – 2000. – Vol. 29 (5). – P. 658–664. DOI:10.47102/annals-acadmedsg.v29n5p658
368. Obimakinde, A. M. Familial and socio-economic correlates of somatisation disorder / A. M. Obimakinde, M. M. Ladipo A. E. Irabor // *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. – 2015. – Vol. 7 (1). – Article number: 746. DOI: 10.4102/phcfm.v7i1.746
369. Ogunsemi, O. O. Prevalence and detection of medically unexplained symptoms among out-patients in a Primary Health Care setting in South-west Nigeria

/ O. O. Ogunsemi, O. T. Afe, B. S. Osalusi, [et al.] // *Annals of Health Research*. – 2020. – Vol. 6 (2). – P. 211–217. DOI: 10.30442/ahr.0602-10-83.

370. Olde Hartman, T. C. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK) [NHG guideline on medically unexplained symptoms (MUS)] / T. C. Olde Hartman, A. H. Blankenstein, A. O. Molenaar, [et al.] // *Huisarts en Wetenschap*. – 2013. – Vol. 56 (5). – P. 222–230.

371. Olesen, J. The economic cost of brain disorders in Europe / J. Olesen, A. Gustavsson, M. Svensson, [et al.] // *European Journal of Neurology*. – 2012. – Vol. 19 (1). – P. 155–162. DOI:10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x

372. Omeke Faith, C. Can REBT Reduce Academic Stress and Increase Adjustment in Rural Students? / C. Omeke Faith, M. O. Ede, C. L. Chukwu, [et al.] Chinyere // *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. – 2024. – Vol. 42. – P. 699–721. DOI: 10.1007/s10942-024-00539-0

373. Öztürk, A. Investigation of facial emotion recognition, alexithymia, and levels of anxiety and depression in patients with somatic symptoms and related disorders / A. Öztürk, A. Kiliç, E. Deveci, İ. Kirpinar // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2016. – Vol. 12. – P. 1047–1053. DOI: 10.2147/NDT.S106989

374. Patel, V. Poverty and common mental disorders in developing countries / V. Patel, A. Kleinman // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2003. – Vol. 81 (8). – P. 609–615.

375. Peng, W. Reduced empathic pain processing in patients with somatoform pain disorder: Evidence from behavioral and neurophysiological measures / W. Peng, J. Meng, Y. Lou, [et al.] // *International Journal of Psychophysiology*. – 2019. – Vol. 139. – P. 40–47. DOI: 10.1016/j.ijpsycho.2019.03.004

376. Perley, M. J. Hysteria – The Stability and Usefulness of Clinical Criteria – A Quantitative Study Based on a Follow-up Period of Six to Eight Years in 39 Patients / M. J. Perley, S. B. Guze // *New England Journal of Medicine*. – 1962. – Vol. 266 (9). – P. 421–426. DOI: 10.1056/NEJM196203012660901

377. Pinel, E. C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes / E. C. Pinel // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1999. – Vol. 76 (1). – P. 114–128. DOI:10.1037/0022-3514.76.1.114

378. Pohontsch, N. J. ICD-10-Coding of Medically Unexplained Physical Symptoms and Somatoform Disorders-A Survey With German GPs / N. J. Pohontsch, T. Zimmermann, M. Lehmann, [et. al.] // *Frontiers in Medicine*. – 2021. – Vol. 8. – Article number: 598810. DOI: 10.3389/fmed.2021.598810

379. Popov, M. Yu. Sex-Specific Links Between Peripheral Inflammation and Metabolic Risk in Bipolar Disorder: Towards Risk Stratification / M. Yu. Popov, O. V. Lepik, Yu. A. Yakovleva, [et al.] // *Personalized Psychiatry and Neurology*. – 2026. – Vol. 6, No. 1. – P. 37-48. – DOI 10.52667/2712-9179-2026-6-1-37-48.

380. Poulsen Siig, E. J. The prevalence and estimated burden of somatoform disorders: a systematic review and meta-analysis of their epidemiology / E. J. Poulsen Siig, V.-M. Hvidtfelt Lykke, A. M. Mantilla-Herrera, [et al.] // *Lancet Psychiatry*. – 2025. – Vol. 12 (12). – P. 883–892. DOI:10.1016/S2215-0366(25)00272-X

381. Rask, M. T. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study / M. T. Rask, M. Rosendal, M. Fenger-Grøn, [et al.] // *General Hospital Psychiatry*. – 2015. – Vol. 37 (1). – P. 53–59. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2014.10.007

382. Reed, G. M. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders / G. M. Reed, M. B. First, C. S. Kogan, [et al.] // *World Psychiatry*. – 2019. – Vol. 18 (1). – P. 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611

383. Rief, W. Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population / W. Rief, A. Hessel, E. Braehler // *Psychosomatic Medicine*. – 2001. – Vol. 63 (4). – P. 595–602. DOI: 10.1097/00006842-200107000-00012

384. Rural Mental Health (RHlhub). – Текст : электронный // Rural Health Information Hub : [сайт]. – URL: <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/mental-health> (дата обращения: 09.06.2025).

385. Ryder, A. G. Evaluation of the SCIDII Personality Disorder Traits for DSM-IV: Coherence, Discrimination, Relations With General Personality Traits, and Functional Impairment / A. G. Ryder, P. T. Costa, R. M. Bagby // *Journal of Personality Disorders*. – 2007. – Vol. 21 (6). – P. 626–637. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.6.626

386. [Sabaté, E., ed.] World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action / ed. by E. Sabaté. – Geneva: World Health Organization. – 2003. – 216 p. – ISBN 92 4 154599 2.

387. Salovey, P. Emotional Intelligence / P. Salovey, J. D. Mayer // *Imagination, Cognition and Personality*. – 1990. – Vol. 9 (3). – P. 185–211. DOI: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG

388. Sandana, C. High prevalence of somatic symptoms in a semi-rural Chilean population and its association with depression and anxiety / C. Sandana, P. Bustos, H. Amigo,[et al.] // *International Journal of Culture and Mental Health* – 2018 – Vol. 11(7). – Article RCCM-2017-0057. DOI: 10.1080/17542863.2018.1444658

389. Schneider, A. Patients with Somatoform Disorders Are Prone to Expensive and Potentially Harmful Medical Procedures – Results of a Retrospective Cohort Study Over 15 Years / A. Schneider, E. Donnachie, S. Zipfel, P. Enck // *Deutsches Arzteblatt International*. – 2021. – Vol. 118 (25). – P. 425–431. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0135

390. Schröder, A. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: Organizational aspects and evidence-based treatment / A. Schröder, P. Fink // *Psychiatric Clinics of North American*. – 2011. – Vol. 34 (3). – P. 673–687. DOI: 10.1016/j.psc.2011.05.008

391. Sheehan, D. V. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 / D. V. Sheehan, Y. Lecrubier, K. Harnett-Sheehan, [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1998. – Vol. 59 (Suppl. 20). – P. 22–33.

392. Sheehan, D. V. The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) According to the SCID-P and Its Reliability / D. V. Sheehan, Y. Lecrubier, K. Harnett Sheehan, [et al.] // *European Psychiatry*. – 1997. – Vol. 12. – P. 232–241. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)

393. Sifneos, P. E. The Prevalence of ‘Alexithymic’ Characteristics in Psychosomatic Patients / P. E. Sifneos // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1973. – Vol. 22 (2-6). – P. 255–262. DOI: 10.1159/000286529

394. Silber, T. J. Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis / T. J. Silber // *Pediatrics in Review*. – 2011. – Vol. 32 (2). – P. 56–63. DOI: 10.1542/pir.32-2-56

395. Simoens, S. Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why? / S. Simoens, A. Scott // *Health Services Management Research*. – 2005. – Vol. 18 (1). – P. 25–40. DOI: 10.1258/0951484053051951

396. Sirey, J. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression / J. Sirey, M. L. Bruce, G. S. Alexopoulos, [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158 (3). – P. 479 – 481. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.3.479

397. Smith, R. C. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms / R. C. Smith, F. C. Dwamena // *Journal of General Internal Medicine*. – 2007. – Vol. 22 (5). – P. 685–691. DOI: 10.1007/s11606-006-0067-2

398. Somatoform Disorders / NIH National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information : [сайт]. – URL: <https://clinicaltrials.gov/search?cond=Somatoform%20Disorders> (дата обращения: 25.02.2025).

399. Sontag, S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors* / S. Sontag. – New York, NY: Picador, 2001. – 183 p. – ISBN: 978-0312420130.
400. Stekel, W. *Störungen des Trieb- und Affektlebens (die parathischen Erkrankungen). IX. Zwang und Zweifel* / W. Stekel. – Berlin-Wien : Urban-Schwarzenberg. – 1927. – Br. 1. – 633 s.
401. Swartz, M. *Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison.* / M. Swartz, R. Landerman, D. Blazer, L. George // *Psychosomatics*. – 1989 – Vol. 30 (1) – P. 44–53. DOI: 10.1016/S0033-3182(89)72316-1
402. Sykes, R. *Somatoform disorders in DSM-IV : mental or physical disorders?* / R. Sykes // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2006. – Vol. 60 (4). – P. 341–344. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2006.01.018
403. Sykes, R. *The DSM-5 website proposals for somatic symptom disorder: three central problems* / R. Sykes // *Psychosomatics*. – 2012. – Vol. 53 (6). – P. 524–531. DOI: 10.1016/j.psym.2012.06.004
404. Tasca, C. *Women and hysteria in the history of mental health.* / C. Tasca, M. Rapetti, M. G. Carta, B. Fadda // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. – 2012. – Vol. 8. – P. 110–119. DOI: 10.2174/1745017901208010110
405. Ten Have, M. *Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders* / M. ten Have, R. de Graaf, J. Ormel, [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2010. – Vol. 45 (2). – P. 153–163. DOI: 10.1007/s00127-009-0050-4
406. Thamby, A. *Deficits in Theory of Mind and Emotional Awareness in Somatoform Disorders* / A. Thamby, G. Desai, U. M. Mehta, S. K. Chaturvedi // *Indian Journal of Psychological Medicine*. – 2019. – Vol. 41(4). – P. 368–374. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_382_18
407. Tomenson, B. *Somatization and health anxiety as predictors of health care use* / B. Tomenson, J. McBeth, C. A. Chew-Graham, [et al.] // *Psychosomatic*

Medicine. – 2012. – Vol.74 (6). – P. 656–664. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31825cb140

408. Tomenson, B. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders / B. Tomenson, C. Essau, F. Jacobi, [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 203 (5). – P. 373–380. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114405

409. Uexküll, Thure von. *Psychosomatische Medizin* / Thure von Uexküll ; Hrsg. von Rolf Adler et al. – 3. neubearb. u. erw. Aufl. – München etc. : Urban & Schwarzenberg, 1986. – XXVIII, 1355 c. – ISBN 3-541-08843-5.

410. Van der Feltz-Cornelis, C. M. A European research agenda for somatic symptom disorders, bodily distress disorders, and functional disorders: Results of an estimate-talk-estimate delphi expert study / C. M. van der Feltz-Cornelis, I. Elfeddali, U. Werneke, [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2018. – Vol. 9. – Article number: 151. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00151

411. Van Eck van der Sluijs, J. F. Predictors of Persistent Medically Unexplained Physical Symptoms: Findings From, a General Population Study / J. F. van Eck van der Sluijs, M. Ten Have, R. de Graaf, [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2018. – Vol. 9. – Article number: 613. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00613

412. Van Rijswijk, E. Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided / E. van Rijswijk, M. Borghuis, E. van de Lisdonk, [et al.] // *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. – 2007. – Vol. 45 (1). – P. 23–29. DOI: 10.5414/cpp45023

413. Voigt, K. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification / K. Voigt, A. Nagel, B. Meyer, [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2010. – Vol. 68 (5). – P. 403–414. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.015

414. Waller, E. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective / E. Waller, C. E. Scheidt // *International Review of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 18 (1). – P. 13–24. DOI: 10.1080/09540260500466774

415. Westen, D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes / D. Westen // *World Psychiatry*. – 2012. – Vol. 11(1). – P.16–21. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.004

416. WHO. Depression : A Global Public Health Concern. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse / M. Marcus, T. Yasamy, M. van Ommeren, [et al.]. – Geneva: World Health Organization, 2012. – URL:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.

417. Wittchen, H.-U. Continued needs for epidemiological studies of mental disorders in the community / H.-U. Wittchen // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2004. – Vol. 73 (4). – P. 197–206. DOI: 10.1159/000077738

418. Yang, C. Global research status and trends of somatic symptom disorder: A bibliometric study / C, Yang, K, Zhang, Q, Wang,[et al.] // *World Journal of Psychiatry*. – 2025. – Vol. 15 (1). – Article number: 100730. DOI: 10.5498/wjp.v15.i1.100730

419. Yu, B. C. L. Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: a meta-analytic structural equation modeling approach / B. C. L. Yu, F. H. N. Chio, W. W. S. Mak, [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2021. – Vol. 87. – Article number: 102029. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102029

420. Zdankiewicz-Ścigała, E. Relationship between interoceptive sensibility and somatoform disorders in adults with autism spectrum traits. The mediating role of alexithymia and emotional dysregulation / E. Zdankiewicz-Ścigała, D. Ścigała, J. Sikora, [et al.] // *PLoS One*. – 2021. – Vol. 16 (8). – Article number: e0255460. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255460>

421. Zhang, M. Effects of Kegel exercise combined with rational emotive behavior therapy on pelvic floor muscle function and sexual life quality in patients with total hysterectomy: A retrospective study / M. Zhang, M. Zhu, X. Zhang, [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2023. – Vol.102 (52). – Article number: e36222. DOI: 10.1097/MD.00000000000036222

422. Zhang, Y. Lasting effects of residential mobility during childhood on psychopathology among Chinese University students / Y. Zhang, J. Coid, X. Liu, [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2021. – Vol. 21. – Article number: 45. DOI: 10.1186/s12888-020-03018-9

423. Zheng, D. Network analysis in adolescent patients with somatic symptom disorders / D. Zheng, S. Wang, J. Li, [et al.]// *BMC Psychiatry*. – 2025. – Vol. 26 (1). – Article number: 96. DOI: 10.1186/s12888-025-07686-3