

# ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.89-008.441:616.891.7:019.91(048)(091)-021.121

Для цитирования: Карпушкин А.М., Овчинников А.А. Соматоформное расстройство: исторический аспект и актуальное состояние проблемы в современных условиях (литературный обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021. № 4 (113). С. 79–92. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-4\(113\)-79-92](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-4(113)-79-92)

## Соматоформное расстройство: исторический аспект и актуальное состояние проблемы в современных условиях (литературный обзор)

**Карпушкин А.М., Овчинников А.А.**

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

### РЕЗЮМЕ

Соматоформное расстройство связано с психосоциальными факторами. Многие пациенты с этим расстройством длительное время безрезультатно лечатся в системе первичной медико-санитарной помощи с жалобами на необъяснимые клинические симптомы. **Цель:** изучить современное состояние проблемы соматоформных расстройств по материалам отечественной и зарубежной литературы. В данном литературном обзоре рассмотрены основные концептуальные подходы к проблеме соматоформного расстройства, в том числе предложенные в современных классификационных руководствах МКБ-11 и DSM-5. Обсуждаются известные диагностические и терапевтические затруднения, возникающие при работе с категорией пациентов с СФР. Особое внимание посвящено механизмам формирования соматоформных расстройств, освещается роль соматизации, конверсии и алекситимии в развитии заболевания. Проанализированы основные терапевтические методы, применяемые к пациентам с СФР, с позиции как психофармакологии, так и психотерапии.

**Ключевые слова:** соматоформное расстройство, DSM-5, МКБ-11, распространённость, соматизация, конверсия, расстройства телесных ощущений, алекситимия, стигматизация.

### ВВЕДЕНИЕ

Соматоформное расстройство (СФР) как междисциплинарная категория до настоящего времени является наименее изученной и «оставленной без внимания» профильными специалистами, несмотря на огромные финансовые затраты в связи с высокой представленностью пациентов с данной патологией в общемедицинской сети, а также выраженным ограничением социального функционирования и высоким риском самодеструктивного поведения [26, 49]. Как общемедицинская проблема соматоформное расстройство ассоциируется с высокой распространённостью, с существенными диагностическими и терапевтическими затруднениями, в то время как социально-экономический контекст напрямую связан с высокими финансовыми затратами на медицинское обслуживание данного контингента пациентов и выраженными ограничениями в сфере социального функционирования. Эпидемиологические данные по соматоформному расстройству разительно отличаются, что связано, по-видимому, с различными критериями отбора пациентов при эпидемиологическом анализе [5, 34, 15].

Оценочно-критериальные отличия могут зависеть «от профильной территориальности», т.е. отбора пациентов в условиях терапевтического или хирургического отделения, амбулаторной службы, специализированных терапевтических центров или первичного поликлинического приема. Так, например, приводимые авторами показатели от 20 до 50% пациентов с СФР в общемедицинской сети иллюстрируют особую значимость данной проблемы не только на уровне общероссийской статистики [5, 43]. Большинство авторов указывают, учитывая значительное количество пациентов с СФР, на внушительное число некорректных диагнозов и, соответственно, неадекватных терапевтических мероприятий. Приводятся данные, что около 20% объема средств, выделенных на здравоохранение, расходуется именно этими больными [12]. Проблемы, связанные с СФР, осложняются тем обстоятельством, что до настоящего времени отсутствуют согласованные представления и единая позиция относительно компетентных терапевтических подходов применительно к данной группе пациентов.

Основной контингент больных с СФР получают соматотропно-ориентированную терапию у врачей-интернистов в связи с тем, что диагностируются как пациенты соматического профиля. Так как остальная часть категоризируется как пациенты с «функциональными нарушениями», ориентируются на симптоматическую терапию. Однако обе стратегии – как диагностическая, так и терапевтическая – приводят к катастрофическим последствиям в силу неэффективности, с последующей деморализацией и вторичной гипотимией, ассоциированной с суицидальным поведением и зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ).

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить современное состояние проблемы соматоформных расстройств с привлечением аналитической методологии по материалам отечественной и зарубежной литературы.

### ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Соматоформные расстройства – относительно недавно появившаяся диагностическая рубрика в современных систематиках психических и поведенческих расстройств. Учитывая клиническую разнородность в современной операциональной систематике ICD-10 соматоформного расстройства с выделением таких типологических вариантов как соматизированное расстройство, соматизированная вегетативная дисфункция, ипохондрическое расстройство и хроническое соматоформное болевое расстройство – эпидемиологические количественные показатели по СФР так же разнообразны.

В частности в исследовании ВОЗ, проведенном в 15 центрах первичной медико-санитарной помощи в Азии, Африке, Европе и Америке, обнаружено, что 22% пользователей первичного звена медицинской помощи жаловались на постоянные боли, без нейроанатомической локализации и соответствующих объективизированных нейрофизиологических механизмов боли [45]. Другим типологическим вариантом СФР, встречающимся почти исключительно в соматических больницах и в системе первичной медицинской помощи, является соматизированное расстройство. Хотя его распространенность оценивается в пределах 0,5%, истинная заболеваемость, вероятно, выше – ближе к 1%, т.е. оно встречается почти с такой же частотой, как и шизофрения [29]. Более позднее ретроспективное исследование [62], посвященное изучению необъяснимых физических симптомов у пациентов неврологического профиля, выявило уровень их распространенности, достигающий 10,1%. Аналогичное исследование, проведенное в Индии [25], продемонстрировало ещё более высокий показатель распространенности – на уровне 24,6%.

Относительная несогласованность по эпидемиологическим показателям, кроме того, может быть связана с концептуальными разногласиями относительно этиопатогенеза СФР. Так, в клинических интерпретациях северо-американских систематик психических и поведенческих расстройств (DSM-3R, DSM-4TR) в качестве механизмов формирования СФР, помимо «соматизации», не исключаются и механизмы «соматической конверсии», которые рассматриваются отдельно и независимо от диссоциативных расстройств. В целом вся группа соматоформных расстройств до настоящего времени в североамериканских источниках интерпретируется по происхождению как синдром Брика, первоначально имеющий отношение к описаниям истерических стигматов [55, 58]. Если учитывать то обстоятельство, что «мягкая соматизация», характеризующаяся двумя или тремя симптомами необъективизируемых соматических нарушений, постоянно беспокоящих пациента более 2 лет, встречающаяся в первичном звене медицинской помощи более чем в 8,2% наблюдений, то становится вполне объяснимой некорректность общемировой статистики, касающейся соматоформного расстройства [54]. Хотя заниженные эпидемиологические показатели по СФР связаны не только с концептуальной несогласованностью. Так, по мнению E. Slater [67], явления соматизации – конверсии со времен З. Фрейда практически не встречаются как клинический феномен. Данное утверждение, по мнению C. Bass et al. [26], привело к значительному снижению (до относительно недавнего времени) количества научных разработок по этой проблеме [32].

В изданной в 2013 г. Американской психиатрической ассоциацией систематике DSM-5 концепция соматоформных расстройств была пересмотрена. Существовавшие ранее термины, такие как «соматизированное расстройство», «недифференцированное соматоформное расстройство», «ипохондрическое расстройство», больше не используются, а замещающая категория получила название «расстройство, проявляющееся соматическими симптомами» (somatic symptom disorder). Такой критерий, как отсутствие медицинского объяснения наличия симптомов, больше не является релевантным. Напротив, подчеркивается, что эти расстройства часто наблюдаются у больных соматического профиля в структуре первичной медицинской практики. В данной категории определяющим признаком является наличие у пациента одного или нескольких соматических симптомов (хотя бы один из них должен наблюдаться не менее 6 месяцев), сочетающихся с убежденностью в тяжести патологии и избыточной тревогой, связанной с состоянием здоро-

вья, которые не коррелируют с тяжестью соматических проявлений, но выражаются в изменении поведения и социальной дезадаптации [22]. Новый подход, продемонстрированный в DSM-5, подвергается критике за недостаточную четкость критериев и слишком широкую возможность их трактовки, что в итоге может привести к возникновению избыточно инклюзивной и гетерогенной группы пациентов [69].

Что касается изменения подхода к классификации соматоформных расстройств в МКБ-11, вновь созданная категория «расстройства телесных ощущений (соматический дистресс-синдром)» была не только значительно упрощена по сравнению с присутствующей в МКБ-10 рубрикой «соматоформные расстройства», но и объединила в себе как соматоформный регистр, так и неврастению. При этом из классификации соматических дистресс-расстройств была исключена ипохондрия, вошедшая в группу обсессивно-компульсивных расстройств [44]. В новой классификации расстройство телесного дискомфорта подразумевает наличие телесных симптомов, которые вызывают у пациента страдания (дистресс), и избыточного внимания, направленного на симптомы, что проявляется в повторных контактах с медицинскими работниками. Расстройства варьируются по степени тяжести и подразделяются на легкое, умеренное или тяжелое в зависимости от степени нарушения функционирования. Как и в DSM-V, данное расстройство определяется в соответствии с наличием дистресса, повторяющихся тягостных мыслей и влиянием на поведение, а не на основании отсутствия медицинских объяснений имеющейся симптоматики, как это было в рубрике «соматоформные расстройства» в МКБ-10. Кроме того, в МКБ-11 был введен новый диагноз, входящий в состав данной группы – дисфория целостности восприятия собственного тела [63].

Другая, не менее важная проблема, связанная в последнее время с повышенным вниманием к расстройствам соматизированного регистра, – это высокое экономическое бремя соматоформных расстройств для практического здравоохранения и значительные ограничения уровня жизнедеятельности, качества жизни пациентов с соматоформным расстройством. Установлена определенная неблагоприятная тенденция, а именно то, что большинство пациентов с СФР, в частности с хроническими болями, посещающих общесоматические лечебные учреждения, нетрудоспособны и зависят от помощи и поддержки других людей [28, 27]. Однако лишь небольшое количество этих больных обследуются медицинскими психологами или профильными специалистами – психиатрами [47].

Ряд авторов до настоящего времени считают категорию соматоформного расстройства тождественной категории ларвированной депрессии, относительно нозоцентрической систематики [18, 17]. Подобное мнение может быть обосновано, если ориентироваться на исследования, в которых подтверждается терапевтическая эффективность антидепрессантов относительно некоторых типологических вариантов СФР, в частности соматизированного варианта, хронического соматоформного болевого расстройства и соматизированной вегетативной дисфункции. Действительно, существует согласованное мнение большинства специалистов по поводу эффективности антидепрессантов первой генерации при хроническом соматоформном болевом синдроме, а также антидепрессантов второго и третьего поколений относительно СФР, исключая ипохондрическое расстройство [11, 53, 59].

Однако данная концептуализация принципиальна в том смысле, что ларвированные депрессии относятся к расстройствам аффективного спектра, в то время как СФР – к расстройствам невротического диапазона. Тем более что в нозоцентрических систематиках ипохондрическое расстройство существовало в качестве самостоятельной нозологической категории невротического происхождения. Данные разногласия в настоящее время малоразрешимы, поскольку современные антидепрессанты с минимизированным профилем побочных эффектов имеют более широкие показания к применению, включая невротические расстройства. Парадокс в данном случае заключается в том, что при возрастающем количестве дискретных диагностических категорий в каждой последующей актуализированной операциональной систематике психических и поведенческих расстройств психофармакологический инструментарий (антидепрессанты, антипсихотики, бензодиазепины) остается прежним, исключая безопасность, переносимость и спектр психотропной активности препаратов. К тому же в настоящее время диагностика «посредством терапии» вряд ли корректна, поскольку большинство современных психотропных препаратов синдромально малоспецифичны, что обусловлено широким профилем действия. Диагностические недоразумения еще более драматичны в силу того обстоятельства, что большинство больных соматоформного профиля – это пациенты общесоматической сети [1]. Отсюда возникает принципиальный вопрос: почему пациенты с соматоформным расстройством относятся к компетенции общемедицинской сети? И второй вопрос: на основании чего пациенты с СФР в профильном (психиатрическом) учреждении «малоизвестны» в диагностическом отношении для психиатров?

Ответ на первый вопрос связан с клинической спецификой СФР. При отсутствии общего мнения относительно механизмов формирования вариантов СФР в современных систематиках приводятся обобщающие характеристики данных расстройств, имеющие исключительно описательный характер. Так, например, общие для всех типов СФР критерии, а именно «постоянные жалобы соматического характера на здоровье, сохраняющиеся и при отрицательных результатах исследований», а также «отказ пациентов от обсуждения возможности наличия психологических причин расстройства», – в принципе исключают участие профильного специалиста (врача-психиатра) в диагностическом процессе. Несмотря на имеющиеся в клинической картине транзиторные тревожные и гипотимические компоненты, пациент опосредует (интерпретирует) свое заболевание как физическое страдание. К основным признакам, характеризующим группу СФР, относится критерий «постоянное требование медицинских обследований», воспринимаемый большинством врачей-интернистов как некий «раздражающий императив со стороны пациента», а не диагностический признак. Критерии: 1) «соматические жалобы имеют вероятную связь с психологическими факторами и подсознательными конфликтами», 2) «отказ пациентов от обсуждения возможности наличия психологических причин расстройства» – окончательно проясняют тот факт, в связи с чем пациенты с СФР являются пользователями медицинских услуг врачей-интернистов в общесоматической сети. Такая дефиниция как «повторяющееся возникновение физических симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования...», является для специалистов-психиатров в большей степени декларацией, поскольку в данном определении СФР клинический аспект представлен в качестве остаточной категории, без соответствующего этиопатогенетического обоснования.

Второй вопрос, касающийся диагностических затруднений СФР у врачей-психиатров, так же неоднозначен и имеет несколько причин. Ряд авторов связывают «малую заинтересованность» психиатров относительно СФР с «особенностями психиатрической диагностики» и акцентом в практической деятельности на «тяжелых психических заболеваниях» [50, 33]. Возможной причиной является так же малый удельный вес пациентов с СФР в амбулаторной и стационарной психиатрической сети, что оправдывает отсутствие опыта или ограниченный опыт обслуживания пациентов с симптоматикой, которую нельзя объяснить исключительно соматическим расстройством [65].

Вне зависимости от диагностических трудностей, возникающих как у профильных специалистов-психиатров, так и у врачей-интернистов, имеются причины, которые не только корректным образом могут объяснить заниженную статистику по СФР, но и приоритеты обращаемости пациентов с соматоформной симптоматикой в общемедицинскую сеть – это причины, связанные со стигматизацией. Относительно этого неблагоприятного социально-медицинского феномена существует согласованное мнение большинства специалистов, суть которого сводится к тому, что существующая организационная структура психиатрической службы инициирует сам феномен стигматизации. Однако исследований, в которых бы подчеркивался контекст взаимной обусловленности и соподчиненности таких явлений, как соматизация и стигматизация, не так много.

В этой связи представляют особый интерес работы М. Murphy (1989), К. Bridges, D. Goldberg, G.B. Evans, Т. Sharpe (1991), М. Eger Aydogmus (2020), в которых было выявлено, что пациенты, страдающие психическими расстройствами, при обращении к специалистам общей практики чаще предъявляют жалобы на соматические симптомы, чем на проявления эмоционального дистресса [60, 30, 35]. Хотя концепция К. Bridges основывалась на исследованиях, проводимых в условиях первичной медицинской помощи, тем не менее её сфера влияния не может ограничиваться только общемедицинской практикой [36]. Первоначальная версия относительно механизмов «соматизации» касалась чисто прагматических целей, в частности для уточнения «позитивного тропизма» пациентов к общесоматической сети. В более поздних исследованиях, основываясь на операциональных критериях диагностики, рабочая группа К. Bridges выделила гипотетические типы «психологизирующих» и «соматизирующих» пациентов, ассоциировав эти типы с такой экстраординарной категорией, как стигматизация. Первоначально операциональная дефиниция соматизации сводилась к тому, что у пациентов с признаками СФР должно обнаруживаться психическое расстройство, но их жалобы ограничивались только соматическими симптомами, которые невозможно объяснить органическими причинами. Кроме того, данные пациенты категорически возражали относительно возможности психологического происхождения их симптоматики, хотя реагировали редукцией соматических симптомов при позитивной терапии психического расстройства. В более поздних версиях психиатрических систематик критерии К. Bridges, пересмотренные и дополненные, легли в основу для определения общих признаков, характеризующих соматоформные расстройства (ICD-10, DSM-4TR).

Концептуализация феномена соматизации, безусловно, привносит социальный контекст, иллюстрируя, с одной стороны, каким образом пациент дистанцируется за счет отрицания психического расстройства от его стигматизирующего влияния, а с другой стороны, каким образом пациент адаптируется к психическому расстройству в условиях современного социума. В некоторых работах попытка объяснения такого дистанцирования осуществляется через исследование феномена самостигматизации, наиболее ярко проявляющегося у пациентов, впервые обратившихся за помощью в психиатрическое учреждение и широко распространенного в группе пациентов с СФР [14]. Симптоматика соматизированного регистра «...является адаптацией к психическому расстройству: пациент может избежать упреков в связи с жизненными неудачами...» [30]. Эти факты подтверждаются как исследованиями, в которых были показаны стойкие проявления соматизации при психических расстройствах [39], так и исследованиями, в которых представлено, что у «соматизирующих» пациентов меньше социальных проблем [52].

Таким образом, концептуализации «соматизация – стигматизация» позволяют корректным образом утверждать, что «соматизирующие» пациенты испытывают меньший социальный дистресс, нежели «психологизирующие», что является иллюстрацией того, что соматические симптомы защищают от субъективно неприятных переживаний тревоги и гипотимии. Действительно, клинически ориентированные исследования постоянно выявляют сильные корреляции соматических симптомов с тревогой и депрессией в структуре СФР [46, 57]. Однако тот социальный фон, который инициирует соматизацию для дистанцирования от стигматизации и который объясняет «тропизм» пациентов с СФР к общемедицинской сети, а также диагностические парадоксы и терапевтические противоречия, не является единственной причиной тех проблем, которые связаны с механизмами развития СФР.

При всем многообразии теорий, связанных с механизмами формирования расстройств соматизированного регистра, до настоящего времени нет однозначного представления о том, каким образом психические расстройства маскируются под соматизированные нарушения. Теория К. Bridges (1991) о «психологизирующих» и «соматизирующих» типах личности дает лишь приблизительное представление о том социальном фоне, где возможна реализация трансформации психических (психологических) феноменов в расстройства соматизированного регистра. К сожалению, работ клинической направленности относительно данных расстройств не так много.

Клинические исследования в большей степени констатируют наличие расстройств соматизированного регистра, их тенденцию роста в общей популяции, при этом механизмы развития и их взаимосвязь с клинической типологией остаются за рамками данных исследований. По мнению ряда авторов, данное обстоятельство связано со спецификой диагностического инструментария в психиатрии, его большей приспособленностью для более «грубой психической патологии», с другой стороны, с прикладным характером данных работ, где фундаментальные вопросы, ассоциированные с этиопатогенезом, не являются приоритетными для клинических исследований.

Большинство авторов сходятся во мнении относительно того, что СФР имеют многофакторное происхождение [19]. Однако современные реалии таковы, что в операциональных систематиках психических и поведенческих расстройств под дефиницию «соматоформное расстройство» попадают такие нарушения соматизированного регистра, которые нетождественны не только по механизмам развития, но и по клиническому содержанию. При этом дискретность данных диагностических категорий, их относительная самостоятельность и клиническое содержание без учета временной динамики, т.е. без использования принципов континуальной диагностики, являются не более чем руководством к диагностике. Данное обстоятельство можно было бы проиллюстрировать тем фактом, что терапия СФР не является специфичной и дифференцированной по его клиническим типологическим вариантам.

В этиопатогенетическом отношении относительно СФР принято выделять внутриличностные и психологические факторы, имеющие непосредственное отношение к такому композитному феномену как алекситимия. Действительно, большинством авторов алекситимия понимается как некая перманентная характеристика личности у пациентов с СФР [6, 2, 16]. Более того, в ряде работ просматривается тенденция отождествлять алекситимические паттерны аффективного реагирования у лиц с соматоформным расстройством с самим СФР. Эта позиция вряд ли корректна, поскольку алекситимия как устойчивый феномен «соматизации аффекта» может иметь и непатологическое происхождение [4]. Так, например, среди этнокультуральных исследований можно отметить ряд работ, в которых представлена разная степень дифференцировки аффективных переживаний, тесно ассоциированных с лингвистическими особенностями той или иной культурной среды. В этом смысле недостаточно нюансированная вербализация и эмоционально обедненная внутрисемейная коммуникация соответствуют характеристикам алекситимии.

В аналитически ориентированных исследованиях, в частности в «теории объектных отношений», подчеркивается микросоциальный контекст формирования алекситимии при условии малой дифференцированности эмоциональных переживаний и соответствующих вербализаций во внутрисемейных коммуникациях. Это либо намеренная стратегия, связанная с условиями воспитания, либо существующий эмоциональный и лингвистический дефицит в коммуникативном обмене между родителями и ребенком. Данный микросоциальный контекст, связанный с эмоционально-лингвистической обедненностью, реализуется через имитационный механизм, преобразуя «соматический язык» в приоритетный и в дальнейших коммуникациях, формируя алекситимию, в данном случае являющуюся ответом на устойчивые и неизменные интерперсональные «эмоционально-дефицитарные» отношения детского возраста [10]. В этом смысле дисфункциональность такого типа внутрисемейных отношений связана с пренебрежением эмоциональными потребностями ребенка со стороны родителей или замещающих их воспитывающих фигур.

Уже давно было высказано предположение (и этому приводятся некоторые доказательства), что независимо от индивидуальных когнитивных, социальных, культуральных и психологических факторов люди различаются по своей способности непосредственно выражать эмоции, в значительной степени они учатся этому в семье. Это является основой такого понятия как «психологическая предрасположенность» и почти противоположного понятия «алекситимия» (что буквально означает отсутствие слов для выражения чувств) [66]. Последний термин используется в медицинской документации для описания семей, испытывающих большие трудности в выражении эмоций, в которых дети страдают СФР [64]. Обсуждаемые данные могут помочь объяснить, почему в некоторых семьях соматические жалобы являются более простым и доступным способом выражения дистресса. Другой вариант выражения этих же идей содержится в понятии «обусловленного воспитания»: когда некоторые родители могут по-разному реагировать на соматические и эмоциональные расстройства, отдавая предпочтение первым, и ребенок это быстро усваивает. Причины, по которым определенной категории родителей трудно понять язык эмоций и обратить внимание на эмоциональные сигналы или ответить таким же образом, полностью не установлены и требуют дальнейших исследований. Дисфункциональность семьи может касаться не только тех факторов, которые напрямую конструируют алекситимические стратегии поведения.

В частности речь идет о тех дисфункциональных семьях, в которых тиражируется диссоциативный компонент воспитания, связанный с жестокостью и насилием. Установлено, что один из множества факторов, которые ограничивают выражение эмоций и вызывают функциональные и соматические жалобы, это жестокое эмоциональное отношение и физическое насилие в раннем возрасте, хотя механизмы этого явления еще далеки от полного понимания [31]. Конечно, в клинической практике дети и подростки с полиморфной симптоматикой, которые воспитывались в атмосфере эмоциональной депривации и недостаточного внимания, встречаются довольно часто, и функцию симптомов как примитивных признаков дистресса можно легко определить. Уход от болезненных эмоциональных переживаний раннего возраста с сохранением травмирующих воспоминаний только о соматическом дистрессе – один из возможных механизмов.

Немногочисленные публикации относительно формирования алекситимии касаются тяжелых соматических заболеваний, перенесенных детьми в раннем возрасте (двербальный период). Так, в работах Г. Кристалл (2006) доказана взаимосвязь между тяжелыми соматическими заболеваниями у детей в возрасте до 3 лет с последующим формированием алекситимии в результате «соматизации» аффекта [9].

Однако риск формирования СФР через алекситимию, соматизацию аффекта и дистресс – далеко не единственный фактор в этиопатогенезе СФР. Речь идет соматических и психических заболеваниях родителей, у детей которых впоследствии выявляются психические расстройства соматизированного регистра. К примеру, в более ранних исследованиях было выявлено, что родителям с плохим состоянием здоровья (психического или соматического) бывает трудно понять, здоров ли ребенок или у него лишь незначительное недомогание, они тревожатся по поводу его здоровья, при этом неправильно либо пессимистически анализируя ситуацию [48]. Если у родителей наблюдается депрессия или тревога, возрастает вероятность того, что в недалеком будущем они обратятся за консультацией по поводу состояния здоровья собственного и своих детей в систему первичной и специализированной медицинской помощи [23, 24, 40, 41]. В исследованиях, посвященных педиатрическим консультациям и эпидемиологии, представлено, что у родителей с большим количеством проблем со стороны соматического и психического здоровья больше шансов иметь детей с функциональными соматическими симптомами, чем у родителей без такой патологии [48].

При относительно разобщенных данных по СФР, на наш взгляд, всё же имеется общая тенденция считать алекситимию в качестве связующей и обобщающей категории в этиопатогенезе расстройств соматизированного регистра [61]. Несмотря на тот факт, что сам феномен алекситимии описан более чем 40 лет назад, востребованность данного клинико-психологического конструкта очевидна при его относительной неспецифичности. Действительно, в многочисленных исследованиях, касающихся алекситимии, отмечается как патологический [8], так и непатологический контекст данного феномена. Более того ряд авторов подчеркивают адаптационную функцию алекситимии, особенно при психосоматических расстройствах [20]. В позднее опубликованных исследованиях было выявлено, что алекситимия необязательно имеет перманентный характер, в ряде случаев она может рассматриваться как транзиторный феномен, например, при аддиктивных и диссоциативных расстройствах [4]. Подобные факты могут интерпретироваться, с одной стороны, общими механизмами формирования данных расстройств, в этом случае алекситимия является результатом «ресоматизации аффекта» в ответ на эмоционально дезорганизующий опыт. С другой стороны, внеклинический контекст алекситимии однозначно согласуется со своеобразной социальной адаптацией, как реакцией на возможную стигматизацию посредством психического заболевания.

Вполне очевидно и отчетливо в клинических реалиях прослеживается взаимосвязь алекситимии с такими клиническими категориями как посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия и паническое расстройство [70].

В многочисленных исследованиях и дискуссиях относительно пациентов с расстройствами соматизированного регистра, чьи соматические жалобы либо не могут быть прояснены медицинским обследованием, либо носят «функциональный» характер, подчеркивается отсутствие согласованной позиции по терапии данных расстройств. Большая часть пациентов с СФР получают соматотропно-ориентированную симптоматическую терапию, поскольку первично обращаются к специалистам общей медицинской практики. Исключение составляет лишь ипохондрическое расстройство, что, вероятно, объясняется его специфической психопатологической структурой и отсутствием выраженных соматовегетативных нарушений. Эти особенности ипохондрического расстройства не способствуют «диагностической дезориентации» врачей-интернистов, чем объясняется относительно быстрый и адресный запрос на консультацию профильного специалиста — психиатра.

Однако лица, страдающие другими расстройствами, входящими в диагностическую рубрику СФР, а именно соматизированное расстройство, соматизированная вегетативная дисфункция и хроническое болевое соматоформное расстройство, являются пациентами врачей общего профиля. Другая составляющая терапевтических парадоксов СФР связана с активным нежеланием пациентов получать терапию в условиях амбулаторной психиатрической службы, тем более в психиатрическом стационаре, что прямо или косвенно ассоциируется со стигматизирующим контекстом. Формирование и поддержание комплаентных отношений врача с пациентом данной категории часто бывает проблематичным, что влечет за собой значительные диагностические и терапевтические трудности [7]. При достаточно компетентном отношении врача-интерниста к пациентам с СФР, предполагается, что основная задача общей медицинской сети является не только «чисто диагностической», но и посреднической. В рассматриваемом контексте благоприятное, расположенное и непредубежденное отношение к направлению, выдаваемому врачом общей практики к специалисту в области психического здоровья, очень важно, поскольку дает понять пациенту, что психиатрическая служба является тем единственным учреждением, где будет оказана эффективная помощь.

В этой связи представляется корректной этапность оказания помощи пациентам с СФР, предложенная D. Mary Eminson (2001) [37]. Необходимым условием эффективной терапии, по мнению автора, является т.н. вовлекающее интервью, которое является первым этапом, мотивирующим пациента на преодоление стигматизации. Наиболее важными аспектами для осознания эффективности процесса «вовлечения» являются понимание взглядов семейного окружения на болезнь пациента, степень убежденности в соматической причине заболевания, степень удовлетворенности соматическим обследованием и объяснением его результатов, а также принятие точки зрения на возможное психиатрическое вмешательство [42].

Последний пункт, а именно мотивирование на возможность использовать ресурсы специализированной профильной помощи, является наиболее сложным, поскольку, помимо опасений стигматизации, пациент с СФР интерпретирует свои соматизированные нарушения только как соматическое заболевание. Тем не менее значительная часть специалистов, причем как психиатров, так и врачей-интернистов, на практике всё в большей степени используют в терапевтических схемах относительно пациентов с СФР психотропные препараты.

Но не всегда подобное назначение (антипсихотиков, антидепрессантов и бензодиазепиновых производных) связано с какой-либо теоретической ориентацией, корректно объясняющей патогенетические механизмы формирования различных вариантов расстройств соматизированного регистра. При опросе врачей-интернистов отмечается лишь большая терапевтическая эффективность психотропных препаратов при СФР относительно соматотропной терапии. Этот подход, расцениваемый как симптоматический, является приоритетным и для врачей-психиатров.

Не менее важный вопрос, связанный с терапией СФР, относится к первичности и вторичности симптомов соматизированного и психопатологического ряда. С одной стороны, при СФР соматизированный разряд симптомов выходит на первый план в картине болезни. С другой стороны, квалификация состояния как СФР подразумевает психиатрическую спецификацию соматических феноменов, что предполагает внимательное отношение к психическому регистру симптомов – клинически часто менее актуальному, чем соматический ряд [3]. Данный диагностический парадокс в оценке первичности соматической или психопатологической категории симптомов при СФР склоняет врачей-практиков к интуитивному терапевтическому эмпиризму в отношении пациентов с СФР, а фактически такой подход соответствует симптоматическому акценту в терапии. Таким образом, специалист в области психиатрии будет акцентироваться на психопатологической симптоматике, а врач-интернист – на симптоматике соматического ряда. Т.е. по сути можно констатировать, что терапевтический подход формируется исходя из клинической концептуализации СФР. Главную роль в этих обстоятельствах играют накопленный клинический опыт и исходные теоретические предпочтения исследователя.

В отечественной психиатрической практике с выраженным нозоцентрическим акцентом психофармакотерапевтический контекст традиционно взаимосвязан с нозологической принадлежностью соматизированного психопатологического состояния. Это обстоятельство отчетливо иллюстрирует неоправданно широкое применение психотропных препаратов и особенно антипсихотиков в терапевтических схемах при СФР. Психотропные средства адресуют свое медикаментозное действие к выявляемым психопатологическим синдромам. Таким образом, наиболее распространенный в психиатрии подход к терапии СФР в первую очередь определяется идентифицируемыми актуальными психическими симптомами или предполагаемым психическим расстройством, которое маскируется под симптоматику соматического регистра.

Симптоматическая точка зрения реализуется на уровне теоретических обобщений, в которых клиническая концептуализация отражает первичность психических нарушений относительно симптомов соматического регистра.

Для психотерапевтов различных теоретических ориентаций СФР представляет специфически индивидуальную проблему. С одной стороны, психогенное происхождение СФР является привлекательным и весомым для использования различных психологических интервенций. С другой стороны, стигматизирующий контекст и «антипсихологизирующая» установка пациентов с СФР создают значительные затруднения не только для терапии, но и для реабилитации данного контингента пациентов, не говоря уже о возможной реализации каких-либо серьезных профилактических мероприятий [13]. Тем не менее СФР, несмотря на клиническое превалирование к нозологической структуре соматизированных симптомов, в современных систематиках психических и поведенческих расстройств относится к диагностической рубрике «невротические расстройства». Это обстоятельство является подходящим и выгодным для тех специалистов, которые в основном ориентируются на такие терапевтические стратегии, в которых превалируют методы психологической интервенции.

Постоянный и непрекращающийся интерес специалистов к невротическим расстройствам, в том числе и к СФР, по мнению ряда авторов, ассоциирован не только с психологическими понятиями этиопатогенетически взаимосвязанными переживаниями пациента и гипотетическими причинами расстройства, но и с обнадеживающими и многообещающими результатами терапии данных нарушений, что является своеобразным «антидеморализующим» фактором как для самого пациента, так и для врача. Возможность проблемно ориентированного конструирования гипотезы невротического расстройства «под конкретного пациента», проверка выдвигаемых предположений в виде построения и реализации индивидуализированной терапевтически эффективной стратегии, в которой подразумевается активное участие в терапевтическом процессе со стороны пациента, которому понятны основные цели и задачи терапевтического вмешательства, – всё это позволяет добиться высокой синергетической комплаентности и соответствующих позитивных результатов в терапии невротических расстройств. Следовательно, ассоциированные терапевтические взаимодействия пациента и врача с высокой эмоциональной вовлеченностью в терапевтическом процессе являются одним из наиболее значимых факторов, влияющих на благоприятный исход терапии.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До относительно недавнего времени, когда психофармакотерапия не так интенсивно использовалась в области пограничной психиатрии, основной акцент в терапии невротических (соматоформных) расстройств был сфокусирован на психологических интервенциях (вмешательствах) с минимизированным применением медикаментозной терапии. Естественно, что преобладание психотерапевтических вмешательств было связано не только с отсутствием или неэффективностью медикаментозных средств, но и с теоретической ориентацией психиатра-психотерапевта. Так, в аналитически ориентированных видах психотерапии использование в терапевтическом процессе психотропных препаратов (нейролептиков, бензодиазепиновых производных и антидепрессантов) до настоящего времени ограничено.

В ряде обзоров по терапии расстройств соматизированного регистра, пока немногочисленных, в качестве главных психотерапевтических стратегий ведения пациентов обсуждаются методы, в которых возможна наибольшая объективизация. Так, когнитивно-бихевиоральные подходы являются, по мнению ряда авторов, наиболее предпочтительными для СФР [21, 68]. Однако при анализе соответствующих исследований выявляются интересные с теоретической и практической точки зрения факты, а именно концептуальная ориентация в данных исследованиях на патогенетическую тождественность соматоформных, конверсионных и имитируемых расстройств. Не опровергая валидность клинически описываемых вариантов расстройств соматизированного спектра, тем не менее мы предполагаем принципиальную нетождественность патогенетических механизмов формирования данных типов расстройств.

Так, например, механизмы соматизации и конверсии при внешне сходных результатах их актуализации и реализации в клиническом отношении приводят к формированию расстройств, принципиально отличающихся как по клиническому содержанию, так и по терапевтическому прогнозу. Механизмы «соматизации» и «отрицания» патогенетически обоснованно приводят к формированию соматизированных расстройств, в частности к различным вариантам СФР. Конверсионные механизмы в большей степени ответственны за формирование т.н. функциональных нарушений, имеется в виду гистрионическое выпадение и искажение функций (моторные, сенсорные и т.д.). Подобное разделение принципиально отражается в МКБ-10, в то время как в северо-американских систематиках психических и поведенческих расстройств (DSM-4TR) разделение «функционального» и «соматизированного» не прослеживается в связи с иными концептуальными подходами.

Относительно механизмов диссоциации, участвующей в симптомообразовании СФР, явных концептуальных возражений в данных систематиках не наблюдается. Это обстоятельство принципиально важно в том смысле, что терапевтические подходы относительно СФР могут быть согласованными в обстоятельствах неполной концептуальной тождественности. Безусловно, что данные обстоятельства прямо или косвенно приводят к появлению и использованию методологических подходов, которые существенно редуцируют традиционный для психиатрии клинико-психопатологический подход. Сообразуясь с этим, становится понятным, что концепция «коморбидности» предоставляет как исследователю, так и практикующему врачу возможность игнорировать и оставаться на позиции «нейтральности» в вопросах первичности или вторичности «соматизированных» или «функциональных» симптомов при СФР, тем более патогенетических связей между ними [38, 71].

В многочисленных психофармакологических исследованиях убедительно доказано, что психофармакологическая активность психотропных средств реализуется через процессы, которые не определяются ни нозоцентрическими принципами, ни концепцией «симптома-мишени» [56, 51]. В связи с существующими сложностями терапевтического и реабилитационного характера пациенты с СФР являются важным объектом не только для психофармакологических исследований, но и для согласованных, эмпирически валидных и адекватных психологических интервенций.

## КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

## ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы сообщают об отсутствии спонсорских или иных финансовых источников при проведении аналитического обзора отечественной и зарубежной литературы.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Андрющенко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия): автореф. дис. ... д.м.н. М., 2011. 48 с. Andryushchenko AV. Mental and psychosomatic disorders in the institutions of the general somatic network (clinical and epidemiological aspects, psychosomatic relationships, therapy): dissertation abstract MD. Moscow, 2011:48 (in Russian).
2. Белокрылова М.Ф., Мучник М.М. Алекситимия и соматизация: уровень алекситимии у больных с функциональными кардиоваскулярными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2000. № 1. С. 39-42. Belokrylova MF, Muchnik MM. Alexithymia and somatization: the lev-

- el of alexithymia in patients with functional cardiovascular disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2000;1:39-42 (in Russian).
3. Бениашвили А.Г., Морозова М.А. Клиника и диагностика соматоформных расстройств в общей медицинской практике. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2001. № 3. С. 62-65. Beniashvili AG, Morozova MA. Clinical picture and diagnosis of somatoform disorders in general medical practice. *Kremlin Medicine. Clinical Bulletin*. 2001;3: 62-65. (in Russian).
  4. Брель Е.Ю. Алекситимия в структуре «практически здоровой» личности. *Сибирский психологический журнал*. 2018. № 67. С. 89-101. Brel EYu. Alexithymia in the structure of a “practically healthy” personality. *Siberian Psychological Journal*. 2018;67: 9-101. doi: 10.17223/17267080/67/7 (in Russian).
  5. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение): Справочник. М. : Изд-во Триада-Х, 2000. 255 с. Gindikin VYa. Somatogenic and somatoform mental disorders (clinical picture, differential diagnosis, treatment): Handbook. Moscow: Publishing House Triada-X, 2000:255 (in Russian).
  6. Есин Р.Г., Горобец Е.А., Галиуллин К.Р., Есин О.Р. Алекситимия – основные направления изучения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014. Т. 114, № 12. С. 48-151. Esin RG, Gorobets EA, Galiullin KR, Esin OR. Alexithymia – baseline trends of research. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014;114(12):148-151. <https://doi.org/10.17116/jnevro2014114121148-151> (in Russian).
  7. Костин А.К., Рудницкий В.А., Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Лебедева В.Ф., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В. Персонализированная психофармакологическая и когнитивно-поведенческая терапия и реабилитация больных с соматоформной симптоматикой. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017. № 1 (94). С. 15-20. Kostin AK, Rudnitsky VA, Aksenov MM, Belokrylova MF, Lebedeva VF, Epanchintseva EM, Ivanova AA, Nikitina VB, Perchatkina OE, Garganeeva NP, Tsybul'skaya EV. Personalized psychopharmacological and cognitive-behavioral therapy and rehabilitation of patients with somatoform symptoms. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017;1(94):15-20 (in Russian).
  8. Костин А.К., Рудницкий В.А., Сазонова О.В., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В., Перчаткина О.Э., Белокрылова М.Ф. Клинические и социально-психологические факторы, определяющие приверженность к терапии пациентов с соматоформными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020. № 2 (107). С. 14-25. Kostin AK, Rudnitsky VA, Sazonova OV, Nikitina VB, Epanchintseva EM, Ivanova AA, Garganeeva NP, Tsybul'skaya EV, Perchatkina OE, Belokrylova MF. Clinical and socio-psychological factors determining adherence to treatment of patients with somatoform disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2020;2(107):14-25. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2\(107\)-14-25](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2(107)-14-25) (in Russian).
  9. Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма и алекситимия. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2006. 800 с. Crystal G. Integration and self-healing. Affekt, Trauma and Alexithymia. Moscow: Institute of General Humanitarian Research, 2006:800 (in Russian).
  10. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб. : Изд-во «Речь», 2003. 288 с. Kulakov SA. Fundamentals of psychosomatics. St. Petersburg: Publishing House “Rech”, 2003:288 (in Russian).
  11. Макаров С.А., Чурюканов М.В., Чурюканов В.В. Антидепрессанты в лечении боли. *Российский журнал боли*. 2016. № 3-4 (51). С. 74-84. Makarov SA, Churyukanov MV, Churyukanov VV. Antidepressants in the treatment of pain. *Russian Journal of Pain*. 2016;3-4(51):74-84 (in Russian).
  12. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб. : Изд-во «Медицинское информационное агентство», 1995. 567 с. Mosolov SN. Clinical use of modern antidepressants. St. Petersburg: Publishing House “Medical Information Agency”, 1995:567 (in Russian).
  13. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017. № 4 (97). С. 22-30. Pogosov AV, Bogushevskaya YuV. Clinical, personality-psychological and sociodemographic factors hindering patients with somatization disorders from seeking specialized care. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017;4(97):22-30 (in Russian).
  14. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Феномен самостигматизации у больных соматизированными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019. № 3 (104). С. 66-79. Pogosov AV, Bogushevskaya YuV. Self-stigmatization phenomenon in patients with somatoform disorders (clinical and psychological aspects). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019;3(104): 66-79. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3\(104\)-66-79](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-66-79) (in Russian).
  15. Погосов А.В., Николаевская А.О. Клинико-динамические особенности соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*.

2017. № 2 (95). С. 67-72. Pogosov AV, Nikolaevskaya AO. Clinical-dynamic specifics of somatized mental disorders with cardiovascular manifestations in patients of an urban polyclinic. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017;2(95):67-72 (in Russian).
16. Северова Е.А., Охалкин А.С., Даутова М.А., Реутова Е.В. Алекситимия как феномен, объединяющий некоторые аспекты психической и психосоматической патологий. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016. Т. 15, № 4. С. 126-133. Severova EA, Okhapkin AS, Dautova MA, Reutova EV. Alexithymia as a phenomenon that combines some aspects of mental and psychosomatic pathologies. *Bulletin of the Smolensk State Medical Academy*. 2016;15(4):126-133 (in Russian).
17. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск, 2014. 304 с. Sobennikov VS. Somatization and somatoform disorders. Irkutsk, 2014:304 (in Russian).
18. Тиганов А.С., Видманова Л.Н., Платонова Т.П. Ларвированные депрессии. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2001. № 3. С. 70-73. Tiganov AS, Vidmanova LN, Platonova TP. Larvated depression. *Kremlin Medicine. Clinical Bulletin*. 2001;3:70-73 (in Russian).
19. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г. Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии. Часть 1. Современная терапия психических расстройств. 2008. № 2. С. 31-35. Kholmogorova AB, Garanyan NG. Somatization: modern interpretations, psychological models and methods of psychotherapy. Part 1. Modern Therapy of Mental Disorders. 2008;2:31-35 (in Russian).
20. Чухрова М.Г., Пилипенко Г.Н. Алекситимия и адаптация личности. Новосибирск: Изд-во «Альфа Ресурс», 2011. 96 с. Chukhrova MG, Pilipenko GN. Alexithymia and personality adaptation. Novosibirsk: Alpha Resource Publishing House, 2011:96 (in Russian).
21. Allen LA, Woolfolk RL. Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 Sep;33(3):579-93. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.014. PMID: 20599134.
22. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
23. Bailey D, Garralda ME. Referral to child psychiatry: parent and doctor motives and expectations. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989 May;30(3):449-58. doi: 10.1111/j.1469-7610.1989.tb00258.x. PMID: 2745595.
24. Bailey D, Garralda ME. The use of the social stress and support interview in families with deviant children: methodological issues. *Soc Psychiatry*. 1987;22(4):209-15. doi: 10.1007/BF00583556. PMID: 3686163.
25. Baitha U, Deb KS, Ranjan P, Mukherjee A, Baudhdh NK, Kaloiya GS, Kumar A, Jadon RS. Estimated prevalence of medically unexplained physical symptoms in the medicine outpatient department of a tertiary care hospital in India. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019 Nov-Dec;61:47-52. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.10.006. Epub 2019 Oct 18. PMID: 31710858.
26. Bass C, Peveler R, House A. Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *Br J Psychiatry*. 2001 Jul;179:11-4. doi: 10.1192/bjp.179.1.11. PMID: 11435262.
27. Behm AC, Hüsing P, Löwe B, Toussaint A. Persistence rate of DSM-5 somatic symptom disorder: 4-year follow-up in patients from a psychosomatic outpatient clinic. *Compr Psychiatry*. 2021 Oct;110:152265. doi: 10.1016/j.comppsy.2021.152265. Epub 2021 Jul 19. PMID: 34311179.
28. Benjamin S, Barnes D, Berger S, Clarke I, Jeacock J. The relationship of chronic pain, mental illness and organic disorders. *Pain*. 1988 Feb;32(2):185-195. doi: 10.1016/0304-3959(88)90067-X. PMID: 3362556.
29. Bhui K, Hotopf M. Somatization disorder. *Br J Hosp Med*. 1997 Aug 20-Sep 2;58(4):145-9. PMID: 9373403.
30. Bridges K, Goldberg D, Evans B, Sharpe T. Determinants of somatization in primary care. *Psychol Med*. 1991 May;21(2):473-83. doi: 10.1017/s0033291700020584. PMID: 1876652.
31. Craig TK, Boardman AP, Mills K, Daly-Jones O, Drake H. The South London Somatisation Study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Br J Psychiatry*. 1993 Nov;163:579-88. doi: 10.1192/bjp.163.5.579. PMID: 8298825.
32. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron MA. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ*. 1998 Feb 21;316(7131):582-6. doi: 10.1136/bmj.316.7131.582. PMID: 9518908; PMCID: PMC28460.
33. Delegation and referral in primary healthcare teams. *Nurs Stand*. 1997 Aug 27;11(49):32-3.
34. Dunphy L, Penna M, El-Kafsi J. Somatic symptom disorder: a diagnostic dilemma. *BMJ Case Rep*. 2019 Nov 25;12(11):e231550. doi: 10.1136/bcr-2019-231550. PMID: 31772129; PMCID: PMC6887443.
35. Eger Aydogmus M. Social Stigma Towards People with Medically Unexplained Symptoms: the Somatic Symptom Disorder. *Psychiatr Q*. 2020 Jun;91(2):349-361. doi: 10.1007/s11126-019-09704-6. PMID: 31898214.
36. El-Rufaie OE, Al-Sabosy MA, Bener A, Abuzeid MS. Somatized mental disorder among primary care Arab patients: I. Prevalence and clinical and sociodemographic characteristics. *J Psychosom Res*. 1999 Jun;46(6):549-55. doi: 10.1016/s0022-3999(98)00101-9. PMID: 10454171.

37. Eminson D. Somatising in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2001;7(4):266-274. doi:10.1192/apt.7.4.266
38. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*. 1970 Dec;23(7):455-68. doi: 10.1016/0021-9681(70)90054-8. PMID: 26309916.
39. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Montón Franco C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (I). Expectativas del paciente [Difficulties in the physician-patient relationship in somaticizers (I). Patient expectations]. *Med Clin (Barc)*. 1999 Jan 30;112(3):102-5. Spanish. PMID: 10074619.
40. Garralda ME, Bailey D. Psychiatric disorders in general paediatric referrals. *Arch Dis Child*. 1989 Dec;64(12):1727-33. doi: 10.1136/adc.64.12.1727. PMID: 2624479; PMCID: PMC1792907.
41. Garralda ME, Bailey D. Psychosomatic aspects of children's consultations in primary care. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1987;236(5):319-22. doi: 10.1007/BF00380960. PMID: 3653154.
42. Garralda ME. Practitioner review: Assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: a practical perspective. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999 Nov;40(8):1159-67. PMID: 10604395.
43. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics*. 2003 Jul-Aug;44(4):304-11. doi: 10.1176/appi.psy.44.4.304. PMID: 12832596.
44. Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry*. 2016 Oct;15(3):291-292. doi: 10.1002/wps.20353. PMID: 27717252; PMCID: PMC5032513.
45. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 1998 Jul 8;280(2):147-51. doi: 10.1001/jama.280.2.147. Erratum in: *JAMA* 1998 Oct 7;280(13):1142. PMID: 9669787.
46. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer R, Szecsenyi J, Löwe B. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res*. 2009 Sep;67(3):189-97. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013. Epub 2009 Jun 27. PMID: 19686874.
47. Hiller W, Rief W, Fichter MM. How disabled are patients with somatoform disorders? *Gen Hosp Psychiatry*. 1997 Nov;19(6):432-8. doi: 10.1016/s0163-8343(97)00071-6. PMID: 9438187.
48. Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ*. 1998 Apr 18;316(7139):1196-200. doi: 10.1136/bmj.316.7139.1196. Erratum in: *BMJ*. 2003 Aug 30;327(7413):500. PMID: 9552994; PMCID: PMC28520.
49. Hüsing P, Löwe B, Piontek K, Shedden-Mora M. Somatoform disorder in primary care: The influence of co-morbidity with anxiety and depression on health care utilization. *J Eval Clin Pract*. 2018 Aug;24(4):892-900. doi: 10.1111/jep.12898. Epub 2018 Mar 2. PMID: 29498165.
50. Jenkins R, Bebbington P, Brugha TS, Farrell M, Lewis G, Meltzer H. British psychiatric morbidity survey. *Br J Psychiatry*. 1998 Jul;173:4-7. doi: 10.1192/bjp.173.1.4. PMID: 9850201.
51. Kellner R. The significance of somatization. *Homeost Health Dis*. 1991;33(1-2):2-6. PMID: 1817687.
52. Kirmayer LJ, Robbins JM. Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychol Med*. 1996 Sep;26(5):937-51. doi: 10.1017/s0033291700035273. PMID: 8878327.
53. Kleinstäuber M, Withhöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 7;(11):CD010628. doi: 10.1002/14651858.CD010628.pub2. PMID: 25379990.
54. Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Linzer M, Williams JB, Brody D, Davies M. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Apr;54(4):352-8. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830160080011. PMID: 9107152.
55. Lloyd G. Somatization: a psychiatrist's perspective. *J Psychosom Res*. 1989;33(6):665-9. doi: 10.1016/0022-3999(89)90081-0. PMID: 2695623.
56. López Ibor JJ. La psiquiatria en la encrucijada [Psychiatry at the crossroads]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1973 Jul-Aug;1(4):513-9. Portuguese.
57. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 May-Jun;30(3):191-9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001. PMID: 18433651.
58. Maggio J, Alluri PR, Paredes-Echeverri S, Larson AG, Sojka P, Price BH, Aybek S, Perez DL. Briquet syndrome revisited: implications for functional neurological disorder. *Brain Commun*. 2020 Sep 23;2(2):fcaa156. doi: 10.1093/braincomms/fcaa156. PMID: 33426523; PMCID: PMC7784044.
59. Mendelevich EG. Somatization of anxiety disorders in the practice of a neurologist: Algorithms and approaches to differentiated treatment. *Neurology, Neuropsychiatry*. *Psychosomatics*. 2014;6(4):81-86. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-81-86> (in Russian).
60. Murphy M. Somatisation: embodying the problem. *BMJ*. 1989 May 20;298(6684):1331-2. doi: 10.1136/bmj.298.6684.1331. PMID: 2502243; PMCID: PMC1836628.

61. Nemiah JC, Sifneos PE. Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychother Psychosom.* 1970;18(1):154-60. doi: 10.1159/000286074. PMID: 5520658.
62. Poloni N, Ielmini M, Caselli I, Ceccon F, Bianchi L, Isella C, Callegari C. Medically Unexplained Physical Symptoms in Hospitalized Patients: A 9-Year Retrospective Observational Study. *Front Psychiatry.* 2018 Nov 23;9:626. doi: 10.3389/fpsy.2018.00626. PMID: 30532714; PMCID: PMC6265408.
63. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Maercker A, Tyrer P, Claudino A, Garralda E, Salvador-Carulla L, Ray R, Saunders JB, Dua T, Poznyak V, Medina-Mora ME, Pike KM, Ayuso-Mateos JL, Kanba S, Keeley JW, Khoury B, Krasnov VN, Kulygina M, Lovell AM, de Jesus Mari J, Maruta T, Matsumoto C, Rebello TJ, Roberts MC, Robles R, Sharan P, Zhao M, Jablensky A, Udomratn P, Rahimi-Movaghar A, Rydelius PA, Bährer-Köhler S, Watts AD, Saxena S. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019 Feb;18(1):3-19. doi: 10.1002/wps.20611. PMID: 30600616; PMCID: PMC6313247.
64. Kraemer S, Loader P. "Passing through life": alexithymia and attachment disorders. *J Psychosom Res.* 1995 Nov;39(8):937-41. doi: 10.1016/0022-3999(95)00511-0. PMID: 8926602.
65. Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V, Surawy C, Warwick H, Bulstrode C, Dawber R, Lane D. Why do doctors find some patients difficult to help? *Q J Med.* 1994 Mar;87(3):187-93. PMID: 8208907.
66. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1973;22(2):255-62. doi: 10.1159/000286529. PMID: 4770536.
67. Slater E. Diagnosis of "hysteria". *Br Med J.* 1965 May 29;1(5447):1395-9. doi: 10.1136/bmj.1.5447.1395. PMID: 14286998; PMCID: PMC2166300.
68. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 1;(11):CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2. PMID: 25362239.
69. Rief W, Martin A. How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:339-67. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153745. Epub 2014 Jan 2. PMID: 24387234.
70. Westwood H, Kerr-Gaffney J, Stahl D, Tchanturia K. Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res.* 2017 Aug;99:66-81. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.007. Epub 2017 Jun 11. PMID: 28712432; PMCID: PMC5986724.
71. Winokur G. The concept of secondary depression and its relationship to comorbidity. *Psychiatr Clin North Am.* 1990 Dec;13(4):567-83. PMID: 2281006.

Поступила в редакцию 08.08.2021

Утверждена к печати 29.11.2021

Карпушкин Александр Михайлович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 4870-2188. karpushkin\_@mail.ru

Овчинников Анатолий Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии НГМУ, психиатр, нарколог, психотерапевт высшей категории. SPIN-code 2228-5923. Author ID 705354. ORCID iD 0000-0003-1468-1620.



Овчинников Анатолий Александрович, anat1958@mail.ru

UDC 616.89-008.441:616.891.7:019.91(048)(091)-021.121

For citation: Karpushkin A.M., Ovchinnikov A.A. Somatoform disorder: historical aspect and state-of-the-art of the problem in modern conditions (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 4 (113): 79–92. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-4\(113\)-79-92](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-4(113)-79-92)

## **Somatoform disorder: historical aspect and state-of-the-art of the problem in modern conditions (literature review)**

**Karpushkin A.M., Ovchinnikov A.A.**

*Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health of Russia  
Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation*

### **ABSTRACT**

Somatoform disorder is associated with psychosocial factors. Many patients with this disorder are treated for long periods of time without results in primary health care with complaints of unexplained clinical symptoms. Purpose: to study the current state of the problem of somatoform disorders based on the materials of domestic and foreign literature. This literature review examines the main conceptual approaches to the problem of somatoform disorder, including those proposed in the modern classification guidelines ICD-11 and DSM-5. The well-known diagnostic and therapeutic difficulties that arise when working with the category of patients with SFR are discussed. Particular attention is devoted to the mechanisms of the formation of somatoform disorders, the role of somatization, conversion and alexithymia in the development of the disease is highlighted. The main therapeutic methods applied to patients with SFR have been analyzed from the standpoint of both psychopharmacology and psychotherapy.

**Keywords:** somatoform disorder, DSM-5, ICD-11, prevalence, somatization, conversion, bodily sensation disorders, alexithymia, stigmatization.

Received September 08.2021

Accepted November 29.2021

Karpushkin Alexander M., assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University. SPIN-code 4870-2188. [karpushkin\\_@mail.ru](mailto:karpushkin_@mail.ru)

Ovchinnikov Anatoly A. – MD, Prof, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, psychiatrist, addiction specialist, psychotherapist of the highest category, Novosibirsk, Russian Federation. SPIN-code 2228-5923. Author ID 705354. ORCID iD 0000-0003-1468-1620.

✉ Ovchinnikov Anatoly A., [anat1958@mail.ru](mailto:anat1958@mail.ru)