

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.41:159.923.3:316.812.1

Для цитирования: Карпушкин А.М., Овчинников А.А., Климова И.Ю. Роль дисфункциональной семьи в формировании психопатологического профиля личности пациентов с соматизированным расстройством. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2022. № 1 (114). С. 65-71. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1\(114\)-65-71](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1(114)-65-71)

Роль дисфункциональной семьи в формировании психопатологического профиля личности пациентов с соматизированным расстройством

Карпушкин А.М., Овчинников А.А., Климова И.Ю.

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

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Негативное воздействие комплекса психосоциальных факторов риска, к числу которых относится воспитание в дисфункциональной семье, детерминирует снижение качественных показателей психического здоровья и рост в общей популяции количества лиц с психосоматическими расстройствами. С этим связана высокая распространенность феномена соматизации в обществе, соматизированных неврозов, соматизированных депрессий и тревоги. Пациенты с соматизированными расстройствами долгое время наблюдаются врачами-интернистами общей практики, не обращаются на ранней стадии заболевания к врачу-психиатру, что является причиной выраженной клинической динамики, быстрого прогресса и неблагоприятной прогноза. **Цель:** изучить влияние семейной дисфункции на формирование психопатологического профиля пациентов с соматизированным расстройством. **Материалы и методы.** В соответствии с целью исследования была отобрана группа пациентов (n=79) с установленным диагнозом соматизированного расстройства (F45.0) в соответствии с критериями МКБ-10. В работе использованы клиничко-психопатологический и клиничко-динамический методы, включая психиатрическое интервью, клиничко-психологическую диагностику с использованием психометрических тестов: Шкала семейной адаптации и сплоченности (тест Олсона FACES-3), Торонтская шкала алекситимии (TAS), шкала соматических симптомов PHQ-15 – фрагмент Опросника оценки здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ). **Результаты.** Группы исследования сформированы с учетом оценки результата выполнения испытуемыми теста Олсона. Основная группа – пациенты с дисфункциональными паттернами семейного взаимодействия, группа сравнения – пациенты с более благоприятными внутрисемейными отношениями. У пациентов основной группы обнаружены высокие показатели алекситимии и соматизации, низкий уровень комплаентности, низкая приверженность к медикаментозной терапии. Помимо того, пациенты основной группы чаще выражали несогласие с установленным диагнозом, демонстрировали недоверие к рекомендациям лечащего врача, отказывались проходить психотерапевтическое лечение, чем пациенты группы сравнения. **Заключение.** Неблагоприятное влияние дисфункциональной семейной структуры подтверждается более высокими показателями алекситимии и соматизации у пациентов основной группы. Полученные по материалам исследования данные демонстрируют клинические проявления соматизированного расстройства, что подкрепляется доказательством объективно неподтвержденной тяжестью соматической патологии, выраженной дезадаптацией пациентов за счет удлинения периодов трудовой незанятости, необоснованным отказом от лечения, снижением способности к установлению комплаентных отношений со специалистами как соматической, так и психиатрической сети.

Ключевые слова: соматизированное расстройство, дисфункциональная и функциональная семья, модели поведения, алекситимия, соматизация, комплаентность.

ВВЕДЕНИЕ

Соматизированные расстройства, так же как и соматоформные, характеризуются повторяющимися физическими симптомами, вызывающими значительное ухудшение функционирования пациента и снижение уровня качества его жизни.

Так как эти симптомы не подтверждаются органическими нарушениями и отклонениями от нормы по результатам многочисленных детальных обследований функциональных расстройств, предполагается наличие определенного патопсихологического состояния [5, 6].

Как правило, пациенты с синдромом соматизации отличаются безынициативностью в основных жизненных сферах, эмоциональной неустойчивостью, личностной тревожностью, дезинтеграцией поведенческого реагирования.

Данные эпидемиологии соматоформного расстройства (СР) весьма противоречивы. В ряде исследований указывается, что этот диагноз имеют около 16% пациентов первичного звена, по другим данным этот показатель еще выше – порядка 25%. В общей популяции доля лиц с СР оценивается от 0,2% до 2% [2, 3, 8]. Соматоформное расстройство представляет собой важный вопрос общественного и индивидуального здоровья, так как нарастающая распространенность соматизированной симптоматики приводит к увеличению нагрузки первичного медицинского звена, повышению расходов на оказание медицинских услуг, высокой частоте осложнений, связанных с ятрогенными факторами [11, 15].

По мнению большинства авторов, одним из факторов, влияющих на формирование СР, является дисфункциональная семья [2, 4]. Чаще всего патологичные, деструктивные, асоциальные семьи характеризуются такими свойствами, как гипер- и гипоопека, неблагоприятный семейный фон (частые скандалы, ссоры, бесконтрольность поступков детей, насильственные действия как мера воспитания или, напротив, холодная и равнодушно-безразличная атмосфера), отсутствие общесемейных ценностей, реальных привязанностей и стремления к общности, низкая вовлеченность в решение проблем близких, непоследовательность и расогласованность семейной системы. По данным ряда авторов, при ретроспективной оценке дисфункциональная семья может быть отправной точкой формирования такой экстраординарной категории как алекситимия, выступающей сопутствующим фоном развития расстройств соматизированного регистра и характеризующейся неконструктивными коммуникативными паттернами взаимодействия [1, 2, 10, 13].

Алекситимия признается одной из ведущих психологических характеристик, используемых для описания пациентов психосоматического регистра, и репрезентует нарушенную способность идентифицировать, описывать и выражать собственные чувства [10]. Эта личностная черта может встречаться и у здоровых, но особый интерес она представляет в отношении широкого спектра психических нарушений, включая соматизированные расстройства. Несмотря на то что единой концепции, объясняющей причины и механизмы развития алекситимии не существует, накоплен большой массив информации, свидетельствующей о роли дисфункциональной семьи в возникновении данного феномена [1, 2, 4, 13, 14].

Небезынтересными являются публикуемые данные о возможной семейной преемственности, когда у родителей и детей обнаруживались сходные нарушения по алекситимическому типу, что может быть связано не только с закрепленными в нескольких поколениях семейными паттернами, но и с генетической обусловленностью [13]. Расстройство эмоциональной регуляции у лиц с алекситимией приводит к тому, что в аффективно значимых и интенсивно-эмоциональных ситуациях, которые воспринимаются как негативные или угрожающие, у них наблюдается повышенное количество разнообразных соматизированных проявлений [7, 12]. Наличие алекситимии влияет на клинические проявления заболевания, определяет восприятие пациентом своих болезненных переживаний и реакцию на предлагаемые терапевтические интервенции, ухудшая комплаентность и подготавливая почву для неблагоприятных ятрогенных воздействий [9, 2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние семейной дисфункции на формирование психопатологического профиля личности пациентов с соматизированным расстройством.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Выборка исследования была сформирована из пациентов (n=79) с установленным диагнозом соматизированного расстройства (F45.0) в соответствии с критериями МКБ-10 и со стажем заболевания от 1 года до 5 лет. Каждому пациенту на подготовительном этапе предоставлялась стандартная форма информированного согласия на участие в научном исследовании с разъяснением целей, задач и используемых методов.

Критерии исключения: прием психотропных препаратов, выраженная сопутствующая соматическая, церебрально-органическая и неврологическая патология, верифицированная врачами-интернистами, отказ от участия в исследовании.

Объективная исходная информация получена по данным клинко-психопатологического и клинко-динамического методов, включая психиатрическое интервью и клинко-психологическую диагностику на основе психометрических тестов: Шкала семейной адаптации и сплоченности (тест Олсона FACES-3), Торонтская шкала алекситимии (TAS), шкала соматических симптомов PHQ-15 – фрагмент Опросника оценки здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ).

Группы исследования сформированы с учетом оценки результата выполнения испытуемыми теста Олсона FACES-3. Основная группа – пациенты с дисфункциональными паттернами семейного взаимодействия, группа сравнения – пациенты с более благоприятными внутрисемейными отношениями.

В основную группу включено 38 пациентов, из них 17 женщин и 21 мужчина, обнаруживших по результатам психометрического тестирования характера семейной адаптации и сплоченности дисфункциональные варианты семейной структуры. Средний возраст пациентов основной группы составил 34 ± 2 года, стаж заболевания был в пределах от 1 года до 5 лет.

Группа сравнения сформирована из 41 пациента (25 женщин и 16 мужчин), по результатам теста у них выявлены функциональные и полуфункциональные варианты семейной структуры. Средний возраст в группе сравнения (32 ± 4 года) был идентичен таковому в основной группе, так же как и стаж заболевания (от 1 года до 5 лет).

Нарушение системы семейного функционирования также верифицировалось на основании тщательного изучения субъективного (со слов пациента и его родственников) и объективного (выписки из историй болезни и амбулаторных карт) анамнеза.

Скрининг семейной системы проведен с использованием стандартизированного опросника Шкала семейной адаптации и сплоченности, цель которого – субъективная оценка структурных и коммуникативных особенностей семьи (Олсон Д.Х., Портнер Дж., Лави И., 1985) в адаптации М. Перре (1986). В основе методики лежит циркулярная (круговая) модель Д.Х. Олсона (1990) с тремя параметрами: сплоченность, адаптация и коммуникация и, соответственно, умеренные (сбалансированные) и крайние (экстремальные) уровни семейной сплоченности и адаптации. Сбалансированные уровни считаются показателем успешного функционирования системы.

Клинический опросник Торонтская Алекситимическая Шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS) предназначен для изучения алекситимии как характеристики личности больного – определение способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений (снижение, отсутствие). Первая версия опросника TAS-26, разработанная в 1985 г. Грэмом Тейлором с соавторами (Graeme J. Taylor, D. Ryan, R. Michael Bagby), содержит одну шкалу и 26 вопросов. Русскоязычная адаптированная версия (2010) разработана сотрудниками НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Д. Б. Ерьсько, Г.Л. Исурин и др.). По итогам тестирования определяются трудности идентификации и дифференцировки чувств и телесных ощущений в ситуациях эмоционального возбуждения, раздражения и пр., затруднения в раскрытии глубинных чувств другим, плохо развитый процесс воображения и обеднение фантазии, ориентация когнитивного стиля на внешние стимулы

Анкета о состоянии здоровья пациента (PHQ) – опросник с множественным выбором, авторское право которого принадлежит Pfizer Inc, используется как скрининг и диагностический инструмент в отношении многих психических нарушений: депрессия, тревога, алкогольная зависимость, пищевые и психосоматические расстройства. Пункт 15 опросника о состоянии здоровья пациента (PHQ-15) содержит шкалу соматических симптомов PHQ, по ней определяют наличие данных симптомов и их выраженность.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе выявленное распределение дисфункциональных вариантов семейной структуры показало незначительное преобладание разобщенной и ригидной ($n=13$), запутанной и ригидной ($n=11$) семей в сравнении с разобщенной и хаотичной ($n=9$), запутанной и хаотичной ($n=5$) (табл. 1). Пациенты из дисфункциональных семей не умели в короткий срок адаптироваться к переменам и стрессам в жизни семьи (например, переезд и связанное с ним новое окружение, рождение еще одного ребенка, неожиданная и тяжелая болезнь одного из членов семьи). Собственные запросы и интересы они были вынуждены скрывать, находясь в условиях репрессивного контроля, навязываемого коллективизма, ущемления независимости и самоидентичности личности.

Т а б л и ц а 1. Распределение вариантов семейной структуры у пациентов основной группы

Вариант дисфункциональной семейной структуры	Количество	
	Абс.	%
Разобщенная и ригидная	13	34*
Разобщенная и хаотичная	9	24**
Запутанная и ригидная	11	29**
Запутанная и хаотичная	5	13**

Примечание (табл. 1-4): * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,005$.

В группе сравнения обнаружена более высокая встречаемость полуфункционального варианта семьи ($n=27$), чем функционального ($n=14$) (табл. 2). В функциональных семьях одобряются демократическое сотрудничество и разноплановость мнений, проблемы решаются совместно, признаются свобода и ценность каждого, декларируемые постулаты соответствуют реальным действиям, семейные правила изменяются с учетом новых обстоятельств. Данные анамнеза в обеих группах не противоречили полученным результатам.

Т а б л и ц а 2. Распределение вариантов семейной структуры у пациентов группы сравнения

Вариант семейной структуры	Количество	
	Абс.	%
Функциональная	14	34*
Полуфункциональная	27	66**

По результатам тестирования по шкале TAS, направленной на оценку способности или затруднений в вербализации эмоциональных состояний начиная с преморбидного, периода, в основной группе не обнаружено пациентов с неалекситимическим типом личности (общая сумма баллов менее 62). Промежуточный (невротический) уровень (свыше 70 баллов) свидетельствовал о принадлежности пациентов (n=15) к группе риска. Большая часть испытуемых (n=23) суммарно набрали более 74 баллов, что отражает выраженные алекситимические черты. Высокий уровень алекситимии, сопровождающийся низким эмоциональным самоконтролем, сопротивлением и несогласием с лечением, отрицательно влияет на клинические проявления и течение соматизированного расстройства. Фактор алекситимии, как и дисгармоничность эмоционально-волевой сферы, определяет личностно-психопатологические изменения и нарастание соматизации.

В группе сравнения выраженный алекситимический тип личности обнаружен статистически значимо реже (n=7), чем в основной группе, у большинства испытуемых (n=28) выявлен пограничный тип алекситимии. С минимальной частотой (n=6) встречался неалекситимический тип личности, который в основной группе не был зарегистрирован (табл. 3).

Таблица 3. Сравнительное распределение выраженности алекситимии в группах

Выраженность алекситимии	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс.	%	Абс.	%
Выраженные алекситимические черты	23	60**	7	17**
Пограничные (промежуточный тип) алекситимические проявления	15	40*	28	68*
Отсутствие алекситимии (неалекситимический тип личности)	-	-	6	15**

Таблица 4. Сравнительное распределение выраженности соматизации в группах

Уровень соматизации	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс.	%	Абс.	%
Выраженный	21	55*	7	17*
Средний (умеренный)	14	37**	24	59*
Легкая соматизация	3	8**	10	24**

Как продемонстрировано в таблице 4, по результатам обследования с использованием шкалы соматизации PHQ-15 у пациентов основной группы выраженный уровень соматизации зарегистрирован с более высокой частотой (n=21), чем

средний (n=14) и легкий (n=3) уровни соматизации. Полученное распределение подтверждает прогрессирование и расширение органной соматизированной симптоматики под влиянием ситуативно-стрессовых факторов: от эпизодического первичного нарушения поведенческого реагирования с переходом к постоянному соматизированному реагированию (как вариант социальной дезадаптации) до окончательной постановки диагноза соматизированного расстройства. В группе сравнения выраженный уровень соматизации зафиксирован реже (n=7), чем средний (n=24) и легкий (n=10).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Полученные при проведении исследования данные указывают на важную роль семейной дисфункции в формировании психопатологического профиля пациентов с соматизированным расстройством. Расширение спектра психопатологической симптоматики прогрессирует по мере длительности заболевания. Наиболее частыми дисфункциональными вариантами семейной структуры были разобщенная и ригидная (n=13), запутанная и ригидная (n=11), а менее представленными оказались разобщенная и хаотичная, запутанная и хаотичная семьи (n=9, n=5). В основной группе в условиях психоэмоционального напряжения и психосоматической дезадаптированности чаще встречалась выраженная алекситимия, причем алекситимические черты в той или иной степени присутствовали у всех пациентов. Более половины пациентов основной группы демонстрировали выраженный уровень соматизации, более трети – средний (умеренный). Средний возраст впервые установленного диагноза в основной группе составил 31±2 года, в группе сравнения – 29±2 года, что может свидетельствовать о более позднем обращении за психиатрической помощью, низком уровне комплаентности, низкой приверженности к лечению. В целом пациенты основной группы более склонны сомневаться в правильности диагноза, чаще выражают негативное отношение к «психиатрическому» диагнозу, недоверие к психофармако- и психотерапевтическим интервенциям, избегают наблюдения и лечения в психиатрической сети, предпочитая как можно дольше оставаться в поле зрения врачей терапевтического профиля, несмотря на неэффективность длительного лечения и отсутствие объективно подтвержденных диагностических данных соматической патологии. У них чаще встречалось тяжелое течение соматизированного расстройства, что проявлялось в выраженной дезадаптации, прогрессивности заболевания, продолжительных периодах нетрудоспособности. Они были склонны реагировать быстрым нарастанием соматизированной симптоматики в ответ на внутрисемейные и внешние психотравмирующие ситуации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение результатов исследования психопатологического профиля пациентов с соматизированным расстройством показало негативное воздействие дисфункциональной семейной структуры, опосредованно продемонстрированное более высокими фоновыми показателями алекситимии и соматизации. Выявленные параметры могут предопределять клинические проявления соматизированного расстройства, что выражается в утяжелении симптоматики, снижении социального функционирования, выраженной дезадаптации пациентов в виде неспособности выполнять прежний объем деятельности, удлинения периодов нетрудоспособности, незаинтересованности в установлении и поддержании комплаентных отношений со специалистами соматической и психиатрической сети.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках прикладной НИР ГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Диссоциативная парадигма в психиатрии и наркологии).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Проведенное совместное исследование соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА и одобрено локальным этическим комитетом ГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 132 от 18.02.2021 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Искусных А.Ю. Алекситимия. Причины и риски возникновения расстройства. Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2015. № 6 (52). С. 59-68. Iskusnykh AYU. Alexithymia. Causes and risks of the disorder. Personality, Family and Society: Issues of Pedagogy and Psychology. 2015;6(52):59-68 (in Russian).
- 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).
- 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. 15-21. 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 dysfunction. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2017;1(94):15-21 (in Russian).
- Овчинников А.А., Аксенов М.М., Латыпова О.В. Комплексный патоморфоз невротических тревожно-депрессивных расстройств. Томск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2011. 170 с. Ovchinnikov AA, Aksenov MM, Latypova OV. Complex pathomorphosis of neurotic anxiety-depressive disorders. Tomsk: Publishing House "Ivan Fedorov", 2011:170 (in Russian).
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care; A follow-up study. J Psychosom Res. 2004 Mar;56(3):279-85. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00127-2. PMID: 15046963.
- de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry. 2004 Jun;184:470-6. doi: 10.1192/bjp.184.6.470. PMID: 15172939.
- Di Tella M, Castelli L. Alexithymia in Chronic Pain Disorders. Curr Rheumatol Rep. 2016 Jul;18(7):41. doi: 10.1007/s11926-016-0592-x. PMID: 27215759.
- Goerlich KS. The Multifaceted Nature of Alexithymia – a Neuroscientific Perspective. Front Psychol. 2018 Aug 29;9:1614. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01614. PMID: 30210420; PMCID: PMC6124373.
- Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. Med Clin North Am. 2006 Jul;90(4):603-26. doi: 10.1016/j.mcna.2006.04.003. PMID: 16843765.

12. Luminet O, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia. Advances in research, theory, and clinical practice; Cambridge University Press: Cambridge, UK, 2018.
13. Lumley MA, Mader C, Gramzow J, Papineau K. Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosom Med.* 1996 May-Jun;58(3):211-6. doi: 10.1097/00006842-199605000-00003. PMID: 8771619.
14. Poot F, Antoine E, Gravelier M, Hirtt J, Alfani S, Forchetti G, Linder D, Abeni D, Tabolli S, Sampogna F. A case-control study on family dysfunction in patients with alopecia areata, psoriasis and atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2011 Jun;91(4):415-21. doi: 10.2340/00015555-1074. PMID: 21336474.
15. Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC, Coffey J, Hodges A, Gardiner JC, Goddeeris J, Given CW. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med.* 2003 Jun;18(6):478-89. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.20815.x. PMID: 12823656; PMCID: PMC1494880.

Поступила в редакцию 03.12.2021

Утверждена к печати 25.02.2022

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

Овчинников Анатолий Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России.

ORCID iD 0000-0003-1468-1620. SPIN-код РИНЦ 2228-5923. Author ID РИНЦ 705354; Scopus ID 57192962750.

Климова Ирина Юрьевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 5189-8069.

✉ Овчинников Анатолий Александрович, anat1958@mail.ru

UDC 616.89-008.41:159.923.3:316.812.1

For citation: Karpushkin A.M., Ovchinnikov A.A., Klimova I.Y. The role of a dysfunctional family in the formation of a psychopathological personality profile of patients with somatized disorder. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022. № 1 (114). С. 65-71. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1\(114\)-65-71](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1(114)-65-71)

The role of a dysfunctional family in the formation of a psychopathological personality profile of patients with somatized disorder

Karpushkin A.M., Ovchinnikov A.A., Klimova I.Y.

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

ABSTRACT

Background. The negative impact of a complex of psychosocial risk factors, which include upbringing in a dysfunctional family, determines a decrease in the qualitative indicators of mental health and an increase in the number of people with psychosomatic disorders in the general population. This is associated with the high prevalence of the phenomenon of somatization in society, somatized neuroses, somatized depression, and anxiety. Patients with somatized disorders have been observed by internists of general practice for a long time, do not address to a psychiatrist at an early stage of the disease, that is the reason for pronounced clinical dynamics, rapid progress and an unfavorable prognosis. **Objective:** to study the influence of family dysfunction on the formation of the psychopathological profile of patients with somatized disorder. **Materials and Methods.** According to the purpose of the study, a group of patients (n=79) with an established diagnosis of somatized disorder (F45.0) according to the criteria of ICD-10 was enrolled. The work uses clinical-psychopathological and clinical-dynamic methods, including psychiatric interviews, clinical-psychological diagnostics using psychometric tests: the Scale of Family Adaptation and Cohesion (Olson FACES-3 test), the Toronto Scale of Alexithymia (TAS), the scale of somatic symptoms PHQ-15 a fragment of the Questionnaire for assessing the patient's health (Patient Health Questionnaire, PHQ). **Results.** The study groups were formed taking into account the evaluation of the results of the Olson test performed by the subjects. The main group is patients with dysfunctional patterns of family interaction, the comparison group includes patients with more favorable intra-family relationships. Patients of the main group showed high rates of alexithymia and somatization, low level of compliance, low adherence to drug therapy. In addition, patients of the main group more often expressed disagreement with the established diagnosis, demonstrated distrust of the recommendations of the attending physician, unwillingness to undergo psychotherapeutic treatment than patients of the comparison group. **Conclusion.** The adverse effect of a dysfunctional family structure is confirmed by higher rates of alexithymia and somatization in patients of the main group. Data obtained from the study materials demonstrate clinical manifestations of somatized disorder, supported by evidence of objectively unconfirmed severity of somatic pathology, pronounced maladaptation of patients due to lengthening periods of work unemployment, unjustified refusal of treatment, decreased ability to establish compliant relationships with specialists of both somatic and psychiatric networks.

Keywords: somatized disorder, dysfunctional and functional family, behavioral patterns, alexithymia, somatization, compliance.

Received December 03.2021

Accepted February 25.2022

Karpushkin Alexander M., assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation. SPIN-code 4870-2188. karpushkin@mail.ru

Ovchinnikov Anatoly A. – MD, Prof, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, psychiatrist, addiction specialist, psychotherapist of the highest category, Novosibirsk, Russian Federation.

ORCID iD 0000-0003-1468-1620. SPIN-code RSCI 2228-5923. Author ID RSCI 705354. Scopus ID 57192962750.

Klimova Irina Yu., assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 5189-8069.

✉ Ovchinnikov Anatoly A., anat1958@mail.ru