

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 615.056.2:616.895:616.891.6:616-082-021.272

Для цитирования: Карпушкин А.М., Овчинников А.А., Климова И.Ю. Сравнительная характеристика психопатологического профиля пациентов с соматоформными расстройствами в первичном амбулаторном (соматическом) и психиатрическом звене. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 3 (116). С. 72-79. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-3\(116\)-72-79](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-3(116)-72-79)

Сравнительная характеристика психопатологического профиля пациентов с соматоформными расстройствами в первичном амбулаторном (соматическом) и психиатрическом звене

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. Соматизация характеризуется переносом психологических проблем на уровень телесных ощущений. В связи с ростом соматизации среди пациентов в общеклинической практике повышается доля соматоформных расстройств (СФР) психогенной природы, зачастую протекающих в виде полиморфной симптоматики (вегетативной дисфункции, алекситимии, ипохондрической, астеноневротической, депрессивной, тревожной, обсессивно-компульсивной и др.). Личностный профиль таких пациентов характеризуется дисгармоничностью, эмоциональной неустойчивостью, повышенной ригидностью, тревожностью, утратой самоконтроля. Пациенты с СФР часто имеют отягощенную наследственность по психическим заболеваниям. Улучшение диагностики, терапии и прогноза СФР требует комплексной клинико-психопатологической и психологической оценки состояния пациентов. Актуальностью данной тематики обусловлена исследовательская активность представителей ведущих научных отечественных школ. **Цель:** сравнить психопатологические профили пациентов с соматоформными расстройствами в первичном (амбулаторном соматическом) и психиатрическом звене. **Материал и методы.** Из общей (n=200) выборки исследования сформированы две группы: основная (далее – 1-я группа) (n=98) – пациенты, наблюдающиеся в первичном амбулаторном (соматическом) звене, группа сравнения (далее – 2-я группа) (n=102) – пациенты, состоящие под наблюдением врачей-психиатров. У пациентов обеих групп в разные сроки наблюдения был верифицирован диагноз из группы соматоформных расстройств (F45) по МКБ-10 и проведена дифференциальная диагностика с другими психическими расстройствами. Группы сходны по числу пациентов, полу, возрасту, семейному положению, образованию, трудовой занятости. Оценка актуального психического статуса проводилась в соответствии со стандартным клинико-психиатрическим опросом, с учетом анамнеза по данным медицинской документации, опроса родственников. Психометрическое обследование проводили с использованием тестовой батареи психологических шкал (депрессии Бека, тревоги Спилбергера, Торонтской шкалы алекситимии, опросника здоровья пациента PHQ-15). **Результаты.** Алекситимия, проявляющаяся низкой дифференциацией чувств и телесных ощущений и усиливающая течение соматических нарушений, чаще встречается в 1-й группе и является причиной позднего обращения в врачам-психиатрам. Нарастание алекситимии и изменений личности еще больше повышает самостигматизацию, способствует запуску ятрогений, ухудшает комплаентность и прогноз заболевания. Выявленное большее количество пациентов с проявлениями базовых расстройств (тревожности и депрессии) свидетельствует о частой коморбидности с тревожными и депрессивными расстройствами и отражает особенности личностной структуры пациентов. **Заключение.** Определены факторы, ухудшающие комплаенс и повышающие риск ятрогенных осложнений: алекситимическая структура личности и высокая личностная тревожность. Зарегистрирована более высокая выраженность тревоги и депрессии во 2-й группе пациентов. Более высокий уровень соматизации во 2-й группе является фактором, не только утяжеляющим течение и прогноз заболевания, но в то же время способствующим контакту пациента с психиатрическим звеном и получению адекватной психофармакологической и психотерапевтической терапии, даже несмотря на формальный характер признания психической природы СФР.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, алекситимия, соматизация, депрессия, тревога, своевременная диагностика, алекситимия, комплаентность, оценка качества жизни.

ВВЕДЕНИЕ

Значительная часть пациентов, обращающихся к специалистам первичной медицинской помощи, жалуется на хронические физические симптомы, не связанные с конкретным соматическим заболеванием, и не реагирует на стандартные методы лечения [15]. Подобные нарушения, отвечающие диагностическим критериям группы СФР, могут встречаться у 20-25% пациентов общесоматических клиник [2, 13]. В общей популяции СФР являются одними из самых распространенных психических нарушений и достигают показателя 3,5% [16]. В связи с тем, что СФР часто сопровождаются разнородными и множественными симптомами, пациенты склонны обращаться более чем к одному специалисту, что приводит к высокой нагрузке не только врачей первичного звена, но и врачей узких специальностей, а следовательно, связано со значительными финансовыми затратами в системе здравоохранения [10] и ухудшением качества жизни этих больных.

Традиционно в развитии СФР, сопровождающихся астенической, диссомнической и тревожной симптоматикой, а также эмоциональной лабильностью, изменением ритма сердцебиения, алгиями, колебаниями АД и ЧСС, большую роль приписывают феномену соматизации как выражению эмоционального дискомфорта и психологического стресса через телесные симптомы [1, 9, 17, 18]. Не отрицая важной роли феномена телесных ощущений, следует отметить, что в настоящее время растет число доказательств, отражающих связь соматизации и алекситимии, проявляющейся в затруднениях, связанных с идентификацией, описанием и выражением собственных чувств [3, 6, 19, 20]. Лица с выраженными алекситимическими чертами хуже устанавливают комплаентные отношения с лечащим врачом, искаженно воспринимают собственные болезненные переживания и более уязвимы для неблагоприятных ятрогенных воздействий [1, 2, 7, 8, 12]. Отказ от решения проблем, возложение ответственности на других, постоянный поиск социальной поддержки обуславливают систему взаимодействия пациента и со специалистами практического здравоохранения.

Исследования доказывают, что начало адекватного лечения пациентов с СФР осуществляется со значительной задержкой, причём более длительной, чем при лечении пациентов с другими психиатрическими диагнозами [4, 14], что, по видимому, не только ухудшает прогноз заболевания, но и связано с более продолжительными периодами временной нетрудоспособности. Частое наличие у пациентов с СФР коморбидности с депрессивными и тревожными расстройствами также связывают с более интенсивным использова-

нием первичной медицинской помощи, чем психиатрической [11, 15]. При этом соматоформные проявления могут маскировать клинические признаки других психических нарушений, их развитие и течение, способствуя неадекватной диагностике и неблагоприятному прогнозу [5]. Часть пациентов длительное время остается в первичной соматической сети, подвергаясь бесполезным диагностическим процедурам и неэффективной терапии, в то время как другая часть относительно своевременно попадает в поле зрения специалистов-психиатров и получает более адекватную маршрутизацию в системе здравоохранения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить психопатологические профили пациентов с соматоформными расстройствами в первичном (амбулаторном соматическом) и психиатрическом звене.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Из общей (n=200) выборки исследования были сформированы две группы: основная (далее – 1-я группа) (n=98) – пациенты, наблюдающиеся в первичном амбулаторном (соматическом) звене, группа сравнения (далее – 2-я группа) (n=102) – пациенты, состоящие под наблюдением врачей-психиатров. У пациентов обеих групп в разные сроки наблюдения по МКБ-10 был верифицирован диагноз из группы СФР (F45) и проведена дифференциальная диагностика с другими психическими расстройствами.

У пациентов 1-й группы стаж заболевания варьировался от 1 года до 5 лет, до момента настоящего обследования они не наблюдались у психиатра. Пациенты 2-й группы находились под наблюдением специалистов психиатрического профиля как минимум однократно, а чаще многократно проходили обследование и терапию по поводу данного диагноза у психиатра, стаж заболевания у них превышал таковой в 1-й группе – от 1 года до 10 лет.

Критерии включения: проявления СФР в клинической картине заболевания: повторяющиеся симптомы со стороны соматической сферы; несоответствие между продолжительностью, характером жалоб, нарушением субъективного самочувствия и результатами объективного обследования внутренних органов.

Критерии исключения: верифицированная врачами-интернистами сопутствующая соматическая патология в стадии обострения, установленный диагноз ипохондрического расстройства, отказ от исследования.

Каждому пациенту предоставлялась стандартная форма добровольного информированного согласия на участие в научном исследовании с разъяснением целей, задач и используемых методов обследования и терапии.

Анализ клинико-нозологической структуры СФР у пациентов 1-й группы показал преобладание соматизированного расстройства (n=47) по сравнению с соматоформным болевым расстройством (n=36) и соматизированной вегетативной дисфункцией (n=15). Схожие результаты зарегистрированы у пациентов 2-й группы, но с ещё более высокой частотой встречаемости соматизированного расстройства (n=71) по сравнению с соматоформным болевым расстройством (n=19) и соматизированной вегетативной дисфункцией (n=12).

Для объективизации степени выраженности психического состояния проводили психометрическое обследование с использованием тестовой батареи психологических шкал (депрессии Бека, тревоги Спилбергера, Торонтской шкалы алекситимии, опросника здоровья пациента PHQ-15).

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) разработана А.Т. Беком с соавт. в 1961 г. [1] на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник из 21 категории симптомов и жалоб, каждая из которых состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В методике выделяются две субшкалы: когнитивно-аффективная и соматических проявлений депрессии.

Шкала тревожности Спилбергера-Ханина (Charles D. Spielberger, State-Trait Anxiety Inventory, STAI) в адаптации Ю.Л. Ханина (русскоязычный вариант STAI) – информативный способ самооценки уровня тревожности в данный момент: реактивная (ситуативная) тревожность как состояние и личностная тревожность как устойчивая характеристика.

Торонтская Алекситимическая Шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS) – клинический опросник для изучения алекситимии, оцениваемой как снижение или отсутствие способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений. Первая версия опросника TAS-26, разработанная Грэмом Тейлором с соавт. (Taylor G.J., Ryan D., Bagby R.M., 1985), содержит 26 вопросов и 1 шкалу. Адаптация выполнена сотрудниками НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Д.Б. Ереско, Г.Л. Исурина Е.В. Кайдановская и др.).

Анкета о состоянии здоровья пациента (PHQ) – опросник с множественным выбором, авторское право которого принадлежит Pfizer Inc, используется как скрининг и диагностический инструмент в отношении психических нарушений (депрессия, тревога, алкогольная зависимость, пищевые и соматоформные расстройства). Пункт 15 опросника о состоянии здоровья пациента (PHQ-15) содержит шкалу соматических симптомов по определению их наличия и выраженности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам заполнения шкалы депрессии Бека в 1-й группе преобладала субдепрессия (n=47) по сравнению с умеренной депрессией (n=25) и отсутствием депрессивных симптомов (n=23). Выраженная депрессия встречалась редко (n=3), случаев тяжелой депрессии не обнаружено. Большинство пациентов набрали максимальное количество баллов за счет высоких показателей по субшкале соматических проявлений депрессии.

Во 2-й группе получены несколько иные результаты: умеренная депрессия (n=43), субдепрессия (n=28), выраженная депрессия (n=18), тяжелая депрессия (n=7), отсутствие депрессивных симптомов (n=6), что отражало более высокую выраженность депрессивной симптоматики, чем в 1-й группе. Установлено более равномерное распределение баллов между двумя субшкалами (соматических и когнитивно-аффективных проявлений депрессии) у респондентов с выраженной, умеренной и тяжелой депрессией (табл. 1).

Т а б л и ц а 1. Сравнительное распределение результатов самооценки по шкале депрессии Бека в общей (n=200) выборке исследования

Показатель по шкале депрессии Бека	1-я группа (n=98) – пациенты, наблюдающиеся в первичном амбулаторном (соматическом) звене		2-я группа (n=102) – пациенты, состоящие под наблюдением врачей-психиатров	
	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствие депрессивных симптомов	23	23*	6	6*
Легкая депрессия	47	48*	28	27**
Умеренная депрессия	25	26**	43	42**
Выраженная депрессия	3	3*	18	18*

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – p<0,01, ** – p<0,005.

Анализ результатов заполнения шкалы тревожности Спилбергера-Ханина в 1-й группе показал преобладание показателей средней ситуативной тревожности (n=63) над показателями высокой (n=27) и низкой (n=8) ситуативной тревожности. В то время как по шкале личностной тревожности с более высокой частотой зарегистрированы высокие показатели (n=46), превышавшие встречаемость средних (n=39) и низких (n=13) показателей.

Во 2-й группе низкая ситуативная тревожность вообще отсутствовала. Примерно с одинаковой частотой встречаемости были зафиксированы по-

казатели средней (n=51) и высокой (n=47) ситуативной тревожности. По шкале личностной тревожности распределение показателей было идентичным таковому в 1-й группе: высокие показатели (n=50) преобладали по сравнению со средними (n=42) и низкими (n=10) (табл. 2). Обнаружено, что тревожные особенности личности респондентов обеих групп сочетались с иррациональными тревожно-фобическими установками, демонстративностью, мнительностью и чрезмерной озабоченностью состоянием здоровья, неврастеническим отношением к болезни, дезадаптивностью в социальной сфере.

Т а б л и ц а 2. Сравнительное распределение результатов ситуативной и личностной тревожности по Шкале тревожности Спилбергера-Ханина в общей (n=200) выборке исследования

Показатель по шкале тревожности Спилбергера-Ханина	1-я группа (n=98) – пациенты, наблюдающиеся в первичном амбулаторном (соматическом) звене		2-я группа (n=102) – пациенты, состоящие под наблюдением врачей-психиатров	
	Абс.	%	Абс.	%
Ситуативная тревожность				
Низкие показатели	8	8*	-	-
Средние показатели	63	64*	51	64*
Высокие показатели	27	28**	47	28**
Личностная тревожность				
Низкие показатели	13	13**	10	10*
Средние показатели	39	40**	42	41**
Высокие показатели	46	47**	50	49*

Пр и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – p<0,01, ** – p<0,005.

По результатам заполнения TAS в 1-й группе большинство испытуемых (n=57) набрали значение более 74 баллов, т.е. обнаружили выраженные алекситимические черты в виде трудности идентификации и описания чувств, внешне ориентированное мышление, неуверенность в исполнении задуманных планов и целей. Неалекситимический тип личности встречался с наиболее низкой частотой (n=15), при этом суммарное количество набранных баллов не достигало 62. Характерно, что у респондентов с низкими значениями по шкале TAS стаж заболевания составлял менее года. Более четверти респондентов (n=26) занимали промежуточное место, что свидетель-

ствовало о их принадлежности к группе риска по развитию алекситимии (табл. 3).

Во 2-й группе распределение отличалось от такового в 1-й группе: большая часть респондентов (n=46) имели пограничный тип алекситимии, реже зафиксированы выраженные алекситимические черты (n=35) и неалекситимический тип личности (n=21) (табл. 3). Алекситимики чаще высказывали неудовлетворенность собой и своими достижениями, испытывали диссоциативные переживания, внутреннее беспокойство и повышенную тревожность, имели низкую самооценку и стрессоустойчивость, воспринимали незначимые события как угрозу своему образу жизни.

Т а б л и ц а 3. Сравнительное распределение результатов по наличию/отсутствию алекситимии по Торонтской алекситимической шкале в общей (n=200) выборке исследования

Показатель выраженности алекситимии	1-я группа (n=98) – пациенты, наблюдающиеся в первичном амбулаторном (соматическом) звене		2-я группа (n=102) – пациенты, состоящие под наблюдением врачей-психиатров	
	Абс.	%	Абс.	%
Выраженные алекситимические черты	57	58*	35	34**
Пограничный (промежуточный) характер алекситимических проявлений	26	27*	46	45*
Отсутствие алекситимических черт (неалекситимический тип личности)	15	15**	21	21**

Пр и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – p<0,01, ** – p<0,005.

По результатам заполнения шкалы соматизации PHQ-15 в 1-й группе средний уровень соматизации ($n=42$) встречался чаще, чем выраженный ($n=31$) и легкий ($n=25$) уровни соматизации. Во второй группе, напротив, преобладал выраженный уровень соматизации ($n=63$), средний ($n=30$), легкий ($n=9$) уровни соматизации встречались реже (табл. 4).

Зачастую в процессе взаимодействия с врачами-интернистами фиксированность на болезнен-

ном состоянии, тревога и страх, обусловленные неопределенностью диагноза, становились причинным фактором формирования соматизации. Наряду с соматизацией, большинство пациентов имели высокий уровень нейротизма, главными проявлениями которого являлись преувеличенное отношение к соматическим симптомам, возбудимость, тревожность, беспокойство, неуверенность в себе и недоверие к другим, переживания по поводу своей беспомощности.

Т а б л и ц а 4. Сравнительное распределение результатов по проявлениям соматизации по Анкете о состоянии здоровья пациента (PHQ) в общей ($n=200$) выборке исследования

Показатель выраженности соматизации	1-я группа ($n=98$) – пациенты, наблюдающиеся в первичном амбулаторном (соматическом) звене		2-я группа ($n=102$) – пациенты, состоящие под наблюдением врачей-психиатров	
	Абс.	%	Абс.	%
Выраженная соматизация	31	32**	63	62**
Средний уровень соматизации	42	43*	30	29*
Легкая соматизация	25	25**	9	9**

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – $p<0,01$, ** – $p<0,005$.

ОБСУЖДЕНИЕ

Уже на этапе включения испытуемых в исследование обращали на себя внимания трудности, возникающие при установлении комплаентности, особенно с пациентами 1-й группы. Так, значительная часть таких пациентов на момент формирования выборки не была включена в исследование в связи с отказом от него, нежеланием проходить обследование у психиатра из-за опасения стигматизации и отрицания психологической природы расстройств, по поводу которых они наблюдались у врачей-соматологов. При этом часть пациентов безуспешно обследовалась и проходила лечение у врачей-интернистов, включая самые современные технологии, в течение нескольких лет. В то время как во 2-й группе прямой отказ от исследования высказывали единичные пациенты, причем причины отказа редко были связаны со страхом стигматизации. Установление комплаенса во 2-й группе происходило относительно проще, хотя часть пациентов также не в полной мере разделяла психологическую трактовку заболевания, что отражалось в сопротивлении психотерапевтическим интервенциям и отказе от регулярного наблюдения у врачей психиатрического профиля. Несмотря на некоторое сходство психопатологических профилей пациентов 1-й и 2-й групп, обнаруженные различия могут объяснять особенности формирования поведенческих паттернов в каждой группе. Например, выраженные алекситимические черты, в большей мере присущие пациентам 1-й группы, предрасполагают к длительному и сложному пути, который проходит пациент с СФР, прежде чем попадает к профильным специалистам.

Феномен самостигматизации, ухудшающий комплаенс и прогноз заболевания, способствующий реализации ятрогенных факторов, в том числе может быть обусловлен выраженными алекситимическими чертами. В соответствии с полученными данными исследования установлено, что в психиатрическое звено большинство пациентов попадают лишь на этапе значительной соматизации, когда выраженность симптомов более не позволяет игнорировать необходимость обращения за консультативной психиатрической помощью. Еще одной важной находкой, обнаруженной при анализе результатов во 2-й группе, является большее количество пациентов с высокими показателями тревожности и депрессии, что не только свидетельствует о частой коморбидности СФР с тревожными и депрессивными расстройствами, но и в целом отражает характер патоморфоза СФР. Показатели личностной тревожности в обеих группах имеют сходные значения, что подтверждает интегрированный характер особенностей личностной структуры пациентов, страдающих СФР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное нами исследование дополняет материалы более ранних публикаций, посвященных диагностическим и терапевтическим сложностям психологического сопровождения весомой доли пациентов с СФР. Среди факторов, ухудшающих комплаенс и усиливающих риск ятрогенных осложнений, одну из лидирующих позиций занимает специфическая алекситимическая структура личности пациентов, часто сочетающаяся с высоким уровнем личностной тревожности. Более высокий уровень соматизации у пациентов 2-й груп-

пы, с одной стороны, утяжеляет течение и прогноз болезни, с другой – парадоксальным образом способствует установлению контакта пациента со специалистами психиатрического звена, настроенности на психофармакотерапию и психолого-психотерапевтическую поддержку. Особый интерес представляет коморбидность СФР с тревожными и депрессивными расстройствами, выявленная в обеих группах, при этом тяжесть тревоги и депрессии заметно выше у пациентов 2-й группы.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы подтверждают отсутствие финансирования при проведении данного исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Совместное исследование выполнено на основе принципов информированного добровольного согласия и этических стандартов, разработанных согласно Хельсинской декларации ВМА, и в соответствии с принятым в ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России Этическим кодексом (протокол № 9 от 28.06.2022).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. 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. Karpushkin AM, Ovchinnikov AA. 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) (in Russian).
2. 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).
3. Султанова А.Н., Овчинников, А.А. Сравнительный анализ уровня алекситимии: etic- и emic-подход исследования. Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии: Материалы 5-й международной научно-практ. конф. Оренбург, 2015. С. 94-96. Sultanova AN, Ovchinnikov AA. Comparative analysis of the level of alexithymia: etic- and emic- research approach. Mental health of the population on the border of Europe and Asia: Proceedings of the 5th International Scientific and Practical Conference. Orenburg, 2015:94-96 (in Russian).
4. 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).
5. Овчинников А.А., Наров М.Ю. О соматоформном варианте ПТСР. Психосоматические и соматоформные расстройства в современной клинической практике: Сборник материалов межрегион научно-практ. конф. Иркутск, 2005. С. 61. Ovchinnikov AA, Narov MYu. About the somatoform variant of PTSD. Psychosomatic and somatoform disorders in modern clinical practice: Collection of materials of the inter-regional scientific and practical conference. Irkutsk, 2005:61 (in Russian).
6. Овчинников А.А., Ракитская Н.Ю., Старичков Д.А. Алекситимия как предиктор неблагоприятного клинического патоморфоза тревожно-фобических расстройств. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 2 (53). С. 34-36. Ovchinnikov AA, Rakitskaya NYu, Starichkov DA. Alexithymia as a predictor of unfavorable clinical pathomorphosis of anxiety-phobic disorders. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2009;2(53):34-36 (in Russian).
7. Овчинников А.А., Старичков Д.А., Латыпова О.В. Ятрогенные аспекты формирования аддиктивного поведения при невротических расстройствах. Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы научно-практ. конф. Челябинск: Изд-во «Пирс», 2010. С. 96-99. Ovchinnikov AA, Starichkov DA, Latypova OV. Iatrogenic aspects of the formation of addictive behavior in neurotic disorders. Relevant problems of age-related narcology: materials of the scientific-practical conference. Chelyabinsk: "Pirs" Publishing House, 2010:96-99 (in Russian).
8. Овчинников А.А., Старичков А.М., Латыпова О.В., Наров М.Ю., Карпушкин А.М. Соматизация, алекситимия, соматоформное расстройство и аддиктивное поведение. Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы научно-практ. конф. Челябинск: Изд-во «Пирс», 2010. С.48-49. Ovchinnikov AA, Starichkov AM, Latypova OV, Narov MYu, Karpushkin AM. Somatization, alexithymia, somatoform disorder and addictive behavior. Relevant problems of age-related narcology: materials of the scientific-practical conference. Chelyabinsk: "Pirs" Publishing House, 2010:48-49 (in Russian).

9. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск, 2014. 304 с. Sobenikov VS. Somatization and somatoform disorders. Irkutsk, 2014:304 (in Russian).
10. Andersen NL, Eplöv LF, Andersen JT, Hjorthøj CR, Birket-Smith M. Health care use by patients with somatoform disorders: a register-based follow-up study. *Psychosomatics*. 2013 Mar-Apr;54(2):132-41. doi: 10.1016/j.psych.2012.07.007. Epub 2012 Dec 4. PMID: 23218064.
11. den Boeft M, Twisk JW, Terluin B, Penninx BW, van Marwijk HW, Numans ME, van der Wouden JC, van der Horst HE. The association between medically unexplained physical symptoms and health care use over two years and the influence of depressive and anxiety disorders and personality traits: a longitudinal study. *BMC Health Serv Res*. 2016 Mar 22;16:100. doi: 10.1186/s12913-016-1332-7. PMID: 27125311; PMCID: PMC4848781.
12. 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.
13. Herzog A, Shedden-Mora MC, Jordan P, Löwe B. Duration of untreated illness in patients with somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2018 Apr;107:1-6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.01.011. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29502757.
14. 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.
15. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014 Sep;23(3):304-19. doi: 10.1002/mpr.1439. Epub 2014 Apr 11. PMID: 24729411; PMCID: PMC6878234.
16. Kapfhammer HP. Somatisierung – somatoforme Störungen – Etiopathogenetische Modelle [Somatization – somatoform disorders – etiopathological models]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2001 Feb;69(2):58-77. German. doi: 10.1055/s-2001-11172. PMID: 11253560.
17. Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychother Psychosom*. 1994;61(1-2):4-24. doi: 10.1159/000288868. PMID: 8121976.
18. Koch AS, Kleiman A, Wegener I, Zur B, Imbierowicz K, Geiser F, Conrad R. Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in a large sample of somatoform patients. *Psychiatry Res*. 2015 Feb 28;225(3):355-63. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.013. Epub 2014 Dec 19. PMID: 25613660.
19. Luminet O, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia. *Advances in Research, Theory, and Clinical Practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2018:372.

Поступила в редакцию 23.06.2022
Утверждена к печати 29.08.2022

Карпушкин Александр Михайлович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. SPIN-код 4870-2188.

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. SPIN-код 2228-5923. Author ID 705354. ORCID iD 0000-0003-1468-1620. anat1958@mail.ru

Климова Ирина Юрьевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. SPIN-код 5189-8069.

✉ Карпушкин Александр Михайлович, karpushkin_@mail.ru

UDC 615.056.2:616.895:616.891.6:616-082-021.272

For citation: Karpushkin A.M., Ovchinnikov A.A., Klimova I.Yu. Comparative characteristics of the psychopathological profile of patients with somatoform disorders at the primary outpatient (somatic) and psychiatric level. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 3 (116): 72-79. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-3\(116\)-72-79](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-3(116)-72-79)

Comparative characteristics of the psychopathological profile of patients with somatoform disorders at the primary outpatient (somatic) and psychiatric level

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

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

ABSTRACT

Background. Somatization is characterized by the transfer of psychological problems to the level of bodily sensations. In connection with the growth of somatization among patients in general clinical practice, the proportion of somatoform disorders (SFD) of a psychogenic nature is increasing, often occurring in the form of polymorphic symptoms (vegetative dysfunction, alexithymia, hypochondriacal, asthenic-neurotic, depressive, anxiety, obsessive-compulsive, etc.). The personality profile of such patients is characterized by disharmony, emotional instability, increased rigidity, anxiety, and loss of self-control. Patients with SFD often have a family history of mental illness. Improving the diagnosis, therapy and prognosis of SFD requires a comprehensive clinical, psychopathological and psychological assessment of the patients' condition. The relevance of this topic is due to the research activity of representatives of leading national scientific schools. **Objective:** to compare the psychopathological profiles of patients with somatoform disorders in primary (outpatient somatic) and psychiatric care. **Material and Methods.** From the total (n=200) sample of the study, two groups were formed: the main group (hereinafter referred to as the 1st group) (n=98) – patients observed in the primary outpatient (somatic) link, the comparison group (hereinafter referred to as the 2nd group) (n=102) – patients under the supervision of psychiatrists. In patients of both groups at different periods of observation, the diagnosis from the group of somatoform disorders (F45) according to ICD-10 was verified and differential diagnosis with other mental disorders was carried out. The groups are similar in terms of the number of patients, gender, age, marital status, education, employment. The assessment of the current mental status was carried out in accordance with the standard clinical and psychiatric survey, taking into account the anamnesis according to medical documentation, a survey of relatives. Psychometric examination was performed using a test battery of psychological scales (Beck depression, Spielberger anxiety, Toronto alexithymia scale, patient health questionnaire PHQ-15). **Results.** Alexithymia, which is manifested by a low differentiation of feelings and bodily sensations and increases the course of somatic disorders, is more common in the 1st group and is the reason for late visits to psychiatrists. The increase in alexithymia and personality changes further increases self-stigmatization, promotes the launch of iatrogeny, worsens compliance and prognosis of the disease. The higher number of patients with manifestations of basic disorders (anxiety and depression) revealed is indicative of frequent comorbidity with anxiety and depressive disorders and reflects the characteristics of the patients' personality structure. **Conclusion.** Factors that worsen compliance and increase the risk of iatrogenic complications were identified: alexithymic personality structure and high personal anxiety. A higher severity of anxiety and depression was registered in patients of the 2nd group. A higher level of somatization in the 2nd group is a factor that not only aggravates the course and prognosis of the disease, but at the same time contributes to the patient's contact with the psychiatric link and receiving adequate psychopharmacological and psychotherapeutic therapy, even despite the formal nature of the recognition of mental nature of SFD.

Keywords: somatoform disorders, alexithymia, somatization, depression, anxiety, timely diagnosis, compliance, quality of life assessment.

Received June 23.2022

Accepted August 29.2022

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. ORCID iD 0000-0001-8943-534X.

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. SPIN-code 2228-5923. Author ID 705354. ORCID iD 0000-0003-1468-1620. anat1958@mail.ru

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

✉ Karpushkin Alexander M., karpushkin_@mail.ru