

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.8-009.7:616-01:616-082.3

Для цитирования: Карпушкин А.М., Овчинников А.А., Климова И.Ю., Старичков Д.А. Особенности маршрутизации пациентов с соматоформными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 4 (121). С. 89-96. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-89-96](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-89-96)

Особенности маршрутизации пациентов с соматоформными расстройствами

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

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

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Несвоевременное направление пациентов с соматоформными расстройствами (СФР) к профильным специалистам приводит как к ухудшению качества жизни этих пациентов и возможности ятрогенных осложнений, так и к значительному увеличению нагрузки на первичное медицинское звено и, следовательно, к увеличению расходов на оказание медицинских услуг. Поздние сроки оказания помощи лицам с негативными отклонениями в состоянии психического здоровья связаны с недостатками существующей схемы маршрутизации пациентов психиатрического профиля. **Цель:** выявить факторы, в том числе психопатологические и психологические, затрудняющие адекватную маршрутизацию пациентов с СФР к профильным специалистам. Знание факторов, приводящих к поздней маршрутизации этой категории пациентов в психиатрическую службу, может способствовать совершенствованию диагностических методик, направленных на раннее обнаружение СФР, оптимизации клинической тактики и алгоритма ведения пациентов с СФР. **Материал.** В исследование вошли пациенты (n=165) с СФР, проходившие обследование и лечение в учреждениях психиатрического профиля. На основании данных сравнительной маршрутизации пациентов были сформированы две группы. Основная группа (n=97) – пациенты с поздними сроками обращения в психиатрическое звено, более года наблюдавшиеся у врачей общесоматической сети. Группа сравнения (n=68) – пациенты, с момента обращения которых к врачам общесоматической сети до их маршрутизации к специалистам психиатрического звена прошло менее года. Каждому пациенту предоставлялась стандартная форма информированного согласия на участие в научном исследовании с разъяснением целей, задач и используемых методов. **Методы:** клиничко-психопатологический метод (включая стандартное психиатрическое интервью), психометрическое тестирование (шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера, Торонтская шкала алекситимии, модуль РНQ-15 шкалы Оценка здоровья пациента). **Результаты.** Установлено, что наличие таких коморбидных симптомов, как депрессия и тревога, а также высокий уровень соматизации способствуют своевременной и рациональной индивидуальной маршрутизации пациентов с СФР в психиатрическую службу, в то время как выраженные алекситимические черты личности, напротив, приводят к длительному нахождению пациента в общесоматической сети.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, алекситимия, комплаенс, соматизация, депрессия, тревога.

ВВЕДЕНИЕ

В каждой отрасли медицины, будь то гастроэнтерология, неврология, кардиология или любая другая медицинская специальность, встречаются пациенты с необъяснимой и трудно коррегируемой в рамках методик, привычных этим специальностям, симптоматикой [4]. Физические жалобы, не обусловленные непосредственно органическими причинами, могут быть рассмотрены в качестве симптомов, присущих расстройствам из группы соматоформных (СФР). Данные об эпидемиологии СФР широко варьируются. Так, хотя

распространенности соматизированного расстройства в популяции традиционно приписывались показатели на уровне менее 1%, применение более мягких критериев позволило расширить этот показатель до диапазона от 4 до 19%, при этом от 20 до 84% пациентов соматического профиля обнаруживают симптомы, не имеющие морфологического субстрата [1, 8, 13, 11, 10]. Исследование СФР всегда было связано со значительными сложностями, в том числе по причине отсутствия четких организационных схем маршрутизации данного контингента.

В связи с тем, что расстройства из группы соматоформных в известной степени являются диагнозом исключения, для их уточнения требуется проведение инструментальных и лабораторных методов, что несколько ограничивает проведение таких исследований на больших группах испытуемых. Кроме того, постоянно меняющаяся концептуализация нозологической принадлежности СФР, а также необходимость наличия у исследователя знаний в области как психиатрии, так и практической медицины делают СФР трудным и неудобным для изучения объектом [3, 8].

Известно, что проблема СФР в первичном амбулаторном звене связана не только с большой экономической нагрузкой, которую оказывает данная категория пациентов, но и с многочисленными ошибками и недочетами, возникающими при маршрутизации [2, 6, 7, 12]. Пациенты с СФР зачастую проходят не показанные им многочисленные дорогостоящие инструментальные и лабораторные исследования, консультации узких специалистов соматического профиля, не получают необходимой психофармакологической и психотерапевтической поддержки из-за отсутствия своевременной диагностики СФР [7, 9]. Причины этого кроются как в недостаточной информированности врачей общей практики относительно СФР, так и в психолого-психопатологических характеристиках, присущих этой категории пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить факторы, в том числе психопатологические и психологические, затрудняющие адекватную маршрутизацию пациентов с СФР к профильным специалистам.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены пациенты (n=165) с СФР, проходившие обследование и лечение в учреждениях психиатрического профиля. На основании данных сравнительной маршрутизации пациентов были сформированы две группы. Основная группа (n=97) – пациенты с поздними сроками обращения в психиатрическое звено, более года без эффекта наблюдавшиеся у врачей общесоматической сети. Группа сравнения (n=68) – пациенты, с момента обращения которых к врачу общесоматической сети до их маршрутизации к специалистам психиатрического звена прошло менее года, что свидетельствует о более оптимальном варианте маршрутизации.

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

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

В основной группе время до реализации адекватной маршрутизации у большинства пациентов (n=34) варьировало в пределах от 3 до 4 лет. С меньшей частотой зарегистрированы пациенты, сроки адекватной маршрутизации которых затягивались до 2-3 лет (n=29) и до 1-2 лет (n=23). В ряде случаев длительность распознавания психопатологической симптоматики была еще выше – от 4 до 5 лет (n=7) и более 5 лет (n=4), что говорит об отсутствии оптимальной маршрутизации на ранних сроках заболевания.

В то время как в группе сравнения каждый пятый пациент (n=13, 19,1%) самостоятельно первично обратился к специалистам психиатрического профиля. Тем не менее большинство (n=55, 80,8%) на начальном этапе заболевания были обследованы и пролечены в амбулаторно-поликлинических и стационарных отделениях терапевтической сети, в дальнейшем в связи с неэффективностью лечения и отсутствием объективных признаков соматического заболевания были маршрутизированы в психиатрическое звено.

В работе использовались следующие методы: клинико-психопатологический метод (включая стандартное психиатрическое интервью) для оценки психического статуса, психометрическое тестирование (шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера, Торонтская шкала алекситимии, модуль RNQ-15 шкалы Оценка здоровья пациента).

Опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) предложен А.Т. Беком с соавт. (1961) для определения симптомов депрессии. После выделения наиболее часто встречающихся жалоб и сопоставления этого перечня параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, была разработана анкета из 21 категории симптомов и жалоб. Каждая категория (из 4-5 утверждений) соответствует определенным признакам (симптомам) депрессии. Эти утверждения были упорядочены по возрастанию вклада конкретных симптомов в общую тяжесть депрессии. Методология выделяет две субшкалы (когнитивно-аффективную и физических симптомов депрессии). Суммарная балльная оценка позволяет констатировать выраженность депрессивного состояния.

Шкала тревожности Спилбергера–Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) информативна для самооценки текущих уровней тревожности (реактивной тревожности как ответа на ситуацию) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики личности). Этот тест был разработан Чарльзом Д. Спилбергером, известным американским психологом и специалистом в области психологии личности, эмоций и стресса. Русская версия STAI была адаптирована и апробирована в 1978 г. Ю.Л. Ханиным.

Торонтская алекситимическая шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS) представляет собой клинический опросник, предназначенный для изучения индивидуально-личностных черт, например, такой как алекситимия, которая понимается как сниженная или отсутствующая способность распознавать, различать и выражать эмоциональные переживания и телесные ощущения, отсутствие способности к самоанализу собственных психических процессов. Первая версия опросника TAS-26 разработана в 1985 г. Г.Дж. Тейлор, Д. Райан, Р.М. Бэгби. Данная методика включает 26 вопросов и шкалу. Русскоязычная адаптация была выполнена в НИПНИ им. Бехтерева (Ереско Д.Б., Исурин Г.Л. и др., 2005) [5].

Опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ) используется в качестве инструмента скрининга и диагностики психических расстройств (депрессия, тревога, алкогольная зависимость, расстройства пищевого поведения и соматоформные расстройства) и представляет из себя анкету с множественным выбором. Пункт 15 «Опросника здоровья пациента» (PHQ-15) содержит шкалу физических симптомов PHQ, что позволяет определить наличие и выраженность этих симптомов.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как показано в таблице 1, более чем у половины пациентов (n=53, 54,6%) основной группы по

результатам заполнения шкалы депрессии Бека было выявлено отсутствие депрессивных симптомов. С более редкой частотой зарегистрированы субдепрессия (n=22, 22,7%) и умеренная депрессия (n=19, 19,6%). В минимальном количестве случаев обнаружена выраженная депрессия (n=3, 3,1%), случаи тяжелой депрессии в данной выборке отсутствовали. При анализе результатов заполнения шкалы была выявлена большая представленность соматических симптомов депрессии. Ухудшение психосоматического состояния сопровождалось снижением активности и уровня социальной адаптации.

В группе сравнения в соответствии с результатами заполнения шкалы депрессии Бека установлено преобладание умеренной (n=35, 51,5%) и выраженной (n=19, 27,9%) депрессии. Состояние субдепрессия (n=7, 10,3%) и отсутствие депрессивных симптомов (n=4, 5,9%) встречались реже. В отличие от основной группы, где тяжелая депрессия отсутствовала, у незначительной части (n=3, 4,4%) пациентов была диагностирована тяжелая депрессия. По мере нарастания степени тяжести депрессии роль когнитивно-аффективной субшкалы в распределении баллов повышалась, усиливались проявления ипохондрии. Пациенты стремились к ограничению сферы деятельности, снижению контактов. Соответственно соматическую и депрессивную симптоматику, устойчивость телесных жалоб к лечению, ипохондрическое реагирование можно рассматривать как фактор патогенеза СФР.

Т а б л и ц а 1. Сравнительное распределение результатов заполнения шкалы депрессии Бека в выборке пациентов с соматоформными расстройствами основной группы и группы сравнения

Выраженность депрессивной симптоматики по шкале депрессии Бека	Основная группа (n=97)		Группа сравнения (n=68)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствие депрессивных симптомов	53	54,6**	4	5,9**
Легкая депрессия	22	22,7*	7	10,3*
Умеренная депрессия	19	19,6*	35	51,5*
Выраженная депрессия	3	3,1*	19	27,4*
Тяжелая депрессия	-	-	3	4,4**

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

Так как пациенты с СФР характеризуются тревогой разной степени выраженности по поводу соматических симптомов и высокой обращаемостью за медицинскими услугами, на следующем этапе психометрического тестирования проведена оценка уровня тревоги, в том числе связанной с неудовлетворенностью телесными ощущениями.

В таблице 2 приводятся показатели, полученные по материалам заполнения пациентами шкалы тревожности Спилберга-Ханина. У пациентов основной группы выявлено преобладание (n=58, 59,8%) средней ситуативной тревожности,

более чем у четверти пациентов (n=28, 28,9%) установлена высокая ситуативная тревожность, с наиболее низкой частотой (n=11, 11,3%) зафиксирована низкая ситуативная тревожность. По шкале личностной тревожности с более высокой частотой встречались средние показатели (n=44, 45,4%) по сравнению с высокими (n=30, 30,9%) и низкими (n=23, 23,7%) показателями. Соматизированная тревога в структуре СФР воспроизводит уровень стресса, вызванного соматовегетативными нарушениями, переживаниями об ухудшении собственного здоровья.

В группе сравнения в соответствии с результатами заполнения шкалы тревожности Спилберга–Ханина получено иное распределение показателей, чем в основной группе. Обнаружено преобладание ($n=38$, 55,9%) высокой ситуативной тревожности по сравнению со средней ($n=23$, 33,8%) и низкой ($n=7$, 10,3%) ситуативной тревожностью. Идентичное распределение показателей в данной группе зафиксировано по шкале

личностной тревожности, что подтверждается преобладанием высоких показателей ($n=37$, 54,4%) по сравнению со средними ($n=23$, 33,8%) и низкими ($n=8$, 11,8%) показателями. Соматическая тревога модифицируется в телесные симптомы и может рассматриваться как фактор развития СФР в ситуации отсутствия адекватной оценки соматического неблагополучия и точного распознавания истинных причин болезни.

Т а б л и ц а 2. Сравнительное распределение результатов заполнения шкалы тревожности Спилберга–Ханина в выборке пациентов с соматоформными расстройствами основной группы и группы сравнения

Выраженность тревожной симптоматики по шкале тревожности Спилберга–Ханина	Основная группа ($n=97$)		Группа сравнения ($n=68$)	
	Абс.	%	Абс.	%
Ситуативная тревожность				
Низкие показатели	11	11,3*	7	10,3**
Средние показатели	58	59,8	23	33,8*
Высокие показатели	28	28,9*	38	55,9*
Личностная тревожность				
Низкие показатели	23	23,7*	8	11,8**
Средние показатели	44	45,4**	23	33,8*
Высокие показатели	30	30,9**	37	54,4*

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

Как представлено в таблице 3, большинство пациентов ($n=59$, 60,8%) основной группы согласно результатам заполнения TAS набрали более 74 баллов, что свидетельствует о выраженных алекситимических чертах. Выраженная алекситимия у этих пациентов является фактором риска СФР и часто взаимосвязана с тревожными и депрессивными проявлениями, большей выраженностью соматических жалоб, более длительным течением заболевания и более поздней маршрутизацией. Более чем у четверти пациентов обнаружен ($n=27$, 27,8%) пограничный уровень алекситимии, промежуточный диапазон значений означа-

ет их принадлежность к «группе риска». У каждого десятого пациента ($n=11$, 11,3%) обнаружен неалекситимический тип личности, что подтверждается минимальным количеством набранных баллов (менее 62).

В группе сравнения у большинства ($n=27$, 39,7%) пациентов в соответствии с количеством набранных баллов был зарегистрирован пограничный уровень алекситимии. С незначительно меньшей частотой ($n=25$, 36,8%) обнаружены выраженные алекситимические черты. Неалекситимический тип личности отмечался чаще ($n=16$, 23,5%), чем в основной группе.

Т а б л и ц а 3. Сравнительное распределение результатов заполнения Торонтской алекситимической шкалы в выборке пациентов с соматоформными расстройствами основной группы и группы сравнения

Выраженность алекситимии по TAS	Основная группа ($n=97$)		Группа сравнения ($n=68$)	
	Абс.	%	Абс.	%
Выраженная алекситимия (≥ 74 баллов)	59	60,8*	25	36,8**
Пограничный (промежуточный) уровень (62–74 балла)	27	27,8*	27	39,7*
Отсутствие алекситимии (≤ 62 баллов) (неалекситимический тип личности)	11	11,3**	16	23,5**

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

Согласно результатам заполнения шкалы соматизации РНҚ-15 у пациентов основной группы преобладал средний уровень соматизации ($n=41$, 42,3%), с незначительным отставанием ($n=31$, 32,0%) зарегистрирован выраженный уровень соматизации. Высокий уровень соматизации сочетался со склонностью к соматизации тревоги, большей тяжестью ипохондрической симптома-

тики и более частой обращаемостью за диагностическими обследованиями. Вместе с тем четверть ($n=25$, 25,8%) пациентов продемонстрировали легкий уровень соматизации. В группе сравнения чаще ($n=42$, 61,8%) встречался выраженный уровень соматизации, чем средний ($n=20$, 29,4%) и легкий ($n=6$, 8,8%) уровни соматизации (табл. 4).

Т а б л и ц а 4. Сравнительное распределение результатов заполнения шкалы соматизации РНQ-15 в выборке пациентов с соматоформными расстройствами основной группы и группы сравнения

Выраженность соматизации по РНQ-15	Основная группа (n=97)		Группа сравнения (n=68)	
	Абс.	%	Абс.	%
Выраженная соматизация	31	32*	42	61,8*
Средний уровень соматизации	41	42,3**	20	29,4*
Легкая соматизация	25	25,8**	6	8,8*

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

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Еще до обработки результатов исследования, на этапе оценки психического статуса, выяснилось, что значительная часть испытуемых основной группы акцентировала внимание на своем соматическом состоянии, а также демонстрировала более низкую мотивацию к участию в исследовании, сомнения в необходимости этого участия, нежелание признавать свои психологические проблемы и обсуждать их. Большинство пациентов основной группы не могли установить связь соматических симптомов с актуальными психологическими переживаниями, хотя формально и соглашались с мнением специалиста о психической природе СФР. При сборе анамнеза в основной группе были обнаружены определенные закономерности, присущие этой категории пациентов. Пациенты основной группы чаще, чем пациенты в группе сравнения, проходили дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования, чаще консультировались у узких специалистов (в некоторых случаях многократно), у них чаще отмечалась отрицательная динамика в виде усиления ипохондрического поиска иллюзорной соматической болезни, нарастания тревожности. Существенной части пациентов на различных этапах лечения и обследования у врачей общей практики регулярно назначались консультации психиатра или психолога, данные рекомендации пациенты основной группы были склонны игнорировать или аргументированно отрицать их необходимость, при этом в большинстве таких случаев врачи не проявляли достаточной настойчивости. Также установлено, что большая часть пациентов основной группы предпочитала лечиться и обследоваться в бюджетных государственных учреждениях, в то время как более половины испытуемых группы сравнения получали консультативную и диагностическую поддержку в частных клиниках.

При изучении группы сравнения было обнаружено, что большинство пациентов направлялись в психиатрическое звено в связи с наличием депрессивной и/или тревожной симптоматики, в то время как информация о наличии стойких и необъяснимых соматических жалоб в направлении не сообщалась. Можно предположить, что для специалистов первичного звена наличие де-

прессии и тревоги является очевидным маркером психических проблем у пациента, в отличие от менее очевидных для врачей-интернистов симптомов соматизации.

При изучении психопатологических профилей испытуемых в основной группе и группе сравнения были установлены заметные различия. Более чем у половины (54,6%) испытуемых основной группы симптомы депрессии не были представлены, у остальных преобладала легкая (22,7%) или умеренная (19,6%) депрессия, выраженные варианты были единичны (3,1%). В группе сравнения более чем у половины (51,5%) испытуемых была выявлена умеренная депрессия, вторым по распространенности вариантом была выраженная депрессия (27,4%). Что касается показателей тревожности, в основной группе преобладали средние значения (59,8% и 45,4%), в то время как в группе сравнения испытуемые демонстрировали высокие уровни (55,9% и 54,4%) личностной и ситуационной тревоги. Анализ результатов TAS выявил высокую представленность (60,8%) лиц с выраженными алекситимическими чертами среди испытуемых основной группы, в группе сравнения преобладали (39,7%) испытуемые с пограничным характером алекситимических проявлений, около четверти испытуемых группы сравнения (23,5%) имели неалекситимический тип личности. Выраженная соматизация в группе сравнения (61,8%) преобладала над другими вариантами, в то время как в основной группе самым частым вариантом (42,3%) являлся средний уровень соматизации.

Таким образом, обнаруженные нами данные не противоречат результатам ранее проведенных исследований по данной тематике [1, 2, 9, 11, 12], а дополняют имеющиеся сведения и проясняют возможные причины несвоевременной маршрутизации пациентов с СФР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинико-психопатологические характеристики и специфическая структура личности пациентов с СФР являются значимыми факторами, определяющими особенности их маршрутизации. Так, по результатам исследования стало очевидно, что наличие коморбидной патологии в виде тревожной или депрессивной симптоматики ускоряет маршрутизацию пациента в психиатрическую службу,

также этому способствует высокий уровень соматизации. Алекситимическая структура личности, напротив, приводит к длительному нахождению пациента в первичном соматическом звене, экспозиции неблагоприятными ятрогенными факторами и неудовлетворительному комплаенсу. Другими факторами, способствующими своевременному распознаванию СФР и адекватной маршрутизации этой категории пациентов, требующей особого и вдумчивого подхода, являются особенности взаимодействия «врач – пациент». Достичь оптимальных условий для такого взаимодействия, исходя из данных исследования, чаще удается в лечебных учреждениях, где лечащий специалист не ограничен жесткими временными и бюрократическими рамками.

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

1. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004 Apr;56(4):391-408. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00622-6. PMID: 15094023.
2. 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.
3. Reddy B, Das S, Guruprasad S. Research challenges in somatoform disorders: A narrative review. *Asian J Psychiatr.* 2018 Apr;34:65-66. doi: 10.1016/j.ajp.2018.04.018. Epub 2018 Apr 3. PMID: 29656277.
4. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet.* 1999 Sep 11;354(9182):936-9. doi: 10.1016/S0140-6736(98)08320-2. PMID: 10489969.
5. Алекситимия и методы её определения при пороговых психосоматических расстройствах: Пособие для психологов и врачей / Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская [и др.]. СПб.: СПб НИ психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. 25 с. Alexithymia and methods for its determination in borderline psychosomatic disorders: Manual for psychologists and doctors / DB Eresko, GL Isurina, EV Kaidanovskaya [and others]. St. Petersburg: St. Petersburg Research Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev, 2005:25 (in Russian).
6. 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. Karpushkin AM, Ovchinnikov AA, Klimova IYu. The role of a dysfunctional family in the formation of a psychopathological personality profile of patients with somatization disorder. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2022;1(114):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) (in Russian).
7. 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. Karpushkin AM, Ovchinnikov AA, Klimova IYu. 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) (in Russian).
8. 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).
9. 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).
10. Ляшкова С.В., Ташлыков В.А., Семенова Н.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017. № 1. С. 89-98. Lyashkovskaya SV, Tashlykov VA, Semenova NV. Approaches to the definition and typology of psychotherapy targets in the context of the tasks of improving individual psychotherapy programs. Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev. 2017;1:89-98 (in Russian).
 11. Малыгин В.Л., Троицкий М.С., Хренов П.А. Соматоформные расстройства в отечественной литературе (краткий литературный обзор). Вестник новых медицинских технологий [Электронное издание]. 2019. Т. 13, № 5. С. 72-79. Malygin VL, Troitsky MS, Khrenov PA. Somatoform disorders in Russian literature (brief literature review). Bulletin of New Medical Technologies [Electronic edition]. 2019;13(5):72-79 doi: 10.24411/2075-4094-2019-16552 (in Russian).
 12. 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 Ivan Fedorov: Publishing House, 2011:170 (in Russian).
 13. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск, 2014. 304 с. Sobennikov VS. Somatization and somatoform disorders. Irkutsk, 2014:304 (in Russian).
- Поступила в редакцию 01.08.2023
Утверждена к печати 13.11.2023

Карпушкин Александр Михайлович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 4870-2188. ORCID iD 0000-0001-8943-534X.

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., 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. anat1958@mail.ru

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

Старичков Дмитрий Алексеевич, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 4577-6301.

✉ Карпушкин Александр Михайлович, karpushkin_@mail.ru

UDC 616.8-009.7:616-01:616-082.3

For citation: Karpushkin A.M., Ovchinnikov A.A., Klimova I.Yu., Starichkov D.A. Features of routing patients with somatoform disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2023; 4 (121): 89-96. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-89-96](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-89-96)

Features of routing patients with somatoform disorders

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

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Novosibirsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. Untimely referral of patients with somatoform disorders (SFD) to specialists leads both to a deterioration in the quality of life of these patients and the possibility of iatrogenic complications, as well as a significant increase in the burden on primary health care and, consequently, an increase in the costs of providing medical services. The delay in receiving help by affected persons is associated with the shortcomings of the existing scheme for routing psychiatric patients. **Objective:** to identify factors, including psychopathological and psychological, that make it difficult to adequately route patients with SFD to specialists. Knowledge of the factors leading to late routing of this category of patients to psychiatric services can contribute to the improvement of diagnostic techniques aimed at early detection of SFD, optimization of clinical tactics and algorithm for the management of patients with SFD. **Material.** The study included patients (n=165) with SFD who underwent examination and treatment in psychiatric institutions. Based on the comparative routing data of patients, two groups were formed. The main group (n=97) – patients with late contact with a psychiatric unit, who were observed by doctors of the general somatic network for more than a year. The comparison group (n=68) included patients who were less than a year from the moment they contacted doctors in the general somatic network until they were routed to psychiatry specialists. Each patient was provided with a standard form of informed consent to participate in a scientific study with the explanation of the goals, objectives and methods used. **Methods:** clinical-psychopathological method (including standard psychiatric interview), psychometric testing (Beck Depression Scale, Spielberger Anxiety Scale, Toronto Alexithymia Scale, PHQ-15 module of the Patient Health Questionnaire). **Results.** It has been established that the presence of comorbid symptoms such as depression and anxiety, as well as a high level of somatization, contribute to the timely and rational individual routing of patients with SFD to the psychiatric service, while pronounced alexithymic personality traits, on the contrary, lead to a long-term stay of the patient in the general somatic network.

Keywords: somatoform disorders, alexithymia, compliance, somatization, depression, anxiety.

Received August 01, 2023

Accepted November 13, 2023

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., D.Sc. (Medicine), Prof, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation. SPIN-code 2228-5923. Author ID 705354. ORCID iD 0000-0003-1468-1620. anat1958@mail.ru

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

Starichkov Dmitriy A., Cand.Sc. (Medicine), assistant professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University. Novosibirsk, Russian Federation. SPIN-код ПИИЦ 4577-6301.

✉ Karpushkin Alexander M., karpushkin_@mail.ru