

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-3-64-72

## Проблема соматизированных расстройств: клиника, непрофильное обращение за медицинской помощью, психообразование

Погосов А.В., Богушевская Ю.В.  
ФГБУВО «Курский государственный медицинский университет»  
Минздрава России

**Резюме.** В одномоментном клинико-психопатологическом и психологическом исследовании с целью изучения причин непрофильного обращения больных соматизированными расстройствами за медицинской помощью проведен анализ факторов, способствующих возникновению «избегающего врача-психиатра поведения». Показано влияние клинических проявлений соматизированных расстройств, социально-демографических характеристик, информационных ресурсов, организационных изменений в здравоохранении, психологических особенностей. Обоснована необходимость внедрения психообразовательных программ в первичное звено здравоохранения для приоритетных специалистов для больных соматизированными расстройствами — терапевтов, неврологов, кардиологов; больных соматизированными расстройствами с «избегающим врача-психиатра поведением»; врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов.

**Ключевые слова:** соматизация, непрофильное обращение, «избегающее врача-психиатра поведение», психообразование

### The problem of somatization disorders: clinical picture, misdirected health encounter, psychoeducation

Pogosov A.V. , Bogushevskaya Yu.V.  
Kursk State Medical University

**Summary.** In a cross-sectional clinical-psychopathological and psychological trial aiming to study the causes of misdirected health encounter of patients with somatization disorders, the analysis of factors contributing to the emergence of «a psychiatrist avoidance behavior» has been conducted. The influence of somatization disorders clinical manifestations, socio-demographic characteristics, information resources, administrative changes in health care service and psychological features has been demonstrated. The necessity to introduce psychoeducational programs in the primary health care setting has been substantiated for: priority specialists for patients with somatization disorders — therapists, neurologists, cardiologists; somatization disorders patients with «a psychiatrist avoidance behavior»; psychiatrists, psychotherapists, clinical psychologists.

**Key words:** somatization disorders, causes of misdirected health encounter, «a psychiatrist avoidance behavior», psychoeducation

**В** МКБ-10 соматизированные расстройства (СР) относятся к числу соматоформных (F45). Они проявляются множественными, часто меняющимися соматическими симптомами, которые наблюдаются у больных в течение длительного времени [6, 11]. Больные СР на протяжении нескольких месяцев настаивают на проведении неоднократных диагностических процедур, результаты которых не обнаруживают оснований для подтверждения какого-либо соматического заболевания [4,7,10]. Так, от появления инициальных симптомов СР до обращения на прием к врачу-психиатру проходит в среднем 4-5 лет [2, 12].

В последние годы в практическое здравоохранение были внедрены образовательные программы для специалистов первичной медицинской сети. Они способствуют выявлению психических расстройств, которые могут быть представлены различными соматическими симптомами [9]. Врачи-интернисты могут своевременно диагностировать у больных СР и вовремя направить их

на консультацию к врачу-психиатру. Но из практических наблюдений известно, что отсутствие в результатах лабораторно-инструментальных обследований органической основы, объясняющей наличие жалоб, невысокая эффективность назначений не являются причиной для обращения за психиатрической помощью. Больные СР не выполняют рекомендации специалистов первичного звена здравоохранения и отказываются от приема врача-психиатра на длительное время. Несвоевременная психиатрическая помощь больным ведет к дальнейшему развитию динамических вариантов соматизированного расстройства, появлению необратимых изменений личности, снижает профессиональный статус и качество жизни больного. Актуальность настоящего исследования обусловлена наличием феномена «избегающего врача-психиатра поведения» у больных СР.

**Целью** исследования являлось изучение причин непрофильного обращения больных соматизированными расстройствами.

Задачи исследования: 1) проанализировать социально-демографические характеристики больных СР, способствующие формированию «избегающего врача-психиатра поведения»; 2) исследовать роль клинических проявлений СР в непрофильном обращении больных СР за медицинской помощью; 3) определить значение информационных ресурсов, изменений в системе здравоохранения, психологических особенностей больных СР, которые препятствуют обращению к врачу-психиатру; 4) предложить психообразовательные программы для специалистов первичного звена здравоохранения и больных соматизированными расстройствами.

### Материалы и методы

Исследование проводилось в дневном стационаре с амбулаторно-реабилитационным Центром ОБУЗ «Курская клиника психиатрической больницы имени святого великомученика и целителя Пантелеимона (основная база кафедры психиатрии и психосоматики КГМУ) в 2015-2018 гг. Основанием для включения в исследование являлось наличие диагноза «соматизированное расстройство» (F 45.0). Из 168 больных нами выбраны 66 впервые госпитализированных женщин, которые ранее не обращались за психиатрической помощью. Критериями исключения были факты повторной госпитализации больных СР в психиатрические учреждения, получение психиатрической помощи амбулаторно.

Больные были разделены на 2 группы по длительности периода до обращения к врачу-психиатру или психотерапевту. Основная группа была представлена 41 больной СР, которые до момента госпитализации в психиатрическое учреждение наблюдались у врачей-интернистов от 1 года до 6 лет. Указанный временной промежуток нами предлагается считать длительным. В контрольную группу вошли 25 женщин, обратившихся к психиатру в течение 1 года. Этот период обозначен нами как относительно короткий.

В качестве методов исследования использованы клинико-психопатологический, психологический (стандартизованный многофакторный метод исследования личности Собчик Л.Н., личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора), статистический (описательная, сравнительная статистика — критерий углового преобразования Фишера, U критерий Манна-Уитни, статистический пакет STATISTICA 8.0).

Диагностика соматизированных расстройств осуществлялась в соответствии с критериями

МКБ-10 (F 45.0). Изучение особенностей этапа поиска медицинской помощи больными происходило с использованием специально разработанной анкеты, в которой отмечались социально-демографические характеристики, сведения клинико-психопатологического обследования, результаты диагностических обследований и заключения врачей первичной медицинской сети и узких специалистов, психологических методик, причины несвоевременного обращения за психиатрической помощью.

Стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) представляет собой тест анкетного типа, состоящий из 566 утверждений, которые испытуемые должны признать верным для себя или отвергнуть. Повышение показателей по 10 основным шкалам профиля личности свидетельствует о наличии и степени выраженности характерологических особенностей. Шкала «проявления тревожности» Дж. Тейлора в адаптации Т.А. Немчинова и В.Г. Норакидзе содержит 60 утверждений, предназначена для измерения уровня личностной тревожности.

Этический аспект исследования. Данное исследование проводилось в соответствии с законодательством Российской Федерации и принципами Хельсинской декларации. Всем участникам был разъяснен характер методик диагностики и лечения, все пациенты дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Пациенты могли в любой момент прервать участие в исследовании без объяснения причины.

**Результаты.** Результаты проведенного исследования позволили обозначить следующие группы факторов, которые сдерживают обращение больных СР к врачу-психиатру (социально-демографические, клинические, информационные, организационные, психологические) и способствуют непрофильному получению медицинской помощи.

Остановимся на анализе социально-демографических характеристик больных. По месту жительства в обеих группах доминировали жители сельской местности. Но в контрольной группе городских жителей было в 2,05 раза больше (Табл. 1).

В отношении возраста долевое распределение больных СР обнаруживает незначительные различия, по этому показателю группы были уравнены.

Более высокий образовательный уровень больных СР зафиксирован в контрольной группе (Табл. 2). В основной группе доминируют женщины со средним профессиональным образова-

Место жительства	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Жители города	8	19,51	10	40	1,789*
Жители сельской местности	33	80,48	15	60	1,793*

**Примечание:** \* φ различия на уровне статистической тенденции ( $p > 0,05 < 0,1$ )

Образовательный уровень больных	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Высшее профессиональное образование	4	9,76	10	40	2,885#
Незаконченное высшее образование	9	21,95	6	24	0,189
Среднее образование	12	29,27	4	16	1,265
Среднее профессиональное образование	16	39,02	5	20	1,663 *

Примечание: # — значимые ( $p < 0,01$ ) статистические различия

\* φ различия на уровне статистической тенденции ( $p > 0, 05 < 0,1$ )

Наличие трудоустройства	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Имеют постоянную работу	15	36,59	8	32	0,378
Безработные	10	24,39	14	56	2,593 #
Временно трудоустроены	16	39,02	3	12	2,53 #

Семейный статус	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Замужем (официальный и гражданский брак)	9	21,95	11	44	1,872*
Состоит в разводе	18	43,90	4	16	2,463 #
Не вступала в брак	14	34,15	10	40	0,481

нием (39,02 %), в контрольной преобладает высшее профессиональное образование (40%). Следует обратить внимание на то, что более высокий образовательный уровень помогает осознанию важности обращения за специализированной психиатрической помощью и влияет на своевременность принятия этого решения.

Заслуживают внимания результаты изучения трудового статуса обследованных (Табл.3). В основной группе доминируют лица с временным трудоустройством (39,02%). Их доля достоверно ( $p < 0,01$ ) превышает таковую в контрольной группе (12%). Постоянную работу имели 36,59 % больных СР. При анкетировании они обозначили специальности с низкой квалификацией (уборщица, разнорабочая и др.). Для контрольной группы характерно преобладание безработных женщин (56%). Второе место по частоте занимали больные, имеющие постоянную работу (32 %). В анкетах женщины указали профессии с высокой квалификацией трудовой деятельности (учитель, экономист, сестринское дело и др.).

Статус временно трудоустроенных женщин основной группы можно рассматривать в качестве фактора, сдерживающего обращение к врачу-психиатру. Больные высказывали опасения того, что коллеги узнают о наличии «психического заболевания», их «могут уволить с работы», будут «косо смотреть». Для жителей сельской местности фактор стигматизации имел особое значение. Отсутствие работы, преобладающее в контрольной группе, напротив, способствовало более раннему обращению к врачу-психиатру. Больные поясняли, что «не нужно никого ставить в известность, что ты идешь к врачу», отсутствует необходимость брать «больничный». Здесь имели место и субъективные причины: не было опасений, что кто-то из сотрудников узнает о лечении в психиатрическом учреждении, отсутствовали «лишние» денежные средства на очередные дополнительные обследования в медицинских центрах и клиниках.

В отношении семейного статуса больных выявлено, что в основной группе преобладали разведенные женщины (43,90 %), в контрольной — за-

мужние, в том числе состоящие в гражданском браке (44%) либо не вступавшие в брак (40 %). Как видно, семейное неблагополучие (развод с супругом) имеет значение для несвоевременного обращения за специализированной помощью (Табл.4).

Анализ приведенной группы показателей позволил описать социально-демографический портрет больных СР, поздно обратившихся за специализированной психиатрической помощью. Это женщины — жители сельской местности, получившие среднее профессиональное образование; имеющие временное трудоустройство с низкой квалификацией; разведенные. У них сформировалось «избегающее врача-психиатра поведение». Для больных СР, которые обратились к психиатру в течение короткого времени, характерны высшее профессиональное образование, отсутствие постоянного трудоустройства, такие женщины преимущественно замужем или ранее в брак не вступали.

Далее охарактеризуем клинические факторы, сдерживающие своевременное получение психиатрической помощи и способствующие непрофильному обращению больных СР к специалистам первичной медицинской сети.

Многолетние исследования, проводимые на кафедре психиатрии и психосоматики, позволили описать клинические разновидности соматизированного расстройства: желудочно-кишечная, болевая, сердечно-дыхательная и псевдоневрологическая [7]. Отдельно рассматриваемая разновидность обозначается нами в рамках «простого» типа СР. В случаях, когда у одного больного выявляются три диагностически значимых симптома из 2-х или 3-х разновидностей, следует констатировать «сочетанный» тип.

Практические наблюдения показывают, что в первичном звене здравоохранения доминирует сердечно-дыхательная разновидность простого типа, наиболее часто сочетаются сердечно-дыхательная с болевой, сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная разновидности.

Изучение частотного распределения симптомов у больных СР показало, что с наибольшей частотой встречались жалобы со стороны сердца и дыхательной системы. Второе место по частоте занимала группа желудочно-кишечных симптомов. Примерно в равной мере регистрировались симптомы из группы псевдоневрологических и болевых. Наименее часто наблюдались женские репродуктивные и сексуальные симптомы.

Симптомами со стороны сердца и дыхательной системы, которые наблюдаются наиболее часто, являются головокружение, сердцебиение и поверхностное дыхание. В группе желудочно-кишечных проявлений с наибольшей частотой встречались жалобы на тошноту, боли в животе, непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи. Среди псевдоневрологических симптомов доминировали жалобы на нечеткость зрения, мышечную слабость, пошатывание во время ходьбы. В группе болевых симптомов наибольшая частота отмечена в отношении болей в спине, конечностях, суставах.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что преобладание в клинической картине описанной разновидности и типа соматизированного расстройства играет решающую роль в выборе больными СР соответствующего специалиста.

Впервые все обследованные обращались за медицинской помощью к врачам-интернистам первичного звена здравоохранения — в Центральные районные больницы, городские поликлиники, медицинские диагностические центры, семейные клиники и др. В случаях простого типа количество специалистов, к которым обратились больные СР, было небольшим (Табл.5). При сочетанном типе СР их круг был значительно шире.

Далее представлен анализ врачебных специальностей в первичном звене здравоохранения, к которым записывались на прием больные СР, до обращения к врачу-психиатру (Табл.6).

Обследованные в обеих группах чаще впервые обращаются к врачу-терапевту по месту жительства. В основной группе к нему пришли 29,26% больных, в контрольной — 36 %. В сравнении по частоте обращаемости с другими специалистами, участковый терапевт является приоритетным для больных СР. Во вторую очередь следует невролог: в основной группе к нему на прием записались 24,07%, в контрольной — 32 % больных. На третьем месте по востребованности следует отметить кардиолога, в основной группе его посетили 17,07%, в контрольной — 16 % больных. Со значительно меньшей частотой обращения в круг общих для обеих групп специалистов вошли эндокринолог и гинеколог.

Следует подчеркнуть факты востребованности специалистов так называемых «экзотических» специальностей — мануального терапевта, кинезиотерапевта, гомеопата, остеопата, вертебролога и др. У 2-х больных основной группы (4,86%) зафиксированы факты обращения к представителям нетрадиционной медицины, чего не наблюдалось в контрольной. Важно обратить внимание на то, что при наблюдении таких больных в течение 2-3-х месяцев, приведенные выше специалисты (терапевты, неврологи, кардиологи, эндокринологи) советовали получить консультацию врача-психиатра или рекомендовали обратиться к психотерапевту.

Обозначенное нами «избегающее врача психиатра поведение» у больных СР наблюдалось на протяжении ряда лет. Распределение заболевания до момента их обращения к врачу-психиатру выглядит следующим образом. Не хотели обращаться к психиатру на протяжении 6 лет и более 24,39% женщин. Они ссылались на забывание специальности врача, путались, называли его «психолог» или «нарколог», уходили от ответа. По 21,95% опрошенных затянули обращение к врачу-психиатру до 4-х и, соответственно, 5-и лет.

Как показало изучение анамнестических сведений у больных СР основной группы, определенную роль на этапе поиска медицинской помощи играют следующие информационные ресурсы:

Типы и разновидности соматизированных расстройств	Специалисты, к которым обращались больные СР
Желудочно-кишечная разновидность, простой тип	Терапевт, гастроэнтеролог
Болевая разновидность, простой типа	Невролог, мануальный терапевт, массажист
Сердечно-дыхательная разновидность, простой тип	Терапевт, кардиолог, эндокринолог
Псевдоневрологическая разновидность, простой тип	Невролог, иглорефлексотерапевт, представители нетрадиционной медицины (целитель, знахарь, экстрасенс и др.)
Сердечно-дыхательная и болевая разновидности, сочетанный тип	Терапевт, кардиолог, невролог, эндокринолог, массажист, мануальный терапевт
Сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная разновидности, сочетанный тип	Невролог, мануальный терапевт, кинезиотерапевт, массажист, вертебролог, иглорефлексотерапевт, остеопат, гомеопат

Исследовательские группы Специалисты	Основная (n=41)		Контрольная (n=25)	
	Абс.	%	Абс.	%
Терапевт	12	29,26	9	36
Невролог	10	24,39	8	32
Кардиолог	7	17,07	4	16
Эндокринолог	6	14,65	2	8
Гастроэнтеролог	1	2,43	0	0
Гинеколог	2	4,87	2	8
Мануальный терапевт, кинезиотерапевт, остеопат, вертебролог	1	2,43	0	0

Источники информации	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Рассказы знакомых	16	39,02	5	20	1,663#
Интернет	10	24,39	3	12	1,285
Популярная литература	6	14,63	4	16	0,154
Телевидение	8	19,52	8	32	1,135
Научная литература	1	2,44	5	20	2,428**

сеть Интернет, просмотр телепередач о здоровье, чтение популярной литературы (газет, журналов), советы знакомых. У больных доминировали примитивные знания об организации психиатрической службы в России, отсутствовали представления о соматических и психических заболеваниях. Больные СР с разной длительностью поиска специализированной помощи используют сходные источники информации (Табл.7). На первом месте по удельному весу в основной группе занимают рассказы знакомых (39,02 %). Представления этих

людей ограничивались примитивными знаниями о соматических заболеваниях у их родственников и близких. На втором месте по востребованности в этой группе были Интернет-ресурсы (24,39 %). Особенности клинических проявлений соматизированных расстройств, проявляющихся субъективно ощущаемыми болями со стороны внутренних органов, являлись основанием для запросов в поисковых системах Интернет-пространства. Наименее часто больные основной группы прибегали к изучению научной литературы (2,44 %). В контрольной группе в качестве источника ин-

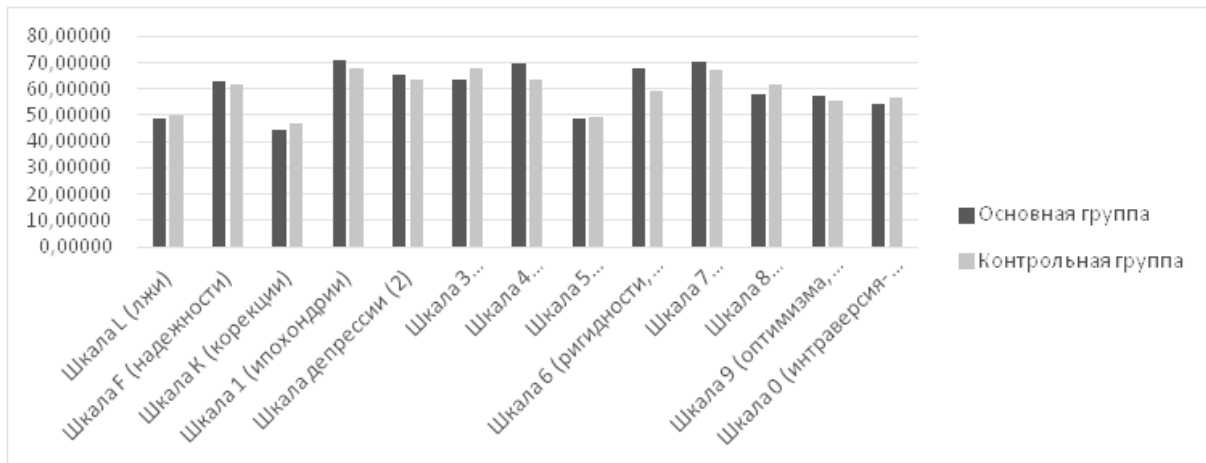


Рис.1. Средние значения по шкалам СМИЛ в обследованных группах

формации больные преимущественно использовали телевидение (32 %), просмотр передач о здоровье, различных ток-шоу с приглашением в качестве участников авторитетных ученых, профессоров, представителей практической медицины. В равной мере здесь больные ссылались на чтение научной литературы (20%) и рассказы знакомых (20 %). Представленное распределение информационных ресурсов у обследованных отражает их низкий образовательный уровень, высокую внушаемость, неосведомленность о своем заболевании, неверные представления о психиатрической помощи.

Для больных основной группы доверие рассказам знакомых и сведениям Интернет-ресурсов играет роль сдерживающего фактора для обращения к врачу-психиатру. Для больных контрольной группы изучение научной литературы и предпочтение телепередач о здоровье выступили в качестве факторов, способствующих более раннему обращению за специализированной психиатрической помощью.

В последние годы в системе здравоохранения РФ произошел ряд изменений, которые играют существенную роль при осуществлении больными выбора специалиста. Появление медицинских диагностических клиник, лечебных центров, новых организаций, осуществляющих широкий спектр диагностических услуг и оказание медицинской помощи, их навязчивая реклама способствуют тому, что у больных с множественными соматическими симптомами появляется возможность самостоятельно выбирать специалиста, проявлять инициативу и настаивать на проведении разнообразных обследований. Исходя из своих представлений, уровня знаний, узнав из представленных выше источников информации о заболевании, больные СР самостоятельно решают к какому специалисту и куда обратиться. Часто выбранная больным «диагностическая траектория» противоречит не только здравому смыслу, но и существующим алгоритмам диагностики, клини-

ческим рекомендациям по диагностике и лечению.

Далее остановимся на анализе некоторых психологических факторов, способствующих непрофильному обращению больных соматизированными расстройствами.

При изучении личного профиля больных основной группы с помощью методики СМИЛ обнаружены значительные отличия от такового у больных контрольной группы. Зафиксированы более выраженные изменения по шкалам ипохондри, тревожности, психопатии и ригидности (Рис.1). Так как длительность заболевания в основной группе составляет от 1 года до 6 лет, возможно это связано с усилением преморбидных свойств личности в динамике СР. Так же указанные изменения могут быть результатом развития не присущих ранее свойств личности.

При изучении уровня личностной тревожности шкалой Дж. Тейлора получены следующие результаты. У больных основной группы обнаружены более высокие показатели личностной тревожности (средние значения 32,8 балла). В контрольной группе зафиксированы средние значения уровня личностной тревожности с тенденцией к высокому (23,9 балла). Сравнительный анализ показателей опросника, проведенный с использованием критерия U-Манна-Уитни, показал существенные различия (на уровне статической тенденции,  $p\text{-level}=0,056013$ ).

**Обсуждение.** Клинические проявления СР, а именно наличие множественных видеоизменяющихся болей со стороны разных систем и органов, являются поводом для обращения больных к врачам общесоматической практики. Клиническая разновидность и тип СР определяют спектр врачебных специальностей, к которым больные обращались за помощью, и количество проведенных обследований. Доминирующие в клинике жалобы становятся предметом поиска информации о заболевании в сети Интернет, расспроса знакомых, чтения популярной литературы о здоровье.

Учитывая выявленные в основной группе больных низкие социально-демографические характеристики (проживание в сельской местности, невысокий образовательный уровень, трудоустройство с низкой квалификацией труда и др.), следует предположить, что самостоятельно изученная информация о болезни, сомнительные рекомендации из сети интернет, советы близких способствуют неправильному пониманию картины заболевания, способствуют получению непрофильной медицинской помощи. Отсутствие результативности многочисленных диагностических процедур, неэффективное лечение приводят к тому, что больные СР «теряются» в первичном звене здравоохранения на долгие месяцы и годы.

Интересными представляются обнаруженные в ходе исследования у больных основной группы следующие данные. Женщины, имеющие временное трудоустройство, которым была рекомендована консультация психиатра, высказывали опасения о том, что сотрудники узнают о наличии у них «психического заболевания». Они опасались, что их «могут уволить с работы», будут «косо смотреть». Для жителей сельской местности неоднозначное, «предвзятое» отношение к людям, обратившимся в психиатрические учреждения, имеет особое значение.

В специальной литературе существует мнение, что в обществе складываются стереотипы неоднозначного, особенного отношения к людям с психическими расстройствами [3,5]. Когда больные впервые оказываются на приеме у врача-психиатра, известные ему предубеждения в обществе обращаются против него самого, формируя такое явление как «самостигматизация» или «внутренняя стигма» [1,8]. Выявленные у обследованных основной группы предубеждения, примитивные представления о возможностях психиатрической помощи, высказывание опасений, что их «закроют в психушке», «не выпустят» и др., свидетельствуют о наличии проявлений самостигматизации, которые препятствуют обращению к врачу-психиатру. Этот феномен станет предметом дальнейших исследований при анализе непрофильного обращения больных СР за медицинской помощью.

В отношении группы психологических факторов, следует отметить, что обнаруженный у больных основной группы высокий уровень личностной тревожности выражается в активном поиске подтверждений наличия соматических нарушений по результатам многократных диагностических мероприятий. С этой точки зрения, непрофильное обращение к специалистам общесоматического профиля необходимо квалифицировать как трансформацию (проекцию) тревоги в сферу соматопсихики.

**Выводы.** Впервые обозначен ряд причин, способствующих непрофильному обращению больных СР. В первую очередь, это социально-демографический портрет больных СР с избегающим врача-психиатра поведением (разведенные женщины, жители сельской местности, с наличием среднего профессионального образования,

временным трудоустройством с низкой квалификацией). Во вторую очередь, клинические разновидности и типы соматизированного расстройства, которые способствуют выбору больными соответствующего специалиста первичной медицинской сети. У больных с «**избегающим врача-психиатра поведением**» наблюдается более широкий спектр врачебных специальностей для обращения за помощью, приоритетными среди них являются терапевт, невролог, кардиолог, эндокринолог.

В качестве фактора, препятствующего своевременному обращению больных СР в психиатрические учреждения, играют доверие советам знакомых и информация из Интернет-ресурсов. Организационные изменения в системе здравоохранения имеют большое значение при выборе диагностических услуг, спектра диагностических мероприятий и способствуют длительному непрофильному наблюдению у врачей-интернистов. Такие психологические особенности больных СР, как выраженные показатели по шкалам ипохондрии, тревожности, психопатии и ригидности, относятся к числу сдерживающих факторов для обращения к врачу-психиатру.

Становится очевидной потребность в осуществлении консультативной психиатрической помощи и психотерапевтическом сопровождении больных соматизированными расстройствами. Для первичного звена здравоохранения нами предложены психообразовательные программы. В первую очередь, они ориентированы на больных, в них с учетом полученных результатов анализа социально-демографических и личностных факторов (низкой образовательный уровень, высокая внушаемость и др.) изложена доступная информация с целью формирования знаний и адекватных представлений о заболевании, способах лечения, современных возможностях лечения в психиатрии.

Во вторую очередь, в методических рекомендациях для врачей терапевтов, кардиологов, неврологов первичной медицинской сети, которые согласно полученным данным являются приоритетными для больных СР, представлены критерии диагностики, клинические разновидности и типы течения соматизированных расстройств. Это позволит совершенствовать навыки врача — терапевта и невролога, приоритетных специалистов для больных СР, в своевременном выявлении больных СР, грамотной аргументации участия в лечебном процессе врача психиатра, психотерапевта, медицинского психолога.

Нами предлагается включение в алгоритм оказания первичной медицинской помощи обязательной консультации клинического психолога в тех случаях, когда больные с наличием множественных жалоб соматического характера, не подтвержденных лабораторно-инструментальными исследованиями, наблюдаются у врача терапевта, невролога, кардиолога и эндокринолога в течение 3-х месяцев и более. Это позволит своевременно начать оказание специализированной помо-

щи, избавит больного от нецелесообразных диагностических обследований, предотвратит проявления самостоятельности в отношении лечения, будет способствовать профилактике хронизации заболевания, развития необратимых изменений личности, нарушений профессионального статуса больного и др.

Третья составляющая психообразовательных программ ориентирована на работу врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов,

осуществляющих консультативную практику в городских поликлиниках, Центральных районных больницах, медицинских центрах, диагностических клиниках и других учреждениях первичного звена здравоохранения. Их участие необходимо для оказания квалифицированной специализированной психиатрической помощи больным соматизированными расстройствами, которых направили врачи-интернисты первичной медицинской сети.

## Литература/Refences

1.	Васильченко К.Ф., Дроздовский Ю.В. Социальное функционирование и адаптация пациентов с первым психотическим эпизодом: внутренняя стигма и социально-психологические факторы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2018. — №3(100). — С.10-15.	Vasilchenko K.F., Drozdovsky Y.V. Social function and adaptation of patients with a first psychotic episode: inner stigma and socio-psychological factors. <i>Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii</i> . 2018; 3(100):10-15. (In Rus.).
2.	Демчева Н.К., Калинина Е.В. Связь между клиническими характеристиками психических расстройств и своевременностью обращения за психиатрической помощью у больных с впервые в жизни установленным диагнозом // Психическое здоровье. — 2010. — №7. — С.28-35.	Demcheva N.K., Kalinina Y.V. Connection between clinical characteristics of mental disorders and timeliness of appeal for psychiatric help of first diagnosed patients. <i>Psichicheskoe zdorov'e</i> . 2010; 7:28-35. (In Rus.).
3.	Крупченко Д.А., Крюк Н.В., Будник Т.А., Винклер П., Кравцова О.И., Мурын А.Я., Янковская А. Г. Семейная стигма при шизофрении в Республике Беларусь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2015. — №4 (22). — С.10-25.	Krupchenko D.A., Kryuk N.V., Budnik T.A., Vinkler P., Kravtsova O.I., Murin A.Ya., Yankovskaya A.G. Family stigma in schizophrenia in The Republic of Belarus. <i>Psikhiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya</i> . 2015; 4 (22):10-25. (In Rus.).
4.	Литвинцев С.В. Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2018. — №3. — С.80-89.	Litvintsev S.V. Some problems and discussion questions of ratios and somatoform disorders from the position of the clinical psychiatry. <i>Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2018; 3:80-89. (In Rus.).
5.	Лутова Н.В., Сорокина М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма — ее проявления и последствия // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2017. — №2. — С.41-45.	Lutova N.B., Sorokina M.Yu., Vid V.D. Stigma in patients with mental disorders — its manifestations and consequences. <i>Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2017; 2:41-45. (In Rus.).
6.	Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты) // Психические расстройства в общей медицине. — 2008. — №3. — С 29-36.	Pogosov A.V., Bogushevskaya Y.V. Somatized disorders (clinical, dynamic and therapeutic aspects). <i>Psichicheskie rasstrojstva v obshchej medicine</i> . 2008; 3:20-36. (In Rus.).
7.	Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия) // Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава. — 2008. — С.268.	Pogosov A.V., Bogushevskaya Y.V. Somatized disorders (clinic, diagnostics, therapy) Kursk, KSMU; 2008: 268p. (In Rus.).
8.	Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением // Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. — 2015. — № 4. — С.49-56.	Polozhij B.S., Ruzhenkova V.V. Stigma and self-stigma of schizophrenia and shizo-affective disorder patients with suicidal behavior. <i>Nauchnye vedomosti BelGU. Ser. Medicina. Farmacija</i> . 2015; 4:49-56. (In Rus.).



9	Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А.Я. Вукс. — СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2005. — 32с.	<i>Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachei / L.I. Vasserman, B.V. Iovlev, E.B. Karpova, A.Ya. Vuks. — SPb.: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva. — 2005. — 32s.</i>
10.	Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. — М.: Медпресс-информ. — 2016. — С.776.	<i>Psychosomatic disorders in clinical practice / by A.B. Smulevich — Moskow. 2016; 776p. (In Rus.).</i>
11.	Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства // Иркутск. — 2014. — С.304.	<i>Sobennikov V.S. Somatization and somatized disorders. Irkutsk. 2014; 304p. (In Rus.).</i>
12.	Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Исмаилова С.Ф. Психологические факторы, влияющие на активность поиска медицинской помощи пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2014. — №3. — С.9-14.	<i>Tsigankov B.D., Malygin Y.V., Ismailova S.F. Psychological factors influencing on activity of searching of medical service for patients suffering from borderline mental disorders. Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii. 2014; 3:9-14. (In Rus.).</i>

**Сведения об авторах**

**Погосов Альберт Вазгенович** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета. E-mail: albertpogosov@yandex.ru

**Богушевская Юлия Владимировна** — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета. E-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru