

Клинико-психологический портрет пациентов с соматоформными расстройствами, приверженных психиатрической помощи (ретроспективное когортное исследование)

Лаврова В.А.¹, Спиридонов Т.Р.¹, Гомон Ю.М.¹, Незнанов Н.Г.^{1,2}

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Цель: Составить клинико-психологический портрет приверженных терапии пациентов с соматоформными расстройствами (СФР) в общемедицинской сети, проанализировав диагностический путь и его связь с когнитивно-аффективными особенностями. **Материал и методы:** Проведено ретроспективное обсервационное когортное исследование. Из 350 пациентов с полиморфными соматическими жалобами сформирована когорта с верифицированными диагнозами рубрики F45 по МКБ-10 (n=261). Углублённый ретроспективный анализ (n=192) включал клиническое интервью, анализ медицинской документации, Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), Числовую рейтинговую шкалу (NRS-10), качественную оценку алекситимии, катастрофизации и локуса контроля здоровья. **Результаты:** В подгруппе углублённого анализа преобладали женщины (87,2%), медиана возраста — 42 года, медиана длительности симптомов до обращения к психиатру — 5,2 года. Субъективная тяжесть симптомов по NRS-10 составила 8 [7-9] баллов. Медиана балла по HADS-A составила 8 [6-11], по HADS-D — 4 [2-7]. У 71,8% пациентов в соматической сети ранее устанавливался диагноз «вегетососудистая дистония». Катастрофизация симптомов выявлена у 79,5%, внешний локус контроля здоровья — у 89,7% пациентов. Среди 113 пациентов, выбывших из наблюдения, основными причинами стали отказ от психосоматической модели (отказ от принятия психогенной природы своих сомато-вегетативных симптомов?) (n=40), низкая приверженность (n=32) и трудности альянса (n=41) на фоне опасений стигматизации и ограничения в правах, как следствие лечения у психиатра. Внешний локус контроля статистически значимо ассоциировался с более длительным диагностическим маршрутом (p<0,01). В изученной когорте у 71,8% больных СФР сочетались с коморбидными тревожными расстройствами (F41).

Заключение: В изученной когорте пациентов с СФР, сформированной без исключения тревожных расстройств, диагнозы «вегетососудистая дистония» и функциональные гастроинтестинальные расстройства часто сопутствовали СФР и коморбидной тревожной патологии. Внешний локус контроля здоровья был ассоциирован с задержкой обращения за психиатрической помощью. Полученный профиль характеризует субпопуляцию пациентов, достигших психиатра и приверженных терапии; катастрофизация и внешний локус контроля остаются ключевыми мишенями скрининга в данной группе.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, тревога, катастрофизация, локус контроля, первичная медико-санитарная помощь, диагностическая задержка

Информация об авторах:

Виктория Анатольевна Лаврова — e-mail: valavrova@bk.ru; <https://orcid.org/0009-0004-5852-1519>

Тимур Романович Спиридонов — e-mail: t.spiridonov@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-7701-2134>

Юлия Михайловна Гомон — e-mail: gomonmd@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7704-9900>

Николай Григорьевич Незнанов — e-mail: nezn@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

Как цитировать: Лаврова В.А., Спиридонов Т.Р., Гомон Ю.М., Незнанов Н.Г. Клинико-психологический портрет пациентов с соматоформными расстройствами, приверженных психиатрической помощи (ретроспективное когортное исследование). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:4:106-114. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-4-1367>.

Конфликт интересов: Н.Г. Незнанов — главный редактор журнала.

Автор, ответственный за переписку: Лаврова Виктория Александровна, e-mail: valavrova@bk.ru

Corresponding author: Viktoria A. Lavrova, e-mail: v.lavrova@example.com



Somatoform and Neurotic Disorders in General Medical Practice: The Clinical and Psychological Patient Profile

Viktoria A. Lavrova¹, Timur R. Spiridonov¹, Yulia M. Gomon¹, Nikolay G. Neznanov^{1,2}

¹I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

²V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. Aim: To develop a clinical and psychological profile of treatment-adherent patients with somatoform disorders (SFD) in general medical practice by analyzing their diagnostic pathway and its association with cognitive-affective features. **Materials and methods:** A retrospective observational cohort study was conducted. From 350 patients with polymorphic somatic complaints, a cohort with verified ICD-10 F45 diagnoses was formed (n=261). An in-depth retrospective analysis (n=192) included a clinical interview, review of medical records, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Numeric Rating Scale (NRS-10), and qualitative assessment of alexithymia, catastrophizing, and health locus of control. **Results:** In the in-depth analysis subgroup, women predominated (87.2%), median age was 42 years, and median symptom duration before psychiatric referral was 5.2 years. Subjective symptom severity on NRS-10 reached 8 [7–9]. Median HADS-A score was 8 [6–11] and median HADS-D score was 4 [2–7]. A previous diagnosis of “vegetative-vascular dystonia” had been established in the somatic network in 71.8% of patients. Catastrophizing was identified in 79.5% and an external health locus of control in 89.7% of patients. Among 113 patients lost to follow-up, the main reasons were refusal to accept the psychogenic nature of their somatovegetative symptoms (n=40), low adherence (n=32), and difficulties in establishing a therapeutic alliance (n=41), against the background of fears of stigmatization and restriction of rights as a consequence of psychiatric treatment. External locus of control was significantly associated with a longer diagnostic pathway ($p<0.01$). In the studied cohort, 71.8% of SFD patients had comorbid anxiety disorders (F41). **Conclusion:** In the studied SFD cohort, selected without excluding anxiety disorders, the diagnoses of “VVD” and functional gastrointestinal disorders frequently co-occurred with SFD and comorbid anxiety pathology. External health locus of control was associated with delayed psychiatric referral. The obtained profile characterizes a subpopulation of patients who reached a psychiatrist and were adherent to treatment; catastrophizing and external locus of control remain key screening targets in this group.

Keywords: somatoform disorders, anxiety, catastrophizing, locus of control, primary health care, diagnostic delay

Information about the authors:

Viktoria A. Lavrova — e-mail: valavrova@bk.ru; <https://orcid.org/0009-0004-5852-1519>

Timur R. Spiridonov — e-mail: t.spiridonov@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-7701-2134>

Yulia M. Gomon — e-mail: gomonmd@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7704-9900>

Nikolay G. Neznanov — e-mail: nezn@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

To cite this article: Lavrova VA, Spiridonov TR, Gomon YuM, Neznanov NG. Somatoform and neurotic disorders in general medical practice: the clinical and psychological patient profile. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:4:106–114. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-4-1367>. (In Russ.)

Conflict of interests: Nikolay G. Neznanov is the Editor in Chief.

Соматоформные расстройства (СФР), соответствующие в современных классификациях расстройству соматических симптомов (Somatic Symptom Disorder — SSD, DSM-5) и расстройству телесного дистресса (Bodily Distress Disorder — BDD, МКБ-11), представляют глобальную проблему, затрагивая до 17% пациентов первичного звена [4]. Ключевой проблемой является многолетняя «диагностическая одиссея», ведущая к избыточным обследованиям, полипрагмазии и высоким затратам [6]. Несмотря на изученность эпидемиологии, остаётся неисследованным, как организационно-культурные особенности конкретной системы здравоохранения формируют клинический профиль пациента.

В России широкое использование диагнозов (например, «вегетососудистая дистония»,

«синдром раздраженного кишечника»), выступающих диагностической «маской» СФР, может структурно усугублять эту проблему [7]. Однако, комплексный клинико-психологический портрет пациента с СФР в данном контексте, связывающий организационные барьеры с психологическими особенностями (катастрофизация, локус контроля), ранее не составлялся. При этом значительная часть пациентов с СФР в силу присущих им психологических черт (алекситимия, внешний локус контроля, низкая толерантность к неопределённости) не достигает психиатрической помощи, и их характеристики остаются малоизученными. Настоящее исследование фокусируется именно на той субпопуляции пациентов, которые, пройдя длительный соматический маршрут, всё же обратились к

психиатру и сформировали терапевтический альянс.

Цель исследования – составить клинико-психологический портрет пациентов с верифицированным СФР (по МКБ-10), обратившихся за психиатрической помощью и приверженных терапии, с анализом особенностей диагностического пути, специфики установленных синдромальных диагнозов и их связи с ключевыми когнитивно-аффективными характеристиками в условиях российской системы здравоохранения.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное обсервационное когортное исследование (поперечное обсервационное исследование с ретроспективной оценкой диагностического маршрута). Работа выполнена на базе кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России и амбулаторного психотерапевтического центра «ВЛ-клиника» (г. Санкт-Петербург) в период с 15 марта по 15 сентября 2025 года. Исследование проведено в соответствии с этическими стандартами, протокол одобрен Локальным этическим комитетом «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева». Все пациенты предоставили письменное информированное согласие на участие и использование обезличенных данных. Исходная популяция для скрининга (N=558) была сформирована из пациентов, самостоятельно обратившихся к врачу-психиатру с ведущими жалобами на полиморфные соматические симптомы, которые не находили полного объяснения после всестороннего соматического обследования. Из этой популяции для ретроспективного анализа была отобрана финальная группа (n=261) на основе следующих критериев.

Критерии включения:

1. верифицированный диагноз из рубрики «Соматоформные расстройства» (F45) по МКБ-10, установленный врачом-психиатром с опытом работы в психосоматической медицине (включались соматизированное расстройство F45.0, ипохондрическое расстройство F45.2, соматоформная вегетативная дисфункция F45.3, хроническое соматоформное болевое расстройство F45.4);
2. возраст от 18 до 65 лет;
3. наличие подписанного информированного согласия.

Критерии исключения:

1. расстройства шизофренического спектра: шизофрения (F20), шизотипическое расстройство (F21), шизоаффективное расстройство (F25);
2. биполярное аффективное расстройство (F31);
3. депрессивные эпизоды любой тяжести (F32), рекуррентное депрессивное расстройство (F33);
4. обсессивно-компульсивное расстройство (F42), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1);

5. органические психические расстройства (F00–F09), включая деменции и симптоматические психозы;
6. текущее употребление психоактивных веществ, исключая табак (F10–F19 в стадии зависимости или пагубного употребления);
7. наличие соматического или неврологического заболевания, которое полностью или в значительной степени объясняет клиническую симптоматику;
8. низкая приверженность наблюдению (отказ от рекомендаций, прекращение визитов).

Для уточнения границ между соматоформными и самостоятельными соматическими/неврологическими расстройствами на этапе скрининга исключались пациенты с верифицированными диагнозами мигрени, головной боли напряжения, фибромиалгии (согласно критериям ACR 2016), хронической тазовой боли с органическим субстратом и первичной инсомнии. Включались только те лица, у которых обширное соматическое и неврологическое обследование не выявило органической причины жалоб, а клиническая картина соответствовала рубрике F45 по МКБ-10.

Расстройства, не являвшиеся критерием исключения: тревожные расстройства (F40–F41), включая паническое расстройство (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (F41.1), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) и агорафобию (F40.0) — не исключались ввиду их высокой коморбидности с СФР.

Основным методом верификации диагноза служило клиническое интервью с опорой на критерии МКБ-10. Для углубленного анализа применялись:

1. ретроспективный анализ амбулаторных карт (маршрут до обращения к психиатру, число консультаций, предварительные диагнозы);
2. психометрическое тестирование: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), числовая рейтинговая шкала (NRS-10) для субъективной тяжести ключевого симптома;
3. качественная оценка в рамках структурированного клинического интервью: алекситимия, катастрофизация, локус контроля здоровья, ипохондрическая фиксация.

Качественная оценка психологических конструктов проводилась квалифицированным врачом-психиатром в соответствии с клинико-психопатологическим методом — основным способом диагностики в российской психиатрии. Объективизация состояния усиливалась применением валидизированных шкал HADS и NRS-10.

Нормальность распределения количественных переменных оценивалась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Поскольку распределение всех показателей статистически значимо отличалось от нормального ($p < 0,05$), также применялись непараметрические методы: U-критерий Манна-Уитни для межгрупповых сравнений и точный критерий Фишера (или χ^2 с поправкой Йетса) для катего-

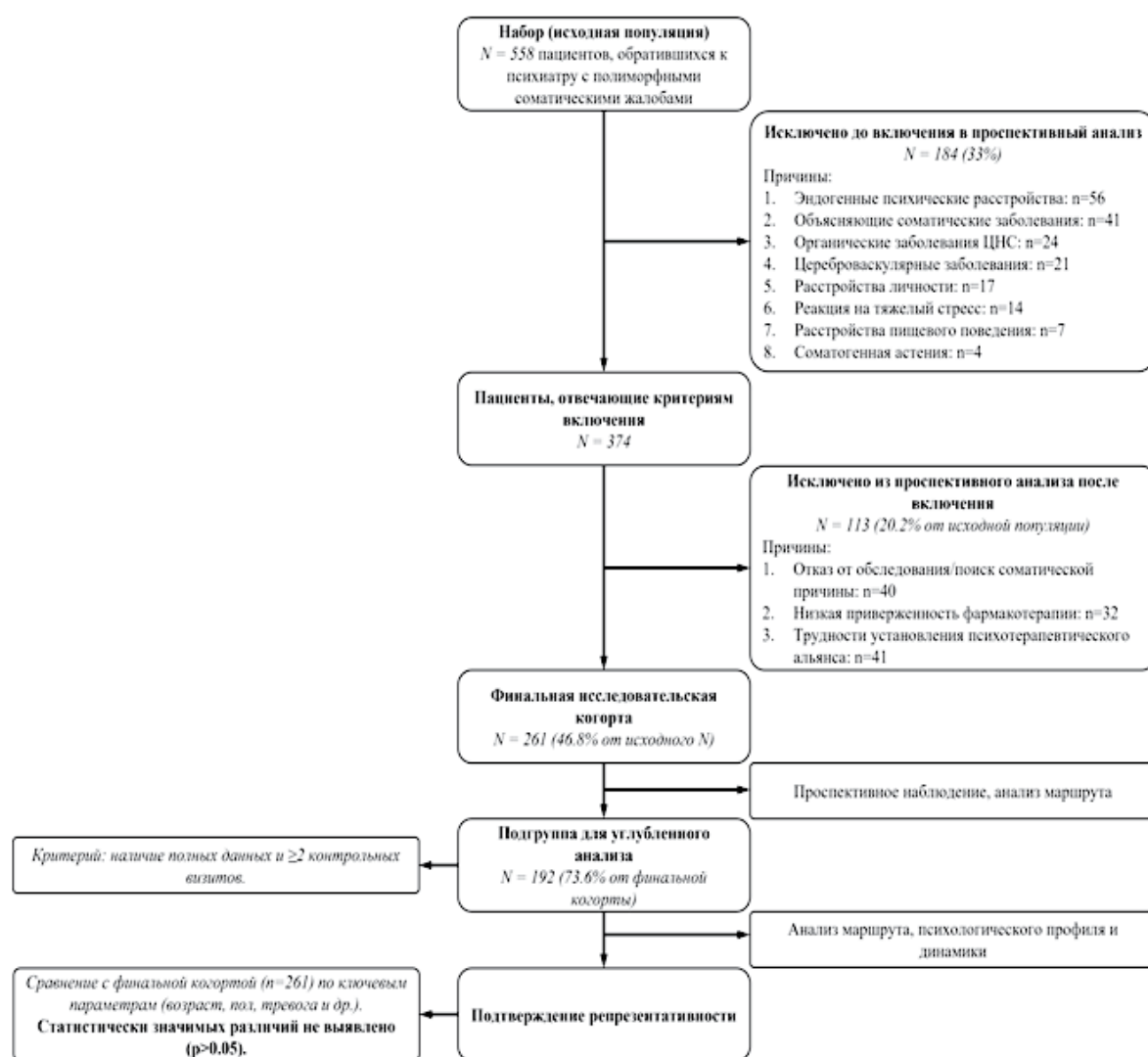


Рис. Блок-схема отбора пациентов

Fig. Flowchart of patient selection

Примечание: Тревожные расстройства (F40-F41) не исключались. Проценты указаны от исходного числа (N=558).
 Note: Anxiety disorders (F40-F41) were not excluded. Percentages are calculated from the initial number (N=558).

риальных данных. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me [IQR]) для количественных показателей и абсолютных/относительных частот для качественных. Уровень статистической значимости установлен на $p < 0,05$.

Результаты. Процесс отбора пациентов представлен на рисунке:

Финальная когорта ($n=261$) и подгруппа углублённого анализа ($n=192$) не различались по базовым характеристикам (Табл.1).

В общей когорте ($n=261$) паническое расстройство (F41.0) диагностировано у 64 пациентов (24,5%). Данные о генерализованном тревожном расстройстве (F41.1), агорафобии (F40.0) и смешанном тревожно-депрессивном расстройстве (F41.2) доступны только для подгруппы углублённого анализа ($n=192$), поскольку у 69 пациентов

не проводилась полная диагностическая оценка по этим рубрикам. Медиана возраста в подгруппе с полными данными ($n=192$) составила 41 [34-50] год, у выбывших/с неполными данными ($n=69$) — 45 [38-55] лет (U-критерий, $p=0,33$). Доля женщин — 87,2% и 85,7% соответственно (точный критерий Фишера, $p>0,99$).

Таким образом, доступные характеристики не указывали на значимое смещение внутри финальной когорты. Из 113 пациентов, исключённых из проспективного наблюдения (20,2% исходной выборки), 40 (7,2%) отказались от обследования, настаивая на соматической причине симптомов, 32 (5,7%) прекратили фармакотерапию из-за плохой переносимости, а 41 (7,3%) не удалось установить устойчивый психотерапевтический альянс. Во всех подгруппах доминиро-

Таблица 1. Сравнение базовых характеристик финальной когорты и подгруппы углублённого анализа
Table 1. Comparison of baseline characteristics between the final cohort and the in-depth analysis subgroup

Параметр	Вся когорта (n=261)	Подгруппа анализа (n=192)	p-value
Возраст, лет, Ме [IQR]	42 [35-51]	41 [34-50]	0.78*
Женский пол, n (%)	227 (86,8%)	167 (87,2%)	0.96**
Длительность симптомов, лет, Ме [IQR]	4 [2-7]	4 [2-8]	0.92*
Балл по HADS-тревога, Ме [IQR]	8 [6-12]	8 [6-11]	0.85*

Примечание: * — U-критерий Манна-Уитни; ** — точный критерий Фишера. HADS — Госпитальная шкала тревоги и депрессии.

Note: * — Mann-Whitney U test; ** — Fisher's exact test. HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale.

Таблица 2. Спектр субъективных соматических жалоб в рамках ведущих клинических кластеров
Table 2. Spectrum of subjective somatic complaints within the main clinical clusters

Кардиоваскулярные и респираторные жалобы (33,3%, n=64)	Гастроинтестинальные жалобы (46,2%, n=89)	Хронические болевые (алгические) жалобы (41,0%, n=79)	Общие и неврологические жалобы, конверсионные проявления (64,1%, n=123)
- Пальпитация, учащённое сердцебиение; - Ощущение «замирания», «перебоев» в работе сердца; - Боли в грудной клетке неангинозного характера; - Ощущение нехватки воздуха («неудовлетворённость вдохом»), «ком в горле»; - Головокружение	- Диарея, метеоризм, запоры; - Боли в животе, дискомфорт в эпигастрии; - Тошнота	- Цефалгии (различного паттерна); - Распространённые; мышечноскелетные боли в спине, шее, суставах (по описанию пациента соответствующие картине фибромиалгии); - Тазовая боль	- Выраженная астения («сил очень мало», «бессилие»), слабость; «Туман в голове», головокружения; - Нарушения сна (инсомния, ранние пробуждения, прерывистый сон); - Тремор, парестезии

Примечание: Пациенты с верифицированными диагнозами мигрени, головной боли напряжения, фибромиалгии (критерии ACR 2016), хронической тазовой боли с органическим субстратом и первичной инсомнии были исключены на этапе скрининга. Все пациенты до включения прошли профильное обследование (неврологическое, ревматологическое, гинекологическое — по показаниям). Включены лишь те, чьи жалобы не удовлетворяли критериям перечисленных расстройств.

Note: Patients with verified diagnoses of migraine, tension-type headache, fibromyalgia (ACR 2016 criteria), organic chronic pelvic pain, and primary insomnia were excluded at screening. All patients underwent specialist evaluation (neurological, rheumatological, gynecological as indicated) before inclusion; only those whose complaints did not meet the criteria for the above disorders were enrolled.

вали отвержение психогенной трактовки жалоб и опасения психиатрической стигматизации и ограничения в правах. В подгруппе углублённого анализа (n=192) преобладали женщины (n=167; 87,2%), медиана возраста — 42 года [34-51]. У 55 пациентов (28,9%) наблюдалась выраженная дезадаптация с утратой трудоспособности. Спектр субъективных соматических жалоб, сгруппированных по анатомо-функциональным кластерам, представлен в Табл.2.

Субъективная тяжесть ключевого симптома по NRS-10 достигала 8 [7-9] баллов. Медиана балла по HADS-A составила 8 [6-11], по HADS-D — 4 [2-7]. Клинически значимая тревога (≥ 11 баллов по HADS-A) выявлена у 59 (30,8%), депрессия (≥ 11 баллов по HADS-D) — у 20 (10,3%) пациентов.

Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что ведущие синдромальные заключения, сформулированные в соматической сети до обращения к психиатру, в подавляющем большинстве сочетались с верифицированными СФР и коморбидными тревожными расстройствами (Табл.3). Таким образом, у всех 192 пациентов основной диагноз принадлежал рубрике F45. В то же время, у 138 (71,8%) были верифицированы коморбидные тревожные расстройства: паническое расстройство — у 64 (33,3%), генерализованное тревожное расстройство — у 74 (38,4%), агорафобия — у 44 (23,1%), смешанное тревожно-депрессивное расстройство — у 20 (10,3%).

В структурированном клиническом интервью были выделены следующие патопсихологические

Таблица 3. Диагнозы, зафиксированные в соматической сети (ретроспективный анализ), и результаты психиатрического обследования
Table 3. Diagnoses documented in the somatic health care network (retrospective analysis) and results of psychiatric examination

Ведущее заключение в общесоматической сети (по данным медицинской документации)	Психиатрический диагноз по МКБ-10 и коморбидные состояния
«Вегетосудистая дистония (ВСД)» n=138 (71,8%)	Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) — n=138 (71,8%). Коморбидные тревожные расстройства: • Паническое расстройство (F41.0) — n=64 (33,3%). • Генерализованное тревожное расстройство (F41.1) — n=74 (38,4%).
«Синдром раздраженного кишечника (СРК)» в заключениях гастроэнтерологов n=59 (30,8%)	Соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта (F45.31 / F45.32) с коморбидной тревогой — n=59 (30,8%). В части случаев — соматизированное расстройство (F45.0) с преобладанием гастроинтестинальных симптомов.
«Остеохондроз», «дорсопатия», «цефалгия» (в качестве основного объяснения болевых жалоб) n=49 (25,6%)	Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4) — n=49 (25,6%).

Примечание: Во всех случаях констатируется высокая диагностическая коморбидность с тревожными расстройствами (F40–F41).

Note: High diagnostic comorbidity with anxiety disorders (F40–F41) was observed in all cases.

характеристики: алекситимия — 143 (74,4%), черты высокого невротизма — 177 (92,3%), ипохондрическая фиксация — 108 (56,4%), катастрофизация симптомов — 153 (79,5%), низкая толерантность к неопределенности — 108 (56,4%), перфекционизм/гиперответственность в анамнезе — 74 (38,5%), внешний локус контроля здоровья — 172 (89,7%). Все пациенты с клинически значимой тревогой (HADS-A ≥ 11 , n=59) демонстрировали выраженную катастрофизацию. У пациентов с доминирующим внешним локусом контроля (n=172) длительность диагностического маршрута была статистически значимо больше — 5 [4-7] лет против 1,5 [1-2] лет у пациентов с внутренним локусом (n=20; $p < 0,01$), что указывает на ассоциацию внешнего локуса с задержкой обращения.

Обсуждение

Общий отсев из исследования (n=297, 53,2%) рассматривается нами как существенное методологическое ограничение, воспроизводящее реальные барьеры при работе с данной категорией пациентов. Группа выбывших на 38,0% (n=113) представлена лицами, не связавшими свои соматические жалобы с психологическими факторами, с низкой приверженностью или не сформировавшими альянс, в том числе из-за негативных установок в отношении психиатрической помощи, что отражает характерные для СФР психологические черты (алекситимия, внешний локус контроля, низкая толерантность к неопределенности) и объясняет недостижимость для них психиатрической помощи. Структура отсева показательна: 40 пациентов продолжали настаивать на соматической природе симптомов, 32 — демонстрировали низкую толерантность к психофармакотерапии,

а 41 — не смогли сформировать терапевтический альянс.

Общим знаменателем явились ригидная соматическая фиксация, внешний локус контроля и страх стигматизации. Эти барьеры подчеркивают необходимость дестигматизирующих подходов уже на этапе первичного звена. Следовательно, описываемый клинико-психологический профиль характеризует пациентов, которые, несмотря на многолетний соматический маршрут, согласились с биопсихосоциальной трактовкой, сформировали терапевтический альянс и сохранили приверженность. Следовательно, все дальнейшие выводы касаются именно этой подгруппы. Перенос выводов на всю популяцию СФР требует осторожности, однако, именно эта группа представляет ключевую мишень для раннего скрининга и специализированной помощи.

Выявленный профиль (женщина средних лет, социально активная, с перфекционистскими чертами и прогрессирующей функциональной дезадаптацией) согласуется с имеющимися эпидемиологическими данными [4]. Полиморфная субъективно тяжёлая симптоматика в исследуемой когорте наблюдалась на фоне невысокого уровня депрессивных симптомов. Низкий уровень депрессивных симптомов (медиана HADS-D 4 балла) является прямым следствием исключения пациентов с депрессивными эпизодами и не должен интерпретироваться как свидетельство редкости депрессии при СФР.

В общей популяции СФР депрессивные расстройства столь же ожидаемы, как и тревожные, и их исключение из дизайна было осознанным методическим ограничением, а не отражением клинической реальности.

Акцент современных классификаций (DSM-5, МКБ-11) на катастрофизацию и дисфункцию

нальные реакции [1, 3] подтверждается нашей находкой высокой частоты катастрофизации. Синдромальный диагноз «вегетососудистая дистония» (ВСД) и функциональные гастроинтестинальные расстройства в российской практике в нашем материале сосуществовали с верифицированными СФР и тревожными расстройствами (F41). Это указывает на то, что за данными ярлыками скрывается не изолированная соматоформная патология, а высокая коморбидность расстройств невротического уровня. Терапевтическая стратегия, ограниченная коррекцией «вегетативной лабильности» или моторно-эвакуаторных нарушений, упускает единый патогенетический механизм — цикл «тревога → соматизация → катастрофизация», требующий одновременного воздействия на оба компонента.

Отнесение основного диагноза к рубрике F45 в настоящем исследовании основывалось на клиническом преобладании соматических симптомов в картине обращения. Вместе с тем дифференциация между тем, являются ли соматические жалобы проявлением тревожного расстройства либо самостоятельного СФР, остаётся дискуссионной — этот аспект требует дальнейшего изучения с применением структурированных диагностических интервью. Ядро психологического профиля образует триада «алекситимия — высокий невротизм — катастрофизация». Алекситимия, препятствуя вербализации эмоционального дистресса, способствует его соматическому выражению; низкая толерантность к неопределённости и эмоциональная лабильность закрепляют катастрофическую интерпретацию телесных сигналов. Внешний локус контроля здоровья (89,7%) трансформирует эту когнитивно-аффективную основу в поведенческий паттерн: пассивное ожидание помощи извне и непрекращающийся диагностический поиск. Выявленная ассоциация внешнего локуса с большей длительностью диагностического маршрута ($p < 0,01$) указывает на то, что данная характеристика сопутствует задержке обращения за специализированной помощью, хотя причинно-следственная связь не может быть установлена в рамках применённого дизайна.

Эти ориентиры получены на выборке пациентов, обратившихся к психиатру; их основная ценность — в выявлении лиц, потенциально восприимчивых к биопсихосоциальной модели. На основании полученных данных врачам первичного звена предлагаются следующие ориентиры для раннего выявления пациентов, у которых высока вероятность соматоформного и/или тревожного расстройства:

1. **Демографический и социальный контекст:** женщина 30–55 лет, социально активная, но с прогрессирующим снижением трудоспособности и качества жизни;
2. **Характер симптоматики:** хронические (>1-2 лет), полиморфные, полисистемные жалобы, субъективно крайне тяжёлые (≥ 7 баллов по NRS-10), не укладывающиеся в чёткую органическую картину;

3. **История диагностического поиска:** длительный маршрут по врачам разных специальностей с итоговыми синдромальными заключениями («ВСД», дисэнцефальный синдром, функциональное кишечное расстройство, хроническая тазовая боль без субстрата, неспецифическая дорсопатия, распространённые мышечно-скелетные боли). Пациент настойчиво убеждён в исключительности своего случая и требует всё новых обследований;

4. **Поведенческие и вербальные маркеры:** спонтанные или выявляемые при распросе катастрофические интерпретации ощущений («это рак/инфаркт»); пассивная позиция, требование «найти причину и дать лекарство»; раздражение или полное отрицание при попытке связать жалобы с эмоциональным состоянием.

При выявлении такого сочетания признаков рекомендуется:

1. провести скрининг тревоги с помощью подшкалы HADS-A (порог ≥ 8 баллов);
2. сместить диагностическую гипотезу в пользу соматоформного и/или тревожного расстройства;
3. рассмотреть направление к психиатру/психотерапевту, позиционируя консультацию как этап комплексной помощи.

К ограничениям проведенного исследования относятся: использование критериев МКБ-10, которые могут ограничивать сопоставимость с современными классификациями (DSM-5, МКБ-11); клиническая, а не психометрическая оценка алекситимии, катастрофизации и локуса контроля; малый размер подгруппы углублённого анализа ($n=192$) и высокий общий отсев ($n=113$) не позволяют исключить систематическую ошибку отбора, в связи с чем полученный профиль характеризует преимущественно пациентов, достигших психиатрической помощи и приверженных терапии. Кроме того, структурированное клиническое интервью не проходило формальной психометрической валидации, что ограничивает воспроизводимость результатов. Диагностическая иерархия с отнесением основного диагноза к рубрике F45 была основана на клиническом преобладании соматических жалоб и является условной; возможность того, что часть симптомов лучше объясняется тревожным расстройством, полностью не исключена.

Заключение

1. В изученной когорте пациентов с верифицированными соматоформными расстройствами (F45) более чем у 70% выявлены коморбидные тревожные расстройства (F41).
2. Ключевым для раннего распознавания в данной субпопуляции (пациенты, достигшие психиатра и приверженные терапии) служит не формальная «необъяснимость» симптомов, а характерный дезадаптивный психологический профиль, включающий

- катастрофизацию и внешний локус контроля. Это определяет приоритетные мишени терапии — коррекцию тревоги и когнитивных искажений.
3. Внешний локус контроля здоровья статистически значимо ассоциирован с большей длительностью диагностического маршрута ($p < 0,01$), что позволяет рассматривать его как характеристику, сопутствующую задержке обращения за специализированной психиатрической помощью.
 4. В рамках настоящего исследования сформулированы практические ориентиры для врачей первичного звена, основанные на сочетании хронических полисистемных жалоб, длительного соматического маршрута, катастрофических интерпретаций и показателя HADS-A (порог ≥ 8 баллов), что в изученной субпопуляции было характерным признаком.
 5. Более 20% исходной выборки ($n=113$) были из-за неприятия психологической составляющей симптомов, низкой приверженности терапии и страха стигматизации и ограничения в правах, что требует внедрения антистигматизационных стратегий в первичной сети для вовлечения этой подгруппы в специализированную помощь.

Литература / References

1. Barth L, Baumbach L, Hajek A, et al. Characteristics of patients with somatoform pain disorder. *J Gen Fam Med*. 2025;26(1):65-72. <https://doi.org/10.1002/jgf2.735>
2. Basavarajappa C, Dahale AB, Desai G. Evolution of bodily distress disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2020;33(5):447-450. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000630>
3. Domschke K, Zwanzger P. Taxonomy of anxiety disorders — a comparison of ICD-10 and ICD-11. *Nervenarzt*. 2025;96:1-5. <https://doi.org/10.1007/s00115-025-01842-6>. (In German)
4. Lehmann M, Pohontsch NJ, Zimmermann T, et al. Estimated frequency of somatic symptom disorder in general practice: cross-sectional survey with general practitioners. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):632. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04100-0>
5. Madsen MM, Trolle C, Fynne L, et al. Can internal medicine specialists diagnose functional somatic disorders (FSDs)? Training and comparison with FSD specialists. *PLoS One*. 2024;19(7):e0307057. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307057>
6. Piontek K, Shedden-Mora MC, Gladigau M, et al. Diagnosis of somatoform disorders in primary care: diagnostic agreement, predictors, and comparisons with depression and anxiety. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):361. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1940-3>
7. Vermeir P, Mariman A, Lucza L, et al. Epidemiology and organisation of care in medically unexplained symptoms: A systematic review with a focus on cultural diversity and migrants. *Int J Clin Pract*. 2021;75(11):e14855. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14855>

Сведения об авторах

Лаврова Виктория Анатольевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России (Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8). E-mail: valavrova@bk.ru.

Спиридонов Тимур Романович — студент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: t.spiridonov@hotmail.com.

Гомон Юлия Михайловна — доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: gomonmd@yandex.ru.

Незнов Николай Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3); заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России; главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Российского общества психиатров. E-mail: nezn@bektcherev.ru

Поступила 11.03.2026

Received 11.03.2026

Принята в печать 16.07.2026

Accepted 16.07.2026

Дата публикации 28.08.2026

Date of publication 28.08.2026