

Погосов А.В.¹, Ласков В.Б.², Богушевская Ю.В.¹¹Кафедра психиатрии и психосоматики и ²кафедра неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия
^{1,2}305041, Курск, ул. К. Маркса, 3

Причины необоснованного обращения больных с соматизированными расстройствами к врачам общемедицинской практики

Пациенты с соматизированными расстройствами (СР) поздно обращаются за специализированной психиатрической помощью. Хотя многие факторы, препятствующие своевременному обращению больных с СР за специализированной психиатрической помощью, известны, эта проблема нуждается в дальнейшем изучении.

Цель исследования — анализ роли источников информации и ятрогенных факторов в необоснованном выборе больными СР специалиста для первичного обращения за медицинской помощью.

Пациенты и методы. Обследовано 66 женщин в возрасте от 19 до 40 лет, у которых впервые выявлено СР (F 45.0). Выделены две группы больных: основная (n=41; средний возраст 31,5±1,2 года) и сравнения (n=25; средний возраст 31,6±0,8 года; p>0,5). Больные основной группы до обращения к психиатру длительно (от 1 года до 6 лет) обследовались и лечились у врачей первичного звена. В группе сравнения больные обращались к психиатру уже на первом году заболевания.

При обследовании пациенток использовали анамнестический, клинико-психопатологический методы.

Результаты и обсуждение. Больные СР чаще выбирали для первого обращения терапевта и невролога, несколько реже — кардиолога и эндокринолога. Громкие титулы специалистов, избегающее консультации психиатра поведение, конверсионные механизмы также влияют на этот выбор. Советы знакомых, сведения из Интернета в качестве источников медицинской информации способствуют необоснованному многократному обращению таких больных к специалистам первичной медицинской сети на протяжении длительного времени. Выявлена роль ятрогенных механизмов в формировании ложной концепции заболевания и деструктивных поведенческих стратегий, ведущих к хронизации и углублению СР. Пациенты с СР, длительно и безрезультатно подвергающиеся многочисленным диагностическим процедурам и неэффективному лечению в первичном звене здравоохранения, нуждаются в консультативной психиатрической помощи и психотерапевтическом сопровождении.

Заключение. Диагностика СР в амбулаторно-поликлинических условиях остается неэффективной. Необходима образовательная программа по СР в рамках системы непрерывного медицинского образования.

Ключевые слова: соматизированное расстройство; клинические проявления; лечение; катастрофизация; ятрогения; источники информации.

Контакты: Юлия Владимировна Богушевская; yuliyabogushevskaya@yandex.ru

Для ссылки: Погосов АВ, Ласков ВБ, Богушевская ЮВ. Причины необоснованного обращения больных с соматизированными расстройствами к врачам общемедицинской практики. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(4):40–45.

The reasons for an unjustified visit by patients with somatoform disorders to general practitioners

Pogosov A.V.¹, Laskov V.B.², Bogushevskaya Yu.V.¹

¹Department of Psychiatry and Psychosomatics, Kursk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kursk, Russia; ²Department of Psychiatry and Psychosomatics, Kursk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kursk, Russia
^{1,2}3, K. Marx St., Kursk 305041

Patients with somatoform disorders (SD) seek specialized psychiatric care late. Although many factors that prevent the timely visits by patients with SD for specialized psychiatric care are known, this problem requires further study.

Objective: to analyze the role of information sources and iatrogenic factors in unreasonably selecting a specialist by patients with SD to visit him/her for primary medical advice.

Patients and methods. Sixty-six women aged 19 to 40 years with new-onset SD (F 45.0) were examined. Two patient groups were identified: a study group of 41 patients (mean age, 31.5±1.2 years) and a comparison group of 25 (mean age, 31.6±0.8 years) (p>0.5). Primary care physicians had examined and treated the study group patients long (for 1 to 6 years) before their visit to a psychiatrist. The comparison group patients had been seen by a psychiatrist just in the first year of the disease.

Anamnestic, clinical, and psychopathological methods were used when examining the patients.

Results and discussion. For their first visit, the patients with SD had selected a therapist and a neurologist more frequently and a cardiologist and an endocrinologist somewhat less frequently. This selection was also affected by the specialists' high titles, psychiatric consultation-avoiding behavior, and conversion mechanisms. Acquaintances' advice and Internet information as health information sources contribute to the

unjustified revisits by these patients to primary medical specialists for a long time. Iatrogenic mechanisms were found to play a role in forming a false concept of a disease and destructive behavioral strategies leading to the chronization and progression of SD. Patients with SD who are long and ineffectively exposed to numerous diagnostic procedures and ineffective treatment in the primary health care need psychiatric counseling and psychotherapeutic support.

Conclusion. *The diagnosis of SD remains ineffective in an outpatient setting. There is a need for an educational program on SD within the continuing health education system.*

Keywords: *somatoform disorder; clinical manifestations; treatment; catastrophizing; iatrogenia; information sources.*

Contact: *Yulia Vladimirovna Bogushevskaya; yuliyabogushevskaya@yandex.ru*

For reference: *Pogosov AV, Laskov VB, Bogushevskaya YuV. The reasons for an unjustified visit by patients with somatoform disorders to general practitioners. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2018;10(4):40–45.*

DOI: *10.14412/2074-2711-2018-4-40-45*

Распространенность соматизированных расстройств (СР) в первичной медицинской сети стабильно высока [1–3]. Множественные, часто меняющиеся жалобы соматического характера у таких пациентов затрудняют правильную своевременную диагностику, являются основанием для многократного посещения специалистов первичного звена здравоохранения и назначения различных лабораторно-инструментальных исследований [4–6]. Отсутствие в их результатах указаний на органические заболевания препятствует эффективному лечению, служит источником недовольства пациентов качеством оказанной помощи и причиной повторных обращений в поликлиники, медицинские центры и иные учреждения здравоохранения [7–10], а иногда и ухода в нетрадиционную медицину.

Преувеличение (до катастрофизации) негативного значения субъективных симптомов СР, а также выявленных в ходе многочисленных обследований клинически незначимых отклонений (остеохондроз, нестабильность позвоночных двигательных сегментов, асимметрия диаметра сосудов, кисты и др.) формирует у больных с СР искаженное представление о причинно-следственных связях в развитии недуга [11], обрекает их на долгий поиск «своего врача». Характерное избегающее психиатра поведение способствует хронизации СР, формированию необратимых изменений личности, стойкого нарушения работоспособности, социального и семейного взаимодействия. Традиционная схема маршрутизации больных с СР не решает этой проблемы, так как они старательно отказываются от контакта с психиатром, а врачи первичного звена не всегда способны распознать СР [12, 13].

Хотя многие факторы, препятствующие своевременному обращению больных с СР за специализированной психиатрической помощью, известны [11, 13–16], диагностика СР в амбулаторно-поликлинических условиях остается неэффективной. Это в большой мере обусловлено неумением врача первичного звена убедительно обосновать целесообразность консультации у психиатра и неприятием такой перспективы больными с СР [10, 17–21].

Цель работы – анализ роли источников информации и ятрогенных факторов в необоснованном выборе больными с СР специалиста для первичного обращения за медицинской помощью.

Пациенты и методы. Обследовано 66 пациенток психосоматического отделения Курской областной наркологической больницы в возрасте от 19 до 40 лет, впервые лечившихся по поводу СР. Все они подписали информированное согласие на участие в исследовании. В зависимости от вре-

мени, прошедшего с момента дебюта СР до обращения за психиатрической помощью, были выделены две группы больных: основная (n=41; средний возраст 31,5±1,2 года) и сравнения (n=25; средний возраст 31,6±0,8 года; p>0,5). Больные основной группы до обращения к психиатру длительно (от 1 года до 6 лет) обследовались и лечились у врачей первичного звена. В группе сравнения больные обращались к психиатру уже на первом году заболевания.

При обследовании пациенток использовали анамнестический, клинико-психопатологический методы [22].

Диагностика СР проведена по критериям МКБ-10 (рубрика F 45.0) и DSM-IV [22, 23]. Особое внимание уделяли расспросу больных об источниках получения ими медицинской информации, эмоциональном восприятии и интерпретации данных лабораторно-инструментального обследования. Информационные ресурсы изучали с помощью специально разработанной анкеты, в которую заносили также результаты клинико-психопатологического обследования, заключения врачей общей практики и узких специалистов, лабораторно-инструментальные данные, представления больных о своем заболевании и возможностях психиатрической службы, сведения о причинах несвоевременного обращения к психиатру.

Результаты подвергли обработке методами описательной и сравнительной статистики с определением критерия углового преобразования Фишера ϕ (программа IBM SPSS Statistics 21.0).

Результаты и обсуждение. Подавляющее большинство больных обеих групп (n=64; 97%) для первого обращения выбирали врачей соматического профиля в городских поликлиниках, коммерческих медицинских центрах или амбулаторных отделениях районных больниц; 2 (3%) пациентки посетили специалистов по нетрадиционной медицине (табл. 1).

Анализ данных табл. 1 показывает, что по частоте обращения в обеих группах лидируют участковый терапевт и невролог: их частота суммарно составляет соответственно 53,7 и 68% ($Z=1,2$; $\alpha>0,1$). Третье и четвертое места заняли кардиолог и эндокринолог – 31,7 и 24% ($Z=0,7$; $\alpha>0,2$). На эти четыре специальности пришлось 85,4% первых обращений в основной группе и 92% – в группе сравнения (для обеих групп $\alpha<0,05$). Показатели посещений врачей иных специальностей были крайне малы (9,7% в основной и 8% в группе сравнения), представителей нетрадиционной медицины посетили только 4,9% больных основной группы.

Клинико-психопатологический метод позволил выявить у больных желудочно-кишечную, болевую, сердечно-дыхательную и псевдоневрологическую клинические раз-

новидности СР (обозначены в соответствии с диагностическими критериями DSM-IV). Каждая из них рассматривалась нами в рамках простого типа СР; сочетанным типом считали варианты СР с тремя диагностически значимыми симптомами из двух и более клинических разновидностей. Чаще встречались сердечно-дыхательная разновидность СР – у 24,4% больных основной группы и 24,0% группы сравнения; сочетание сердечно-дыхательной и болевой разновидностей – у 22,0 и 24,0% больных, сочетание сердечно-дыхательной, болевой и желудочно-кишечной разновидностей – у 19,5 и 16,0% соответственно.

Среди субъективных проявлений преобладали кардиальные и респираторные симптомы: головокружение (93,6%), сердцебиение (90,9%) и поверхностное дыхание (86,4%). Второе место занимали желудочно-кишечные симптомы: тошнота (88,8%), боль в животе (75,4%), непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи (50,0%).

Среди псевдоневрологических симптомов чаще встречались нечеткость зрения (60,9%), паралич или мышечная слабость (50,9%), пошатывание при ходьбе (45,4%), боль (в спине – 82,3%, конечностях – 78,2% и суставах – 65,4%). Наиболее редко наблюдались репродуктивные и сексуальные симптомы.

Выбор профиля врача для первого обращения зависел от характера имевшихся субъективных нарушений, а также от клинической разновидности и типа СР (простое или сочетанное; табл. 2).

Пациентки с сочетанным типом СР посещали более широкий круг врачей. Больные с псевдоневрологической разновидностью СР простого типа в единичных случаях пользовались услугами специалистов по нетрадиционной медицине.

Врачи первичного звена направляли пациенток на консультацию к психиатру или психотерапевту в среднем через 2–3 мес после первого обращения. Однако больные игнорировали эту рекомендацию, так как были уверены, что страдают органическим расстройством, и попадали к

Таблица 1. Частота первого обращения больных с СР к специалистам первичного звена, n (%)

Специальность	Основная группа (n=41)	Группа сравнения (n=25)
Участковый терапевт	12 (29,3)	9 (36,0)
Невролог	10 (24,4)	8 (32,0)
Кардиолог	7 (17,1)	4 (16,0)
Эндокринолог	6 (14,6)	2 (8,0)
Гастроэнтеролог	1 (2,4)	0 (0,0)
Гинеколог	2 (4,9)	2 (8,0)
Мануальный терапевт, кинезиотерапевт, остеопат, вертебролог, подиатр	1 (2,4)	0 (0,0)
Целитель, экстрасенс	2 (4,9)	0 (0,0)

психиатру значительно позже. Основой ошибочных убеждений была переоценка незначительных отклонений в результатах визуализации или электрофизиологического обследования. Наблюдаемые нами транзиторные состояния не укладывались в рамки клинически оформленного расстройства и находились на субклиническом уровне, проявляясь беспокойством в отношении неблагоприятного развития предполагаемого заболевания, поиском информации о «болезни», угнетенным состоянием, постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями.

У большинства (70%) пациенток обеих групп причиной формирования ятрогенных психогений служили неосторожные либо целенаправленные высказывания медицинских работников о тяжелых последствиях обнаруженных отклонений, реально клинически не значимых: «Как вы с этим еще живете? Это опасно!» Поводом для ятрогений стали также упоминания в заключениях о протрузиях или грыжах межпозвоночных дисков, нестабильности сегментов позвоночника, кистах оболочек или вещества мозга, а также термины «гидроцефалия», «грыжа «Шморля».

У части больных (30%) на фоне ложной концепции своего состояния и попыток осмыслить непонятную и от этого кажущуюся особенно опасной медицинскую терминологию развивались неадекватные эмоциональные и поведенческие реакции. Вместо жалоб на самочувствие на прие-

Таблица 2. Выбор больными специалистов первичной сети в зависимости от разновидности и типа СР

Разновидность/тип СР	Специалисты
Желудочно-кишечная/простой	Терапевт, гастроэнтеролог
Болевая/простой	Невролог, мануальный терапевт
Сердечно-дыхательная/простой	Терапевт, кардиолог, эндокринолог
Псевдоневрологическая/простой	Невролог, рефлексотерапевт, представители нетрадиционной медицины (гомеопат, экстрасенс, целитель и др.)
Сердечно-дыхательная и болевая/сочетанный	Терапевт, кардиолог, невролог, эндокринолог, мануальный терапевт
Сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная/сочетанный	Невролог, мануальный терапевт, кинезиотерапевт, иглорефлексотерапевт, массажист, вертебролог, остеопат, гомеопат, подиатр

Таблица 3. *Источники информации о заболевании, использованные больными с СР, n (%)*

Источники информации	Основная группа (n=41)	Группа сравнения (n=25)	φ
Советы знакомых	16 (39,0)	5 (20,0)	1,663#
Интернет	10 (24,4)	3 (12,0)	1,285
Популярная литература	6 (14,6)	4 (16,0)	0,154
Телевидение	8 (19,5)	8 (32,0)	1,135
Научная литература	1 (2,4)	5 (20,0)	2,428*

Примечание. *Различия достоверны ($p < 0,01$); #различия на уровне статистической тенденции ($p > 0,05 \leq 0,1$).

ме у врача первичного звена они излагали собственное видение имевшихся симптомов с катастрофизацией их последствий, давали ложную информацию о происхождении и причинно-следственных связях своих ощущений и клинико-инструментальных данных, чем вводили врача в заблуждение. Уже в первые минуты общения с врачом пациентки демонстрировали тревогу по поводу результатов обследований, нередко начинали беседу с предъявления томограмм и заключений, а не излагали жалобы на самочувствие. Все это повышало риск диагностической ошибки и выбора неадекватных методов лечения [19].

На этапе поиска медицинской помощи больные обеих групп широко использовали особо популярные информационные ресурсы: Интернет, телепередачи о здоровье, популярную литературу (газеты, журналы), а также советы знакомых (табл. 3).

Для большинства больных основной группы (39,0%) «авторитетным источником информации» были рассказы и советы знакомых ($p > 0,05 \leq 0,1$). Однако подобная информация, как правило, ограничена примитивными представлениями о соматических и неврологических заболеваниях у родных и ближайшего окружения. Второе место занимал Интернет (24,4%); поисковые запросы формировались на основе клинических проявлений СР (субъективные болезненные, дискомфортные ощущения). К научной литературе прибегали лишь 2,4% больных.

В группе сравнения ведущую роль (32,0%) играла информация, полученная при просмотре телепередач (больные искали общие черты своих болезненных проявлений с таковыми у героев шоу о здоровье). Второе место занимали рассказы знакомых и научная литература (по 20,0%; $p < 0,01$). Популярные издания и Интернет были наименее

Таблица 4. *Продолжительность заболевания у пациенток основной группы до момента обращения за психиатрической помощью, n (%)*

Продолжительность заболевания, годы	Число больных (n=41)
<2	5 (12,1)
<3	8 (19,9)
<4	9 (21,9)
<5	9 (21,9)
≥6	10 (24,2)

востребованы (12,0 и 16,0% соответственно).

Таким образом, большинство больных (97,5% в основной группе и 80,0% в группе сравнения) считали советы знакомых, сведения из Интернета, телепередач и популярной литературы авторитетными источниками информации, что можно рассматривать как причину необоснованного выбора специалиста первичной сети и избегающего психиатра поведения, которому больной мог следовать на протяжении нескольких лет. Так, у 88,0% больных основной

группы период от дебюта болезни до обращения к психиатру составлял от 3 до 6 лет (табл. 4).

Анализ причин необоснованного обращения больных с СР к специалистам первичной медицинской сети позволяет расширить группы факторов, обозначенные нами в предыдущих работах [2, 15, 24], а также объяснить направленность поиска в Интернете и выбор специальности врача на начальном этапе обращения конкретной клинической разновидностью СР у больного. Отметим немалое количество специалистов, которых больные посетили по собственной инициативе. Здесь имели значение не только клиническая разновидность, но и тип СР: при простом типе число специалистов небольшое, при сочетанном типе – оно значительно увеличивается.

Наши наблюдения показывают, что больные с СР часто стремились попасть на прием к известным специалистам с обилием титулов (например, «врач-консультант Центра реабилитации Главного медицинского управления делами Президента РФ»), по своей инициативе записывались на курсы массажа, иглорефлексотерапии, занятия лечебной физкультурой, йогой, аквааэробикой. При этом особой популярностью у них пользовались индивидуальные, пусть и дорогие, занятия с тренером. В единичных случаях больные практиковали гирудотерапию; многие занимались «улучшением иммунитета» с помощью иммуномодуляторов с недоказанной эффективностью и/или витаминов, средств народной медицины, «чистки организма».

Некоторые пациентки основной группы обращались к мануальному терапевту, кинезиотерапевту, гомеопату, остеопату, вертебрологу, подиатру, специалистам нетрадиционной медицины (целитель, экстрасенс, «бабка», колдун); подобного опыта не имелось в группе сравнения. Это объясняется не только низким образовательным уровнем больных и их повышенной внушаемостью, но и участием механизма конверсии в формировании СР при длительном его течении. Как правило, если при вмешательстве этих специалистов и возникало облегчение состояния, то оно было весьма кратковременным (плацебо-эффект). По нашему мнению, факты оказания помощи перечисленными специалистами требуют объяснения и, вероятно, юридической оценки с обоснованием поставленных ими диагнозов и примененных методов лечения.

Анализ источников информации, которыми пользовались больные, указывает на их неосведомленность о своем заболевании и наличие сформированных ложных концепций причин недомогания, на искаженные и примитив-

ные представления о современных возможностях психиатрической службы. В высказываниях пациенток доминировали ошибочные мнения об организации психиатрической помощи, правовой основе ее оказания; больные не имели элементарных знаний о соматических и психических расстройствах. Они выражали опасения, что при обращении к психиатру «их укутут в психушку», что в психиатрических учреждениях распространены насильственные способы «успокоения» пациентов, что психиатры «могут сделать их дураками» и «не выпустят» из учреждения в дальнейшем.

Пугающая информация о результатах обследования, некорректные рассуждения медицинских работников (врачей, медицинских сестер, лаборантов) с намеками на плохой исход заболевания и возможные осложнения способствовали негативной динамике СР, катастрофизации представлений о возможных исходах незначительных отклонений и формированию патологических поведенческих установок.

Объясняя столь распространенную практику запугивания пациентов, нельзя исключить наличия некоторых психологических особенностей и у самих медицинских работников, обусловленных их стремлением повысить собственную значимость и важность выполненной диагностической процедуры. Возможен и естественный коммерческий интерес сотрудников для мотивирования пациента на повторное посещение медицинских центров.

Психотерапевтическое вмешательство, являясь одним из компонентов ведения больного врачом-интернистом, требует соответствующих компетенции и затрат времени на так называемых трудных пациентов; очевидна целесообразность создания и внедрения в работу врачей первичной медицинской сети комплексной образовательной программы. Ее *первая составляющая* ориентирована на преодоление больными СР проявлений стигматизации и имеет цель сформировать адекватные представления о СР и способах его коррекции, о современных возможностях лечения в

психиатрии. *Вторая составляющая* (образовательный модуль) предназначена для совершенствования у терапевтов, неврологов и врачей иного профиля навыков раннего выявления СР, овладения убедительной аргументацией необходимости обращения за специализированной психиатрической помощью с применением элементов психотерапии. Это позволит уменьшить число необоснованных обследований и своевременно направлять больных СР к психиатру. *Третья составляющая* адресована врачам-психиатрам, психотерапевтам и клиническим психологам, которые должны убедить больного в правильности обращения за психиатрической помощью и обосновать эффективность психотерапевтического компонента в комплексном лечении СР.

Образовательная программа снизит риск катастрофизации представлений пациентов о субъективных и объективных проявлениях и последствиях имеющейся у них патологии, уменьшит вероятность формирования психогенных ятрогений и необратимых изменений личности. Образовательные модули могли бы стать компонентом существующей системы непрерывного медицинского образования.

Заключение. Таким образом, большинство пациентов с СР обращаются к терапевтам и неврологам. Ятрогенные механизмы являются у них важной составляющей процесса формирования ложной концепции заболевания, деструктивных поведенческих стратегий, катастрофизации представлений о последствиях недуга. Рассказы знакомых и сведения из Интернета в качестве источников медицинской информации способствуют необоснованному многократному обращению больных с СР к специалистам первичной медицинской сети на протяжении длительного времени. Очевидно, что такие пациенты нуждаются в консультативной психиатрической помощи с образовательной составляющей и психотерапевтическим сопровождением в первичном звене здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов ВА, Головачева ВА. Причины, диагностика и лечение боли в нижней части спины. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009;1(1):19-22. [Parfenov VA, Golovacheva VA. Low back pain: causes, diagnosis, and treatment. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2009;1(1):19-22. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2009-17
2. Погосов АВ, Богусhevская ЮВ. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты). Психические расстройства в общей медицине. 2008;(3):29-34. [Pogosov AV, Bogushevskaya YuV. Somatic disorders (clinical-dynamic and therapeutic aspects). *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2008;(3):29-34. (In Russ.)].
3. Сочивко НС, Погосов АВ. Психическое здоровье населения. Курск: КГМУ; 2006. 231 с. [Sochivko NS, Pogosov AV. *Psikhicheskoe zdorov'e naseleniya* [Mental health of the population]. Kursk: KGMU; 2006. 231 p.]
4. Парфенов ВА. Хроническая боль и ее лечение в неврологии. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 288 с. [Parfenov VA. *Khronicheskaya bol' i ee lechenie v neurologii* [Chronic pain and its treatment in neurology]. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 288 p.]
5. Погосов АВ, Севостьянова АО, Богусhevская ЮВ. Клинико-психологические особенности больных на донологическом этапе течения соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями. Человек и его здоровье. 2013;(1):119-25. [Pogosov AV, Sevost'yanova AO, Bogushevskaya YuV. Clinical and psychological characteristics of patients at the prenosological stage of somatic mental disorders with cardiovascular manifestations. *Chelovek i ego zdorov'e*. 2013;(1):119-25. (In Russ.)].
6. Guthrie E. Medically unexplained symptoms in primary care. *Advances In Psychiatric Treatment*. 2008;14(6):432-40.
7. Агарков АП, Варанкова ЛВ. Проблема диагностики соматизированных психических расстройств в общемедицинской и психиатрической практике. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009;(3):103-6. [Agarkov AP, Varankova LV. The problem of diagnosis of somatic mental disorders in general medical and psychiatric practice. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2009;(3):103-6. (In Russ.)].
8. Смудевич АБ, Дубницкая ЭБ, Воронова ЕИ. К проблеме распознавания психосоматических расстройств в общей медицинской практике. Психические расстройства в общей медицине. 2017;(3-4):4-10. [Smulevich AB, Dubnitskaya EB, Voronova EI. On the problem of recognition of psychosomatic disorders in general medical practice. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2017;(3-4):4-10. (In Russ.)].
9. Собенников ВС. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск; 2014. 304 с. [Sobennikov VS. *Somatizatsiya i somatiformnye rasstroistva* [Somatization and somatoform disorders]. Irkutsk; 2014. 304 p.]
10. Salmon P, Humphris GM, Ring A, et al. Why do primary care physicians propose medical care to patients with medically unexplained symptoms? A new method of sequence analysis to test theories of patient pressure. *Psychosom Med*. 2006 Jul-Aug;68(4):570-7.

11. Погосов АВ, Богушевская ЮВ. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия). Курск: КГМУ; 2008. 268 с. [Pogosov AV, Bogushevskaya YuV. *Somatizirovannye rasstroistva (klinika, diagnostika, terapiya)*]. Kursk: KGMU; 2008. 268 p.]
12. Закроева АГ, Лесняк ОМ. Биопсихосоциальный подход к ведению пациентов с основными хроническими неинфекционными заболеваниями в первичном звене здравоохранения. Лечащий врач. 2014;(10):42-6. [Zakroeva AG, Lesnyak OM. Biopsychosocial approach to management of patients with major chronic non infectious diseases in primary health care. *Lechashchii vrach*. 2014;(10):42-6. (In Russ.)].
13. Цыганков БД, Малыгин ЯВ, Исмаилова СФ. Психологические факторы, влияющие на активность поиска медицинской помощи пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014;(3):9-14. [Tsygankov BD, Malygin YaV, Ismailova SF. Psychological factors affecting the activity of medical care search by patients suffering from borderline mental disorders. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2014;(3):9-14. (In Russ.)].
14. Демчева НК, Калинина ЕВ. Связь между клиническими характеристиками психических расстройств и своевременностью обращения за психиатрической помощью у больных с впервые в жизни установленным диагнозом. Психическое здоровье. 2010;(7):28-35. [Demcheva NK, Kalinina EV. The relationship between the clinical characteristics of mental disorders and the timeliness of psychiatric care seeking in patients with a diagnosis established for the first time. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2010;(7):28-35. (In Russ.)].
15. Погосов АВ, Богушевская ЮВ. Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017;(4):22-30. [Pogosov AV, Bogushevskaya YuV. Clinical, personality-psychological and socio-demographic factors that prevent the treatment of patients with somatization disorders for specialized care. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2017;(4):22-30. (In Russ.)].
16. Погосов АВ, Николаевская АО. Клинико-динамические особенности соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017;(2):67-72. [Pogosov AV, Nikolaevskaya AO. Clinical and dynamic features of somatized mental disorders with cardiovascular manifestations in patients of the city polyclinic. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2017;(2):67-72. (In Russ.)].
17. Прибытков АА, Еричев АН. Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017;(2):10-5. [Pribytkov AA, Yerichev AN. Somatoform disorders. Part two: the methodology of cognitive-behavioral psychotherapy. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2017;(2):10-5. (In Russ.)].
18. Скорик АИ, Коцюбинский АП, Шейнина НС и др. Психиатрическая мифология и проблема сотрудничества. Социальная и клиническая психиатрия. 2009;(3):31-6. Skorik AI, Kotsyubinskii AP, Sheinina NS, et al. Psychiatric mythology and the problem of cooperation. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2009;(3):31-6. (In Russ.)].
19. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (WONCA). Geneva: WHO Press; 2008. 210 p.
20. Houtveen JH, Van Broeckhuysen-Kloth S, Lint-meijer LL, et al. Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder: a prospective evaluation. *J Nerv Ment Dis*. 2015 Feb;203(2):141-8. doi: 10.1097/NMD.0000000000000250.
21. Van Dessel N, Den Boeft M, Van der Wouden JC, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 1;(11):CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2.
22. Смулевич АБ, редактор. Психосоматические расстройства в клинической практике. Москва: Медпресс-информ; 2016. 776 с. [Smulevich AB, redaktor. *Psikhosomaticheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Psychosomatic disorders in clinical practice]. Moscow: Medpress-inform; 2016. 776 z.]
23. Тхостов АШ, Нелюбина АС. Обыденные представления о болезни в структуре идентификации пациента и врача как предиктор выбора пациентом способа лечения (на модели сердечно-сосудистых заболеваний). В кн.: Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сборник научных трудов. Самара: Самарский университет; 2012. С. 12-33. [Tkhostov ASH, Nelyubina AS. Ordinary views of the disease in the structure of patient and doctor identification as a predictor of patient's choice of the method of treatment (on the model of cardiovascular diseases). In: *Obshchestvo remissii: na puti k narrativnoi meditsine: sbornik nauchnykh trudov* [Society of remission: on the way to narrative medicine: collection of scientific works]. Samara: Samarskii universitet; 2012. P. 12-33.]
24. Богушевская ЮВ, Николаевская АО. Клинико-динамические и личностные особенности больных соматизированными расстройствами. Российский психиатрический журнал. 2013;(4):31-6. [Bogushevskaya YuV, Nikolaevskaya AO. Clinical-dynamic and personality characteristics of patients with somatized disorders. *Rossiiskii psikhiiatricheskii zhurnal*. 2013;(4):31-6. (In Russ.)].

Поступила 7.05.2018

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.