

# ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ У ЖЕНЩИН С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Ю.В. БОГУШЕВСКАЯ**

Курский государственный медицинский университет  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России),  
г. Курск, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4912-4285>,  
e-mail: [yuliyabogushevskaya@yandex.ru](mailto:yuliyabogushevskaya@yandex.ru)

**А.В. ВАСИЛЬЕВА**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт имени В.Н. Бехтерева  
(ФГБУ «НМИЦПН им. В.Н. Бехтерева» Минздрава России),  
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>,  
e-mail: [annavdoc@yahoo.com](mailto:annavdoc@yahoo.com)

**А.И. ИВЧЕНКО**

Курский государственный медицинский университет  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России),  
г. Курск, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5172-6561>,  
e-mail: [ivchenko.anastasia17@gmail.com](mailto:ivchenko.anastasia17@gmail.com)

**Актуальность.** Категория больных соматизированными расстройствами (СР) представляет серьезную проблему для первичного звена здравоохранения, где их распространенность достигает 40%. Существует мнение о том, что в современном обществе имеет место феномен стигмы, сохраняется стигматизирующее отношение к психически больным. В настоящее время феномен самостигматизации в большей степени изучается при тяжелых психических расстройствах: связь самостигматизации с социальной идентичностью, чувством собственной ценности, внутренней стабильно-

стью, способностью справляться со стрессовыми ситуациями. Актуальным остается вопрос о развитии дестигматизированных форм помощи пациентам с непсихотическими расстройствами, прежде всего об открытии психотерапевтических кабинетов в первичной медико-санитарной сети. **Цель исследования** — изучение различий выраженности самостигматизации и показателей отношения к болезни и лечению у пациенток с СР, которые обратились за помощью к психиатру или психотерапевту, и у женщин, избегающих обращения к профильным специалистам. **Методы:** опросник для оценки самостигматизации И.И. Михайловой, В.С. Ястребова; опросник для изучения отношения к болезни и лечению Б.Д. Карвасарского; корреляционно-регрессионный анализ. В статье представлены **результаты** эмпирического исследования взаимосвязей и параметров мотивации к лечению и уровня самостигматизации у женщин, больных соматизированными расстройствами, с одной стороны, и с проявлениями избегающего врача-психиатра поведения — с другой. На основе полученных результатов авторами описаны модели отношения больных к лечению. **Выводы.** Выявленные взаимосвязи параметров мотивации больных обратиться за помощью к врачу-психиатру и уровня самостигматизации позволили описать модели отношения к лечению у больных соматизированными расстройствами, длительно не обращавшихся за специализированной психиатрической помощью: «модель отрицания»; «модель фиксации»; «модели игнорирования», подтвержденные наличием регрессивных связей; а также модель «сомнительной выгоды», обоснованная наличием положительной линейной корреляционной связи. Полученные данные будут использованы в программах психотерапевтической помощи и клинко-психологического сопровождения больных СР не только на стационарном, но и на амбулаторном этапах лечения.

**Ключевые слова:** соматизированные расстройства, модели соматонозогнозии, уровень самостигматизации, отношение к болезни, мотивация к лечению.

**Для цитаты:** Богушевская Ю.В., Васильева А.В., Ивченко А.И. Внутренняя картина болезни и модели отношения к лечению у женщин с соматизированными расстройствами // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 4. С. 105—124. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310406>

# INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE AND PATTERNS OF ATTITUDE TO TREATMENT IN WOMEN WITH SOMATIC DISORDERS

JULIA V. BOGUSHEVSKAYA

Kursk State Medical University (FGBOU VO KSMU of the Ministry of Health of Russia), Kursk, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4912-4285>,

e-mail: [yuliyabogushevskay@yandex.ru](mailto:yuliyabogushevskay@yandex.ru)

ANNA V. VASILEVA

St. Petersburg Research Psychoneurological Institute. V. N. Bekhtereva (FGBU “NMICPN named after V.N. Bekhterev” of the Ministry of Health of Russia),

St. Petersburg, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>,

e-mail: [annavdoc@yahoo.com](mailto:annavdoc@yahoo.com)

ANASTASIA I. IVCHENKO

Kursk State Medical University (FGBOU VO KSMU of the Ministry of Health of Russia), Kursk, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5172-6561>,

e-mail: [ivchenko.anastasia17@gmail.com](mailto:ivchenko.anastasia17@gmail.com)

**Relevance.** The category of patients with somatization disorders (SD) poses a serious problem for primary health care, where their prevalence reaches 40%. There is an opinion that in modern society there is a phenomenon of stigma, and a stigmatizing attitude towards the mentally ill persists. Currently, the phenomenon of self-stigmatization is being studied to a greater extent in severe mental disorders: the connection of self-stigmatization with social identity, a sense of self-worth, internal stability, and the ability to cope with stressful situations. The issue of developing destigmatized forms of care for patients with non-psychotic disorders, primarily psychotherapeutic offices in the primary health care network, remains relevant. **The purpose** of the study is to study differences in the severity of self-stigmatization and indicators of attitude towards the disease and treatment in patients with SD who sought help from a psychiatrist or psychotherapist and in women who avoided contacting specialized specialists. **Methods.** Questionnaire for assessing self-stigma I.I. Mikhailova, V.S. Yastrebova, a questionnaire to study attitudes towards the disease and treatment of B.D. Karvasarsky, correlation and regression analysis. The article presents **the results** of an empirical study of the relationships and parameters of motivation for treatment and the level of self-stigmatization in women suffering from somatization disorders with manifestations of «psychiatrist-avoiding behavior», on the basis of which the authors describe models of

attitude towards treatment. **Conclusions.** Based on the identified relationships between the parameters of patients' motivation to seek help from a psychiatrist and the level of self-stigmatization, it was possible to describe models of attitude towards treatment in patients with somatization disorders who have not sought specialized psychiatric help for a long time: «model of denial», «model of fixation», «model of ignoring», confirmed by the presence of regressive connections and the «dubious benefit» model, justified by the presence of a positive linear correlation. The data obtained will form the basis for the development of a program of psychotherapeutic assistance and clinical and psychological support for patients with CP not only at the inpatient, but also at the outpatient stages of treatment.

**Keywords:** somatized disorders, models of somatognosia, level of self-stigmatization, attitude towards the disease, motivation for treatment.

**For citation:** Bogushevskaya Yu. V., Vasileva A. V., Ivchenko A. I. Internal Picture of the Disease and Patterns of Attitude to Treatment in Women with Somatic Disorders. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 4, pp. 105–124. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310406> (In Russ.).

## Введение

Многочисленные эпидемиологические исследования демонстрируют, что женщины примерно в два раза чаще страдают различными непсихотическими психическими расстройствами, они составляют основной контингент пациентов, обращающихся за помощью [8].

Соматизированные расстройства (СР) (F45.0), как разновидность соматоформных, характеризуется полиморфными патологическими телесными ощущениями, не имеющими под собой органической основы. Вопрос о механизмах формирования телесных симптомов на протяжении многих лет остается дискуссионным [5; 6; 11; 13]. Холмогорова А. Б. с соавт. [14], Московская М. С. с соавт. [16] выявили, что эмоционально негативно окрашенное отношение и суженный эмоциональный словарь — это связанные между собой характеристики «соматайзеров». Одни исследователи считают, что причинами СР являются психогенные факторы, которые используют механизмы реактивной лабильности [3; 14], другие наблюдают выражение внутриспсихических конфликтов в виде соматических симптомов.

Категория больных соматизированными расстройствами (СР) представляет серьезную проблему для первичного звена здравоохранения, где их распространенность достигает 40%. Каждый пациент-«соматайзер» требует гораздо больше ресурсов по сравнению с соматическим контингентом.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) при невротических расстройствах определяет стратегии поведения и отношение больного к лечению. При

наличии конфликта неадекватной самооценки и фрустрированных потребностей в безопасности и эмоциональном благополучии соматоцентрическая ВКБ может использоваться как способ патологической адаптации.

В структуре внутренней картины болезни «соматизация тревоги» обуславливает резистентность к терапии, способствует фиксации невротических проявлений и позднему обращению больных за психотерапевтической помощью [1; 3; 12].

Существует мнение о том, что в современном обществе имеет место феномен стигмы, сохраняется стигматизирующее отношение к психически больным [7]. В отношении истерии термин «стигма» использовался для обозначения типичных истерических симптомов [2]. Из-за стигматизирующего употребления термина «истерическое расстройство» американскими психиатрами было предложено заменить его в классификации DSM на гистрионное расстройство. В то же время наличие соматического заболевания чаще вызывает в обществе сочувствующее отношение [3].

В настоящее время феномен самостигматизации в большей степени изучается при тяжелых психических расстройствах: связь самостигматизации с социальной идентичностью, чувством собственной ценности, внутренней стабильностью, способностью справляться со стрессовыми ситуациями [7].

Актуальным остается вопрос о развитии дестигматизированных форм помощи пациентам с непсихотическими расстройствами, прежде всего об открытии психотерапевтических кабинетов в первичной медико-санитарной сети [10].

*Цель* исследования: изучение различий выраженности самостигматизации и показателей отношения к болезни и лечению у пациенток с СР, которые обратились за помощью к психиатру или психотерапевту, и у женщин, избегающих обращения к профильным специалистам. *Задачи*: 1) выявить уровень самостигматизации, доминирующие типы отношения к болезни и лечению у пациенток с избегающим психиатра типом поведения и у женщин без его проявлений; 2) изучить взаимосвязи между выраженностью самостигматизации и типами отношения к болезни и лечению; 3) на основе результатов корреляционного регрессионного анализа обозначить типы мотивации на лечение и предложить мишени для психосоциальных интервенций.

## **Методы исследования**

Клинико-психопатологический, клинико-анамнестический методы исследования применялись для оценки психопатологической картины соматизированного расстройства, анамнеза заболевания, особен-

ностей внутренней картины болезни. Для этого использовался анализ медицинской документации, позволившей провести негативную диагностику соматизированных расстройств, подтвердить функциональный характер нарушений, исключить наличие соматических заболеваний и сходной клинической картиной, верифицировать длительность заболевания и рекомендации обратиться к психиатру или психотерапевту, а также повторное обращение к специалисту соматического профиля и прохождение многочисленных исследований. Авторское полуструктурированное интервью с последующим заполнением индивидуальной регистрационной карты (ИРК) дало возможность синтезировать все представления о психопатологической картине соматизированного расстройства, особенностях психического статуса пациенток, их поведения в отношении имеющегося расстройства. Вопросы ИРК касались социально-демографических характеристик, клинических данных и сведений о лечении, модели болезни (осведомленность о симптомах, течении, прогнозе; психологическая реакция на болезнь (игнорирование, преуменьшение)), понимания механизмов настоящей болезни.

Экспериментально-психологический метод включал опросник для оценки самостигматизации И.И. Михайловой, В.С. Ястребова, состоящий из 83 утверждений, касающихся основных сфер психологического и социального функционирования человека. Результаты опросника позволяют определить уровень выраженности этого феномена.

Опросник Б.Д. Карвасарского для изучения отношения к болезни и лечению был использован как инструмент диагностики характерных для пациентов установок на лечение. К последним отнесены следующие: достижение инсайта, изменение поведения, достижение симптоматического улучшения, получение «вторичного выигрыша» от болезни; описана также иная разновидность установки, к которой относится пассивное поведение.

С целью статистической обработки результатов и выявления взаимосвязи между отношением к болезни и уровнем самостигматизации больных были применены корреляционно-регрессионный анализ, критерий U Манна—Уитни, критерий Хи-квадрат Пирсона. Расчет статистических параметров проводился с использованием пакета статистической программы Statistica 12.6.

### **Характеристика обследованной группы**

В исследовании, проведенном в 2014—2022 гг., приняли участие 284 больных с диагнозом соматизированное расстройство (F 45.0.). Они

проходили лечение в психосоматическом отделении ОБУЗ «Курская областная наркологическая больница». Критерием включения в исследование являлось добровольное согласие на участие в обследовании. Возраст пациентов составил от 18 до 45 лет (средний возраст  $24,6 \pm 0,5$ ). Все обследованные были лицами женского пола, русскоязычными. Критериями исключения были отказные реакции больных на предложение участвовать в исследовании, наличие коморбидной психической и соматической патологии. Все обследованные были разделены на две группы в зависимости от времени обращения к врачу-психиатру. В основную исследовательскую группу вошли 176 больных с «избегающим врача-психиатра поведением», которые от 1 года до 6 лет не хотели обращаться за психиатрической помощью. Контрольную группу составили 108 больных соматизированными расстройствами, которые в течение 1 года после их направления врачами-интернистами к врачу-психиатру обратились за психиатрической помощью (нами предложено обозначить как относительно короткий период). Временной критерий для разбиения выборки был обоснован анамнестическими данными. Группы были уравнены по социально-демографическим показателям.

### **Результаты исследования**

В группе пациенток с избегающим врача-психиатра поведением было выявлено преобладание сомато-центрической внутренней картины болезни. Больные связывали развитие своего заболевания с нарушениями со стороны внутренних органов, нервной системы. Осведомленность о симптомах болезни у обследованных ограничивалась информацией из сети Интернет. В отношении течения и прогноза своего состояния у женщин с СР общие представления были нечеткими. Возможные психологические механизмы развития телесных симптомов отрицались, нежелание признать связь недомогания с проблемами психологического характера заканчивалось отказом продолжать разговор на эту тему. Понимание механизмов настоящей болезни отсутствовало. В группе пациенток с соматизированным расстройством, готовых обратиться к профильным специалистам, преобладал психоцентрический тип ВКБ.

Проведение сравнительного анализа (табл. 1) различных установок на лечение в основной и контрольной группах с помощью «Опросника для изучения отношения к болезни и лечению» Б.Д. Карвасарского показало существование различий в отношении «достижения инсайта», «вторичного выигрыша», «симптоматического улучшения» и «иной мотивации». Для этого нами применялся непараметрический критерий U Манна—Уитни.

Таблица 1

**Сравнительный анализ мотивов для обращения к врачу-психиатру у больных СР в исследовательских группах**

| Шкалы                      | Основная группа<br>(N=176)<br>M (SD) | Контрольная группа<br>(N=108)<br>M (SD) | Уровень<br>значимости p |
|----------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------|
| Достижение инсайта         | 4,63                                 | 2,91                                    | p < 0,001***            |
| Изменение поведения        | 4,02                                 | 4,17                                    | p < 0,974               |
| Симптоматическое улучшение | 5,35                                 | 4,2                                     | p < 0,013**             |
| Вторичный выигрыш          | 2,79                                 | 5,0                                     | p < 0,001***            |
| Иная мотивация             | 5,04                                 | 2,67                                    | p < 0,001***            |

*Примечание:* «\*» — уровень статистической тенденции ( $0,05 < p \leq 0,1$ ); «\*\*» — достоверный уровень статистической значимости ( $0,01 < p \leq 0,05$ ); «\*\*\*» — высокий уровень статистической значимости ( $p \leq 0,01$ ).

При анализе частотного распределения больных соматизированными расстройствами по уровню самостигматизации были получены результаты, представленные в табл. 2.

Таблица 2

**Частотное распределение больных СР по выраженности самостигматизации в исследовательских группах**

| Выраженность самостигматизации | Основная группа<br>(N=176) |       | Контрольная группа<br>(N=108) |       | Критерий $\chi^2$<br>Пирсона |
|--------------------------------|----------------------------|-------|-------------------------------|-------|------------------------------|
|                                | Абс.                       | %     | Абс.                          | %     |                              |
| Низкая                         | 40                         | 22,72 | 66                            | 61,11 | 5,99*                        |
| Средняя                        | 56                         | 31,81 | 28                            | 25,92 |                              |
| Высокая                        | 80                         | 45,45 | 14                            | 12,96 |                              |

*Примечание:* «\*» — различия на уровне статистической значимости ( $p \leq 0,05$ ).

При проведении анализа было зафиксировано, что в основной группе преобладали средний и высокий уровни самостигматизации; только 40 больных (22,72%) обнаружили низкую выраженность данного показателя (табл. 2). У представителей контрольной группы, наоборот, низкий уровень наблюдался в 61,11% случаев. Средний уровень самостигматизации у больных основной группы зафиксирован у 31,81% больных



(56 случаев), в контрольной аналогичный показатель — у 25,92% (28 случаев). У 80 больных СР с избегающим врача-психиатра поведением (45,45%) обнаруживается высокая выраженность изучаемого феномена. Лишь у 12,96% представителей контрольной группы (14 больных) зафиксирован высокий уровень самостигматизации. Обнаруженные различия выявлены с помощью критерия Пирсона, который используется при оценке частоты встречаемости разных значений признака в двух эмпирических распределениях.

Таким образом, анализ частоты встречаемости уровня самостигматизации в исследовательских группах продемонстрировал, что обнаруженные различия находятся на уровне статистической значимости.

Наряду с другими факторами, способствующими избегающему врача-психиатра поведению, феномен самостигматизации может являться условием, препятствующим обращению больных СР к профильному специалисту. Пациентам с высоким уровнем самостигматизации свойственно более глубокое переживание роли психически больного, что ведет к непрофильному обращению к специалистам первичного звена здравоохранения, многочисленным безрезультатным обследованиям и малоэффективному лечению.

На следующем этапе исследования у больных основной группы (N=176) с применением корреляционно-регрессионного анализа нами изучены взаимосвязи выявленных пяти параметров отношения к болезни в зависимости от уровня самостигматизации больных, обозначены их особенности и качество (табл. 3).

Таблица 3

**Коэффициенты корреляции мотивационных установок  
и уровня самостигматизации**

| <b>Мотивационная установка по отношению к болезни и приверженности лечению</b> | <b>Уровень самостигматизации</b> |
|--|----------------------------------|
| Иная установка, включая пассивную  | -0,79*                           |
| Установка на достижение «вторичного выигрыша» от болезни                       | 0,87*                            |
| Установка на достижение инсайта  | -0,87*                           |
| Установка на достижение симптоматического улучшения                            | -0,82*                           |
| Установка на изменение поведения   | 0,59*                            |

Примечание: «\*» —  $p=0,05$ .

На рис. 1 точками представлены экспериментальные данные 176 испытуемых, где по горизонтальной оси X откладывается выраженность

самостигматизации, а по вертикальной Y — уровень достижения инсайта. Основная тенденция представлена черной линией (линия регрессии). Уравнение модели (линии регрессии) дано на графике. Коэффициент детерминации  $R^2=0,75>0,5$  говорит о приемлемом качестве модели. Коэффициент корреляции  $r = -\sqrt{R^2} = -\sqrt{0,7511} = -0,87$  является значимым ( $p=0,05$ ), что подтверждает наличие сильной линейной связи.

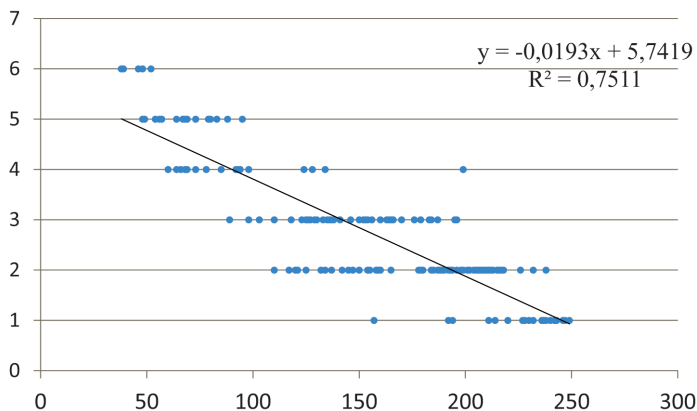


Рис. 1. Регрессия выраженности самостигматизации и установки на «достижение инсайта»

В отношении установки больных на «достижение инсайта» и выраженности самостигматизации получена отрицательная регрессия (коэффициент регрессии  $\rho = -0,02$ ). Чем выше выраженность самостигматизации, тем ниже фиксируется уровень осознания болезни. Кластеру высокого уровня самостигматизации соответствует низкий уровень «достижения инсайта». Полученная закономерность свидетельствует о том, что длительное отсутствие обращения за помощью к врачу-психиатру сопряжено с нежеланием разбираться с проявлениями своего заболевания, понимать механизмы расстройства, с искажающим действием психологических защит, что, в свою очередь, приводит к формированию ошибочных умозаключений в отношении болезни. Авторами статьи предложено обозначить полученную взаимосвязь как «*модель отрицания*», частичную анозогнозию, которая заслуживает внимания как одна из мишеней для психотерапевтического вмешательства.

Следующая разновидность мотивации, представленная в результатах опросника, — «установка на изменение поведения». У женщин с соматизированными расстройствами эта установка проявляется наличием желания восстановить социальное функционирование и улучшить межличностные

взаимоотношения после лечения в психиатрическом учреждении. На рис. 2 представлена основная тенденция связи изменения поведения и самостигматизации. Выявленная связь между параметрами довольно слабая ( $R^2=0,343$ ,  $p<0,5$ ), однако она положительная, т. е. с увеличением уровня самостигматизации незначительно повышается параметр «установка на изменение поведения» ( $r = \sqrt{R^2} = \sqrt{0,343} = 0,59$ , значим на 0,05). Отсутствие сильной связи (или наличие слабой) свидетельствует о *ригидных установках больных*, которые подтверждаются на практике убеждениями в своей правоте в отношении заболевания, наличием упрямства в отстаивании своей точки зрения на болезнь и соответствующими поступками — рассуждениями о необходимости обследоваться у врачей-интернистов, стремлением получать информацию о болезни от неавторитетных источников и др. В эмоциональной сфере отмечается снижение способности влиять на свое эмоциональное состояние в стрессовых ситуациях, провоцирующих тревогу; в когнитивном плане отмечается застреваемость, склонность к руминативному мышлению. Эти пациентки могут проявлять резистентность к психотерапии. Психосоциальные интервенции, направленные на повышение гибкости в эмоциональном реагировании, должны дополняться программами тренинга когнитивных исполнительских функций.

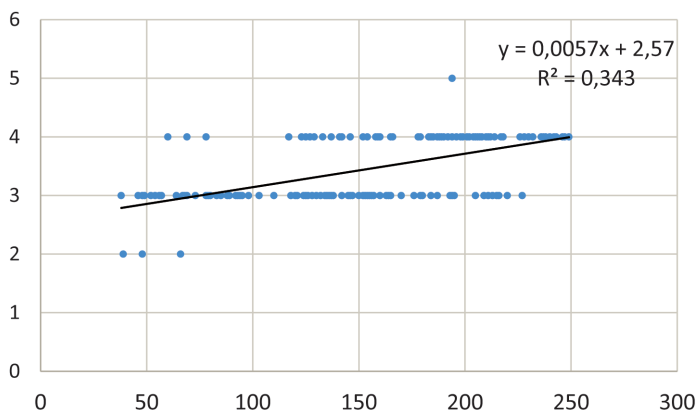


Рис. 2. Тенденция связи установки на «изменение поведения» и уровня самостигматизации

В отношении третьего параметра «симптоматическое улучшение» и уровня самостигматизации подтверждено наличие сильной отрицательной линейной связи, основная тенденция представлена черной линией регрессии. Чем выше у больных соматизированными расстройствами уровень самостигматизации, тем ниже показатель «симптоматического улучшения». Кластеру высокого уровня стигматизации соответствуют

низкие значения описанной разновидности мотивации. Коэффициент корреляции  $r = -\sqrt{R^2} = -\sqrt{0,6771} = -0,82$  является значимым ( $p=0,05$ ), что подтверждает наличие сильной отрицательной линейной связи между изучаемыми переменными. У таких больных это проявляется отсутствием желаний устранить «физические» симптомы, дефицитом установки научиться самостоятельно справляться с заболеванием. В качестве мотивации избавиться от болезненных проявлений «любой ценой» у больных основной группы это наблюдается крайне редко. Единичные пациенты, находясь в психиатрическом учреждении, высказывались так: «Какая разница у кого лечиться, лишь бы не болело». Представленную взаимосвязь предложено назвать «*моделью фиксации*» на симптомах, которая может иметь значение в качестве одной из мишеней психотерапевтического воздействия для больных, длительно избегающих обращения к врачу-психиатру (рис. 3).

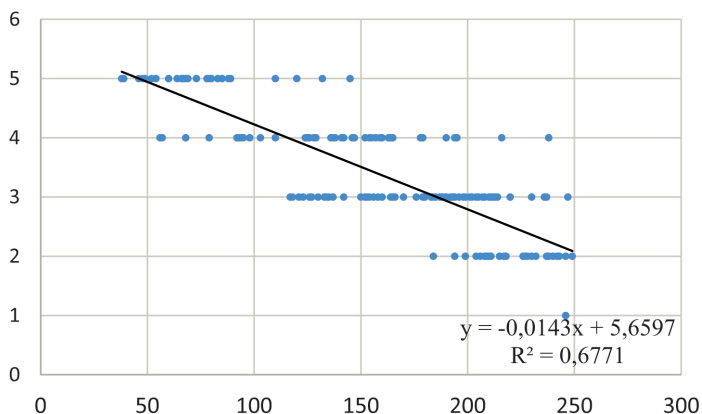


Рис. 3. Регрессия уровня самостигматизации и «симптоматического улучшения»

Между выраженностью самостигматизации и разновидностью такой мотивации обращения к врачу-психиатру, как «вторичный выигрыш», обнаружена положительная корреляционная зависимость. Коэффициент корреляции  $r = \sqrt{R^2} = \sqrt{0,7524} = 0,87$  является значимым ( $p=0,05$ ), что подтверждает наличие сильной положительной линейной связи между изучаемыми параметрами (рис. 4). Чем выше уровень самостигматизации, тем выше становится для больных мотивация «вторичного выигрыша». Здесь кластеру с высокой самостигматизацией соответствуют высокие показатели вторичной выгоды. Для больных СР основной группы причинами обращения в психиатрический стационар стали отношение к своему заболеванию как к трудной жиз-

ненной ситуации на протяжении длительного времени, от которой они хотят «отдохнуть»; представления о своем состоянии здоровья как о тяжелом, затрудняющем социальное функционирование. По их мнению, длительное физическое неблагополучие приводит к ухудшению взаимоотношений с родными, которые часто не признают их проблем, связанных с самочувствием. «Вторичная выгода» для таких больных заключается в том, что имеющиеся симптомы позволяют им временно отвлечься от решения насущных проблем, бытовых сложностей в связи с пребыванием на госпитализации в медицинском учреждении. Полученную закономерность предлагается обозначать как «*модель сомнительной выгоды*». В плане прогноза для психотерапии преодоление такого отношения к болезни является первостепенной задачей, так как подтвержденная прочность установки по отношению к болезни и лечению гарантирует очевидную выгоду для пациента, является его стойким убеждением.

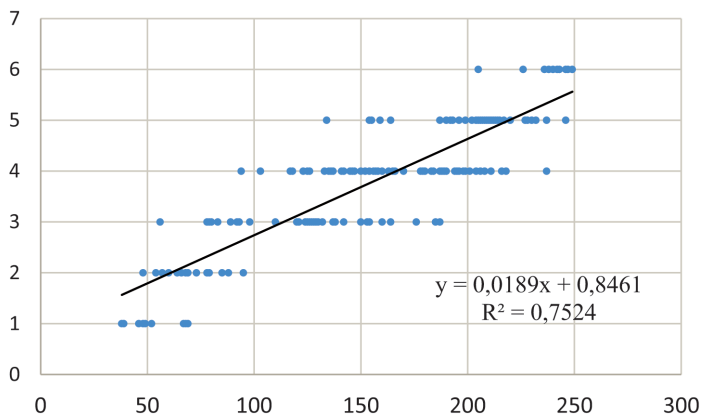


Рис. 4. Положительная линейная корреляционная связь уровня самостигматизации и мотивации «вторичный выигрыш»

Причины обращения за психиатрической помощью, обозначенные в опроснике как «иная мотивация», подразумевают желание больных узнать причины своего недомогания, разобраться в существующих способах лечения. К сожалению, у больных основной группы обнаружено наличие сильной отрицательной линейной связи — чем выше уровень самостигматизации, тем ниже «иная мотивация» (коэффициент корреляции  $r = -\sqrt{R^2} = -\sqrt{0,6171} = -0,79$  является значимым,  $p=0,05$ ). Этому способствовали многочисленные безрезультатные обследования, которым больные подвергались на протяжении многих лет, малоэффективное лечение и многие другие факторы.

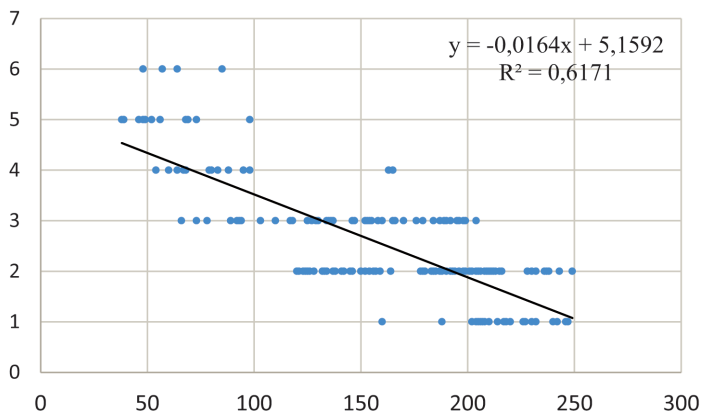


Рис. 5. Регрессия уровня самостигматизации и «иной мотивации»

Выявленная закономерность укладывается в рамки «*модели игнорирования*», которая представляет интерес в качестве мишени для психотерапевтической коррекции отношения к болезни и лечению.

## Обсуждение результатов исследования

Анализ данных, полученных в ходе этого исследования, показал, что между уровнем самостигматизации и установками на лечение наблюдаются связи разного рода. Так, между выраженностью уровня самостигматизации и установкой больного на «достижение инсайта» наблюдается обратно пропорциональная связь, а именно: чем выше уровень самостигматизации, тем ниже фиксируется уровень осознания болезни. Полученные результаты соотносятся с наметившимися тенденциями в специальной литературе, которые свидетельствуют о важности изучения факторов, способствующих улучшению комплаентности [6].

Между выраженностью самостигматизации и установкой на «изменение поведения» постулируется прямо пропорциональная связь: с увеличением уровня самостигматизации повышается параметр «изменения поведения». Чем выше уровень самостигматизации, тем ниже показатель «симптоматического улучшения» — именно о такой обратно пропорциональной связи между уровнем самостигматизации и установкой на «симптоматическое улучшение» говорят результаты проведенного обследования. Описание психологической модели поведения женщин в ситуации заболевания соматизированным расстройством находится в русле последних исследований, по данным государственной статистики в России и результатов опроса врачей [2; 8].

В результате анализа связи между уровнем самостигматизации и установкой на «получение вторичного выигрыша», было выявлено: чем выше уровень самостигматизации, тем выше становится для больных мотивация «вторичного выигрыша». Чем выше уровень самостигматизации, тем ниже «иная мотивация» — именно такой вывод можно сделать, проанализировав обратно пропорциональную связь между показателем самостигматизации и «иной мотивацией».

В связи с тем, что одним из приоритетных направлений государственной политики в последние годы являются оптимизация и повышение оказания помощи в первичном звене здравоохранения, а также повышение эффективности медико-психологической реабилитации, результаты настоящего исследования подчеркивают его важность. Загруженность учреждений здравоохранения больными «соматайзерами», необоснованное посещение ими непрофильных специалистов связано с психологическими моделями поведения в ситуации заболевания [3; 4]. Своевременная диагностика описанных поведенческих моделей у больных СР станет условием для оптимальной маршрутизации и возможности более раннего оказания психиатрической и психотерапевтической помощи.

Таким образом, обоснованы модели отношения к лечению, в основе которых лежит взаимосвязь показателей установки на лечение и уровня самостигматизации, которые необходимо учитывать в контексте оптимизации оказания помощи в первичном звене здравоохранения.

## **Выводы**

В основной группе больных соматизированными расстройствами с избегающим врача-психиатра поведением преобладали средний и высокий уровни самостигматизации, сомато-центрический тип внутренней картины болезни. Пациенты связывали развитие заболевания с нарушениями со стороны внутренних органов, нервной системы. В отношении течения и прогноза своего состояния у больных СР основной группы общие представления были нечеткими, понимание механизмов заболевания отсутствовало.

Изучены взаимосвязи между выраженностью самостигматизации и типами отношения к болезни и лечению у больных соматизированными расстройствами с избегающим врача-психиатра поведением.

Результаты корреляционно-регрессионного анализа на основании выявленных взаимосвязей параметров мотивации больных обратиться за помощью к врачу-психиатру и уровня самостигматизации позволили описать модели отношения к лечению у больных соматизированными расстройствами, длительно не обращавшихся за специализированной

психиатрической помощью: «модель отрицания», «модель фиксации», «модели игнорирования», подтвержденные наличием регрессивных связей, и модель «сомнительной выгоды», обоснованная наличием положительной линейной корреляционной связи.

Полученные данные лягут в основу разработки программы психотерапевтической помощи и клинико-психологического сопровождения больных СР не только на стационарном, но и на амбулаторном этапах лечения. Для больных соматизированными расстройствами, которые в анамнезе обнаруживали избегающее врача-психиатра поведение, предложенные модели следует рассматривать как мишени для психотерапевтического воздействия в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий, которые необходимо продолжить на амбулаторном этапе после выписки из психиатрического стационара.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Богущевская Ю.В.* Клинические факторы, препятствующие своевременному обращению больных соматизированными расстройствами за психиатрической помощью // *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2022. № 1. С. 36—41.
2. *Васильева А.В.* Проблемы женского психического здоровья — междисциплинарный ракурс [Электронный ресурс] // *Российский медицинский журнал.* 2018. № 10. С. 51—54. URL: <https://www.psychiatry.ru/lib/55/book/39/chapter/14> (дата обращения: 10.04.2023)
3. *Васильева А.В. и др.* Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации [Электронный ресурс] / *А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Е.Б. Мизинова, В.А. Ташлыков, Е.И. Чехлацкий* // *Экология человека.* 2019. № 12. С.32—40. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razrabotka-konstrukta-vnutrenney-kartiny-bolezni-dlya-optimizatsii-mediko-psihologicheskoy-reabilitatsii> (дата обращения: 29.11.2023).
4. *Караваева Т.А., Васильева А.В.* Соматоформные расстройства / *Психотерапия: Учебник.* М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2022. 864 с. DOI: 10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864
5. *Карягина Т.Д., Василюк Ф.Е.* Личность и переживание в контексте экспериментальной психотерапии // *Консультативная психология и психотерапия.* 2017. Том 25. № 3. С. 11—32.
6. *Лутова Н.Б.* Комплаенс в психиатрии и подходы к его улучшению [Электронный ресурс] // *Российский психиатрический журнал.* 2012. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komplaens-v-psihiatrii-i-podhody-k-ego-uluchsheniyu> (дата обращения: 05.03.2023).
7. *Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Абрамчик С.С., Вид В.Д.* Психиатрическая стигма: клинико-демографические или культуральные факторы [Электронный ресурс] // *Социальная и клиническая психиатрия.* 2019. № 4. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41436110> (дата обращения: 05.03.2023).



8. *Мартынихин И.А.* Использование МКБ-10 для диагностики психических расстройств в России: по данным государственной статистики и результатам опроса врачей // *Consortium Psychiatricum*. 2021. Том 2. № 2. С. 35—44. DOI:10.17816/CP69
9. *Мартынихин И.А.* Эпидемиология, особенности и специфические факторы риска расстройств депрессивного и тревожного спектра у женщин // *Женское психическое здоровье от истерии к гендерно-сенситивному подходу / Под общ. ред. Н. Г. Незнанова*. СПб.: ООО издательский дом «Алеф-Пресс», 2018. С. 276—296.
10. *Недуруева Т.В., Павлова Е.Л.* Особенности коммуникативных установок и совладающего поведения врачей-педиатров в ситуации лечебного взаимодействия [Электронный ресурс] // Коллекция гуманитарных исследований. 2019. № 1 (16). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-kommunikativnyh-ustanovok-i-sovladayuschego-povedeniya-vrachey-pediatrov-v-situatsii-lechebnogo-vzaimodeystviya> (дата обращения: 10.04.2023).
11. *Незнанов Н.Г., Васильева А.В., Салагай О.О.* Роль психотерапии как медицинской специальности, в общественном здоровье // *Общественное здоровье*. 2022. Том 2. № 2. С. 40—57. DOI:10.21045/2782 1676 2022 2 2-40-57
12. *Смирнов Н.В., Селин А.В.* Адаптационные ресурсы личности в ситуациях хронического соматического заболевания [Электронный ресурс] // *Таврический журнал психиатрии*. 2018. №3 (83). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsionnye-resursy-lichnosti-v-situatsiyah-hronicheskogo-somaticheskogo-zabolevaniya> (дата обращения: 05.03.2023).
13. *Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д.* Типология больших психическими расстройствами в зависимости от структуры мотивации к лечению и приверженности терапии [Электронный ресурс] // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tipologiya-bolnyh-psihicheskimi-rasstroystvami-v-zavisimosti-ot-struktury-motivatsii-k-lecheniyu-i-priverzhennosti-terapii> (дата обращения: 05.03.2023).
14. *Холмогорова А.Б.* Клиническая психология: в 4 т.: учебник для учреждений высш. проф. образования . Т. 2: Частная патопсихология / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гараян, М.С. Родионова, Н.В. Тарабрина; под ред. А.Б. Холмогоровой. М: Издательский центр Академия, 2012. 432 с.
15. *Холмогорова А.Б.* Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств) [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2011. № 1. URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2011\\_1\\_6/nomer/nomer13.php](http://mprj.ru/archiv_global/2011_1_6/nomer/nomer13.php) (дата обращения: 13.05.2023)
16. *Холмогорова А.Б., Московская М.С., Шерягина Е.В.* Алекситимия и способность к оказанию разных видов социальной поддержки // *Консультативная психология и психотерапия*. 2014. Том 22. № 4. С. 115—129.
17. *Butean J., Mone I.S., Visu-Petra L., Opre A.* Predictors of individual differences in lie acceptability in adolescence: exploring the influence of social desirability, callous unemotional traits and somatization // *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*. 2020. Vol. 20. № 2. P. 51—66. DOI:10.24193/jebp.2020.2.11

18. Lehmann M., Jonas C., Pohontsch N.J., Zimmermann T., Scherer M., L we B. General practitioners' views on the diagnostic innovations in DSM-5 somatic symptom disorder-A focus group study // *Journal of Psychosomatic Research*. 2019. Vol. 123. e109734. DOI:10.1016/j.jpsychores.2019.109734
19. Lipowski Z.J. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry // *Canadian Medical Association Journal*. 1986. Vol. 135. № 6. P. 609—614.
20. Mewes R. Recent developments on psychological factors in medically unexplained symptoms and somatoform disorders // *Front Public Health*. 2022. № 10. e1033203. DOI:10.3389/fpubh.2022.1033203

## REFERENCES

1. Bogushevskaya J.V. Klinicheskiye faktory, prepyatstvuyushchiye svoeyvremennomu obrashcheniyu bol'nykh somatizirovannymi rasstroystvami za psikhiatricheskoy pomoshch'yu [Clinical factors preventing the timely treatment of patients with somatic disorders for psychiatric care]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik*, 2022, no. 1, pp. 36—41 (In Russ.).
2. Vasileva A.V. Problemy zhenskogo psikhicheskogo zdorov'ya — mezhdistsiplinarnyy rakurs [Problems of women's mental health — an interdisciplinary perspective]. *Russian Medical Journal*, 2018, no. 10, pp. 51—54. (In Russ.).
3. Vasileva A.V. Razrabotka konstrukta vnutrenney kartiny bolezni dlya optimizatsii mediko-psikhologicheskoy reabilitatsii [Development of the construct of the internal picture of the disease for optimizing medical and psychological rehabilitation]. *Human Ecology*, 2019, no. 12, pp. 32—40. (In Russ.).
4. Karavaeva T.A. Somatoformnyye rasstroystva [Somatoform disorders] / T.A. Karavaeva, A.V. Vasilyeva / In the book: *Psychotherapy. Textbook*. Moscow, 2022, pp. 516—543. (In Russ.).
5. Karyagina T.D. Lichnost' i perezhivaniye v kontekste eksperimental'noy psikhoterapii [Personality and experience in the context of experimental psychotherapy]. *Counseling psychology and psychotherapy*, 2017, vol. 25, no. 3, pp. 11—32. (In Russ.).
6. Lutova N.B. Compliance in psychiatry and approaches to its improvement [Electronic resource]. *Russian Psychiatric Journal*, 2012, no. 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komplaens-v-psihiatrii-i-podhody-k-ego-uluchsheniyu> (accessed: 03.05.2023).
7. Lutova N.B., Makarevich O.V., Sorokin M.Yu., Novikova K.E., Abramchik S.S., Vid V.D. Psychiatric stigma: clinical-demographic or cultural factors [Electronic resource] // *Social and clinical psychiatry*, 2019, no. 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihiatricheskaya-stigma-kliniko-demograficheskie-ili-kulturalnye-faktory> (accessed: 03.05.2023).
8. Martynikhin I.A. The use of ICD-10 for the diagnosis of mental disorders in Russia: according to government statistics and the results of a survey of doctors. *Consortium Psychiatricum*, 2021, vol. 2, no. 2, pp. 35—44. DOI:10.17816/CP69
9. Martynikhin I.A. Epidemiology, features and specific risk factors for disorders of the depressive and anxiety spectrum in women. Women's mental health from hysteria to a gender-sensitive approach / Ed. N. G. Neznanova. St. Petersburg: LLC Publishing House Alef-Press, 2018, pp. 276—296.

10. Nedurueva T.V., Pavlova L.E. Peculiarities of communicative attitudes and coping behavior of pediatricians in a situation of therapeutic interaction [Electronic resource]. *Collection of humanitarian research*, 2019, no. 1 (16). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-kommunikativnyh-ustanovok-i-sovkladayuschego-povedeniya-vrachey-pediatrov-v-situatsii-lechebnogo-vzaimodeystviya> (accessed: 04.10.2023).
11. Neznanov N.G., Vasileva A.V., Salagai O.O. The role of psychotherapy as a medical specialty in public health. *Public health*, 2022, vol.2, no. 2, pp. 40—57. DOI:10.21045/2782 1676 2022 2 2-40-57.
12. Smirnov N.V., Selin A.V. Adaptation resources of the individual in situations of chronic somatic disease [Electronic resource]. *Tauride Journal of Psychiatry*, 2018, no. 3 (83). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsionnye-resursylichnosti-v-situatsiyah-hronicheskogo-somaticheskogo-zabolevaniya> (accessed: 03.05.2023).
13. Sorokin M.Yu., Lutova N.B., Vid V.D. Typology of patients with mental disorders depending on the structure of motivation for treatment and adherence to therapy [Electronic resource]. *Social and Clinical Psychiatry*, 2018, № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tipologiya-bolnyh-psiicheskimi-rasstroystvami-v-zavisimosti-ot-struktury-motivatsii-k-lecheniyu-i-priverzhennosti-terapii> (accessed: 03.05.2023).
14. Kholmogorova A.B. Clinical psychology: in 4 volumes: a textbook for institutions of higher education. prof. Education / Ed. A.B. Kholmogorova. T. 2. Private pathopsychology / A.B. Kholmogorova, N.G. Garanyan, M.S. Rodionova, N.V. Tarabrina, Moscow: Academy Publishing Center, 2012. 432 p.
15. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Shayb P., Wirsching M. Emotions and mental health in the social and family context (on the model of somatoform disorders) [Electronic resource]. *Medical psychology in Russia: electron. scientific magazine*, 2011, no. 1. URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2011\\_1\\_6/nomer/nomer13.php](http://mprj.ru/archiv_global/2011_1_6/nomer/nomer13.php) (accessed: 13.05.2023)
16. Kholmogorova A.B., Moskovskaya M.S., Sheryagina E.V. Alexithymia and the ability to provide various types of social support [Electronic resource]. *Counseling psychology and psychotherapy*, 2014, vol. 22, no. 4, pp. 115—129.
17. Butean J., Mone I.S., Visu-Petra L., Opre A. Predictors of individual differences in lie acceptability in adolescence: exploring the influence of social desirability, callous unemotional traits and somatization. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 2020, vol. 20, № 2, pp. 51—66. DOI:10.24193/jebp.2020.2.11
18. Lehmann M., Jonas C., Pohontsch N.J., Zimmermann T., Scherer M., L we B. General practitioners' views on the diagnostic innovations in DSM-5 somatic symptom disorder—A focus group study. *Journal of Psychosomatic Research*, 2019, vol. 123, e109734. DOI:10.1016/j.jpsychores.2019.109734
19. Lipowski Z.J. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association Journal*, 1986, vol. 135, no. 6. pp. 609—614.
20. Mewes R. Recent developments on psychological factors in medically unexplained symptoms and somatoform disorders. *Front Public Health*, 2022, vol. 4, no. 10, e1033203. DOI:10.3389/fpubh.2022.1033203

**Информация об авторах**

*Богусhevская Юлия Владимировна*, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и психосоматики, Курский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России), г. Курск, Российская Федерация, ORCID: 0000-0003-4912-4285, e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

*Васильева Анна Владимировна*, доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.Н. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦПН им. В.Н. Бехтерева» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: 0000-0002-5116-836X, e-mail: annavdoc@yahoo.com

*Ивченко Анастасия Ивановна*, студентка, Курский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России), г. Курск, Российская Федерация, ORCID: 0009-0004-5172-6561, e-mail: ivchenko.anastasia17@gmail.com

**Information about the authors**

*Julia V. Bogushevskaya*, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Medical Sciences, Kursk State Medical University (FGBOU VO KSMU of the Ministry of Health of Russia), Kursk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4912-4285>, e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

*Anna V. Vasileva*, Professor, Doctor of Medical Sciences, St. Petersburg Research Institute of Psychoneurology named after V. N. Bekhtereva (FGBU NMICPN named after V.N. Bekhterev of the Ministry of Health of Russia), St. Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, e-mail: annavdoc@yahoo.com

*Anastasia I. Ivchenko*, Student, Kursk State Medical University (FGBOU VO KSMU of the Ministry of Health of Russia), Kursk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5172-6561>, e-mail: ivchenko.anastasia17@gmail.com

Получена 12.04.2023

Received 12.04.2023

Принята в печать 11.07.2023

Accepted 11.07.2023