

Современные исследования личностно-психологических особенностей больных соматоформными расстройствами

Васильев В.В., Мухаметова А.И.
Ижевская государственная медицинская академия, Россия

Обзорная статья

Резюме. Научный обзор посвящен актуальной проблеме личностно-психологических особенностей больных соматоформными расстройствами (СФР). Он построен на анализе 91 публикации на данную тему, вышедших за последние 10 лет (из них 42 на русском языке и 49 на английском). Поиск публикаций производился в библиографических базах РИНЦ и Medline. Целью обзора явилось рассмотрение основных направлений, в которых развивается в последнее десятилетие изучение личностно-психологических факторов формирования СФР, и выделение тех из указанных факторов, которые в настоящее время являются наиболее общепризнанными. В обзоре рассматриваются следующие направления исследований в данной области: исследования алекситимии, исследования соматосенсорной амплификации, исследования характерологических особенностей больных, исследования когнитивных процессов при СФР, исследования психологических защит и копинг-стратегий, исследования в рамках теории привязанности, исследования социально-психологических факторов развития СФР, интегративные концепции личностной предрасположенности к СФР.

В результате в качестве наиболее общепризнанных личностно-психологических факторов формирования СФР выделены высокий уровень алекситимии и личностной тревоги, ригидность когнитивных процессов, общая неполноценность психологических защит и копинг-стратегий, высокая социально-стрессовая нагрузка. Достаточно признаваемыми, но еще нуждающимися в дальнейшей проверке факторами являются также соматосенсорная амплификация, частое использование реактивного образования в качестве психологической защиты и избегающего поведения в качестве копинг-стратегии, паттерн ненадежной привязанности. В заключении отмечается необходимость продолжения исследований в рассматриваемой области и предлагаются возможные дальнейшие их направления, в частности, выявление причинно-следственных связей между уже установленными личностно-психологическими предикторами СФР, а также изучение их взаимодействий с факторами иной природы (генетическими, морфологическими, психопатологическими).

Ключевые слова: соматоформные расстройства, личностно-психологические особенности, патогенез соматоформных расстройств, психосоматические расстройства, алекситимия, соматосенсорная амплификация.

Информация об авторах:

Васильев Валерий Витальевич* — e-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6290-7404>

Мухаметова Алсу Илдаровна — e-mail: flower-alsy@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5353-0038>

Как цитировать: Васильев В.В., Мухаметова А.И. Современные исследования личностно-психологических особенностей больных соматоформными расстройствами. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:1:30-46. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-746>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Modern researches of personality-psychological Features in patients with somatoform disorders

Valeriy V. Vasilyev, Alsu I. Mukhametova
Izhevsk State Medical Academy, Russia

Review article

Summary. The scientific review is devoted to the actual problem of personality-psychological features of patients with somatoform disorders (SFD). It is based on the analysis of 91 publications on this topic (42 in Russian and 49 in English) that have been published over the past 10 years. The search for publications was carried out in the RSCI and Medline bibliographic databases. The purpose of the review was to consider the main directions of the studies of personality-psychological factors for the SFD formation which has been developing over the past decade, and to highlight those of these factors that are currently the most generally recognized. The review considers the following directions of research in this area: studies of alexithymia, studies of somatosensory amplification, studies of the patients' character features, studies of cognitive processes in SFD, studies of psychological defenses and coping strategies, studies in the framework of attachment theory, studies of socio-psychological factors of SFD development, integrative concepts of personality predisposition to SFD. As a result, a high level of alexithymia and personality anxiety, rigidity of cognitive processes, general inferiority of psychological defenses and coping strategies, and a high socio-stress load was highlighted as the most generally recognized personality-psychological factors of the SFD formation. Factors that are sufficiently recognized, but still need further study, are also the somatosensory amplification, the frequent use of reactive formation as a psychological defense and avoidant behavior as a coping strategy, the pattern of insecure attachment. The conclusion notes the need to continue research in this area and proposes possible further directions, in particular, the identification of causal relationships between already established personality-psychological predictors of SFD, as well as the study of their interactions with factors of a different nature (genetic, morphological, psychopathological).

Keywords: somatoform disorders, personality-psychological features, pathogenesis of somatoform disorders, psychosomatic disorders, alexithymia, somatosensory amplification.

Information about the authors:

Valeriy V. Vasilyev* — e-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6290-7404>
Alsu I. Mukhametova — e-mail: flower-alsy@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5353-0038>

To cite this article: Vasilyev VV, Mukhametova AI. Modern researches of personality-psychological features in patients with somatoform disorders. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:1:30-46. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1-746>. (In Russ.)

The authors declare no conflicts of interest.

Соматоформные расстройства (СФР) относятся к числу распространенных видов психической патологии. Согласно данным метаанализа, проведенного Н. Haller с соавторами [57] на материале 24 исследований распространенности СФР в разных странах мира, их частота в населении колеблется от 0,8% до 5,9%, а доля страдающих ими лиц среди пациентов первичной соматической сети составляет 26,2% — 34,8%. Близкие данные приводятся и отечественными исследователями для населения нашей страны [1, 24], при этом подчеркивается серьезное финансовое бремя, которое создают СФР для системы здравоохранения [36]. Особенно высокая заболеваемость СФР отмечается среди лиц в возрасте моложе 35 лет [33]. Все сказанное определяет актуальность и практическую значимость проблемы СФР для современной медицины.

Между тем, многие вопросы этиологии и патогенеза СФР до сих пор остаются спорными и не имеющими однозначного ответа, что, без сомнения, препятствует разработке эффективных подходов к профилактике и терапии данных

расстройств. В ряде публикаций последних лет высказывается мнение о полиэтиологической природе рассматриваемой патологии и о неоднородности ее патогенетических механизмов [6, 30, 39]. Сообщается, что в основе СФР могут лежать различные аффективные нарушения, в первую очередь тревожного и депрессивного спектров, имеющие как психогенное, так и эндогенное происхождение [33], указывается на возможную роль в происхождении СФР структурных изменений головного мозга [82]. В то же время, несмотря на все разнообразие этиопатогенетических факторов, СФР отличаются общностью клинических проявлений и закономерностей течения (на основании чего, собственно, они и выделяются в качестве единой диагностической категории). Данный факт заставляет предполагать участие в их формировании некоего общего фактора, лежащего в основе явления соматизации психопатологической симптоматики как такового. В качестве наиболее вероятного претендента на роль данного фактора большинством исследователей в настоящее время рассматриваются личностно-психологические

особенности, присущие больным СФР [42]. По этой причине изучению данных особенностей при указанной патологии традиционно уделяется большое внимание. Кроме того, необходимость ясного и всестороннего представления о роли личностно-психологических факторов в формировании СФР определяется их значимостью с точки зрения разработки подходов к психотерапии данных расстройств.

Следует отметить, что изучение личностно-психологических факторов развития СФР ведется уже несколько десятилетий, и за это время исследователям удалось выявить и описать целый ряд специфических психологических особенностей, присущих лицам с данным видом психической патологии. Некоторые из этих особенностей, такие как высокий уровень алекситимии, склонность к соматосенсорной амплификации и конверсионным реакциям зачастую рассматриваются как достоверно установленные и, несомненно, играющие важную роль в генезе СФР. Однако, представления о природе этих явлений, об их происхождении до сих пор остаются неполными. Более того, анализ литературы показывает, что обоснование значимости даже наиболее признанных личностно-психологических факторов формирования СФР с позиций доказательной медицины до сих пор не закончено, и в научной печати все еще встречаются противоречивые оценки их роли при данной патологии. К тому же в последние годы обозначились новые перспективные направления исследований в рассматриваемой области, если не конкурирующие с традиционными, укоренившимися представлениями, то, во всяком случае, существенно дополняющие и расширяющие их. Все это определяет тот факт, что активные научные поиски в рассматриваемой области и сегодня продолжают по всему миру, а проблема личностно-психологических особенностей пациентов с СФР по-прежнему сохраняет свою актуальность.

Целью представленного обзора является рассмотрение основных направлений, в которых развивается в последнее десятилетие изучение личностно-психологических факторов формирования СФР, и выделение тех из указанных факторов, которые в настоящее время являются наиболее общепризнанными. Поиск публикаций на рассматриваемую тему производился в поисковых системах РИНЦ и Medline.

Исследования алекситимии

Со времени открытия П. Сифнеосом явления алекситимии, представляющей собой личностную особенность в виде пониженной способности к осознанию и вербализации собственных эмоций, она остается едва ли не наиболее общепризнанным психологическим предиктором развития психосоматических расстройств, в том числе такой их разновидности, как СФР. Принято считать, что у лиц с высоким уровнем алекситимии переживание эмоций смещается в направлении их сомато-вегетативных проявлений, что и приводит к

явлению соматизации [63]. Концепцию алекситимии, ставшую «общим местом» для большинства исследователей СФР в мире, сегодня разделяют и многие отечественные авторы [5, 12, 18, 19, 20]. Вместе с тем, данная концепция, являясь во многом чисто психологической, по-прежнему нуждается в своем обосновании с позиций доказательной медицины. Кроме того, дискуссионным остается вопрос о самой природе алекситимии и механизмах ее возникновения. Все это определяет направленность продолжающихся исследований в рассматриваемой области.

Одним из направлений таких исследований является продолжение поиска доказательств роли алекситимии в происхождении СФР. Так, М. Капо, Y. Endo и S. Fukudo [62] в своем исследовании пациентов с функциональными гастроинтестинальными расстройствами показывают, что алекситимия действительно способствует усилению тяжести данных расстройств. Авторами высказывается предположение, что связь между алекситимией и СФР обусловлена предвзятой интерпретацией пациентами своих соматических симптомов. А. Тамбу с соавторами [87] при сравнительном исследовании с помощью шкалы эмоциональной осведомленности пациентов с СФР и психически здоровых лиц выявили у первых существенно более низкую способность к осознанию эмоций. В других исследованиях высокий уровень алекситимии у больных СФР констатируется на основании косвенных признаков, например, на основании их пониженной способности к распознаванию чужих эмоций. В частности, Т. Веck с соавторами [45] в своем оригинальном исследовании, построенном на компьютерном предъявлении обследуемым фотографий человеческих лиц, выявили значительно худшие способности больных с СФР к распознаванию человеческих эмоций в сравнении с представителями контрольной группы здоровых. Авторы считают пониженные способности к распознаванию эмоций важным патогенетическим звеном СФР и приходят к выводу, что психотерапевтическое лечение больных с СФР должно быть направлено, в том числе, на развитие указанных способностей. К аналогичному результату приходят в своем исследовании и А. Öztürk с соавторами [73], также выявившие худшую способность больных СФР в сравнении со здоровыми к распознаванию эмоций по выражению лица и связывающие это явление с высоким уровнем алекситимии. Наконец, W. Peng с соавторами [74] в процессе сравнительного изучения эмпатической реакции на чужую физическую боль у пациентов с соматоформным болевым расстройством и у здоровых лиц обнаружили меньшую выраженность этой реакции у первых. По мнению авторов, данное различие также связано с повышенным уровнем алекситимии при СФР.

Ряд исследователей обнаруживают тесную связь между явлениями алекситимии и депрессии, позволяющую предполагать некую общность механизмов их формирования либо вторичность одного явления по отношению к другому. Напри-

мер, М. Di Tella и L. Castelli [53] в своем обзоре литературы анализируют роль алекситимии при соматоформном болевом расстройстве. Авторы приходят к выводу о том, что алекситимия действительно имеет высокую распространенность среди пациентов, страдающих данным расстройством, но связь между ней и интенсивностью боли не всегда ясна и, по-видимому, опосредуется эмоциональными нарушениями, в частности, депрессией. F. Lankes с соавторами [69] на основании сравнительного исследования групп пациентов с соматоформным болевым расстройством и с депрессией приходят к выводу о повышенном уровне алекситимии при обоих этих видах психической патологии, а также о высокой их коморбидности. Вместе с тем, J. Vailier с соавторами [43], напротив, акцентируют внимание на различиях в нарушении распознавания эмоций при депрессии и при СФР. На основании сравнительного экспериментально-психологического исследования нарушений регуляции эмоций у пациентов с ипохондрическим расстройством (являющимся одной из форм СФР) и с депрессией они приходят к выводу о том, что при ипохондрическом расстройстве данные нарушения носят менее генерализованный характер, чем при депрессии, и связаны, главным образом, с трудностями в идентификации чувств, что и соответствует понятию алекситимии. Авторы также выявляют связь между выраженностью алекситимии и ключевыми характеристиками ипохондрии и предлагают проведение дальнейших исследований в области эффективности лечения ипохондрии за счет коррекции нарушений регуляции эмоций.

Вместе с тем, несмотря на достаточно широкое признание концепции алекситимии, дискуссии вокруг нее до сих пор до конца не завершились, и отдельные исследователи и сегодня ставят значимость алекситимии с точки зрения происхождения СФР под сомнение. Так, J.M. Darves-Bornoz [50] указывает, что последние публикации не подтверждают положения о предрасполагающей роли алекситимии по отношению к соматизации. По мнению автора, алекситимия является не причиной, а, скорее, следствием СФР и иных психосоматических расстройств, формируясь и закрепляясь в процессе длительного их существования. Истинную же причину данных расстройств он видит в нанесенной индивиду «экзистенциальной ране».

Еще в ряде работ рассматривается проблема происхождения алекситимии. В частности, В.С. Собенников [33], исследуя ее личностные корреляты, обнаруживает, что выраженность алекситимии находится в прямой зависимости от таких личностных характеристик, как эмоциональная ригидность и аутизация. Данный результат позволяет предполагать вторичность алекситимии по отношению к указанным личностным свойствам. И.В. Быченко [8] отмечая, что разные исследователи рассматривают алекситимию с позиций биологического, социального подходов и теории травматической ситуации, придерживается представлений о чисто психологической природе дан-

ного феномена и указывает на роль неправильного родительского воспитания, в частности, безразличия к ребенку со стороны отца, в его происхождении. Е.О. Синеуцкая и Б.Ю. Володин [31], выявляя в своем исследовании значимо более высокий уровень алекситимии у пациентов с СФР, занятых на производстве с опасными условиями труда, в сравнении с пациентами, на таком производстве не занятыми, связывают данный феномен с концепцией так называемой вторичной («реактивной») алекситимии, представляющей собой одну из форм психологической защиты на ситуацию хронического психоэмоционального стресса.

Исследования соматосенсорной амплификации

Другим личностно-психологическим фактором, которому многими исследователями придается большое значение в генезе СФР, является соматосенсорная амплификация (или сверхчувствительность), представляющая собой тенденцию к чрезмерной фокусировке внимания на своих соматических ощущениях. При этом субъективное восприятие данных ощущений усиливается, и пациент может переоценивать их значимость, придавая физиологическим явлениям патологическое значение [39]. Указанная концепция находит подтверждение в работе И.В. Белокрылова с соавторами [4], на основании психологического обследования большой когорты пациентов с СФР делающих вывод о том, что важнейшим фактором, повышающим риск развития данных расстройств, является склонность пациентов к катастрофизации телесных ощущений и мысленному сканированию тела на предмет наличия в нем каких-либо нарушений. Авторы также выявили связь между выраженностью описанного явления и тяжестью СФР у исследуемых пациентов. Данные, свидетельствующие в пользу значимости соматосенсорной амплификации при СФР, получены еще в ряде исследований. В частности, достоверно более высокие, чем в контрольной группе, показатели шкалы соматосенсорной амплификации у пациентов с соматоформным болевым расстройством были зафиксированы в оригинальном исследовании S. Çakmak с соавторами [47]. А. Ciaramella с соавторами [49] выявили повышенный уровень соматосенсорной амплификации при фибромиалгии, традиционно относимой многими исследователями к разновидностям СФР, а E. Zdankiewicz-Ściagała с соавторами [91] обнаружили корреляцию соматосенсорной амплификации с алекситимией и риском развития СФР у пациентов с расстройствами аутистического спектра.

Отдельную группу составляют исследования, нацеленные на установление физиологической природы соматосенсорной амплификации. Ряд авторов, опираясь на данные, полученные при применении нейровизуализационных методов, высказывают предположение о том, что соматосенсорная амплификация может являться следствием дисфункции некоторых нейроповеденческих узлов головного мозга (передняя поясная

кора, островок, миндалевидное тело, гиппокамп, полосатое тело), обусловленной, в свою очередь, нейропластическими изменениями в указанных структурах, вызванными перенесенным ранее стрессом и нейромодулирующими эффектами воспаления [72, 76]. Другой подход к изучению рассматриваемого вопроса использовали О. Perepelkina с соавторами [75]. Основываясь на результатах экспериментов с использованием зрительно-тактильной иллюзии резиновой руки и зрительно-кинестетической иллюзии виртуальной руки, они выявили у пациентов с СФР нарушения зрительно-тактильной интеграции стимулов. Исходя из этого, авторы высказывают предположение, что возможной причиной психической фиксации на соматических симптомах при СФР является ригидность мультисенсорного восприятия стимулов.

В то же время, некоторыми учеными в последние годы получены данные, противоречащие концепции соматосенсорной амплификации. Так, согласно результатам исследования М. Schaefer, В. Egloff и М. Witthöft [83], средний уровень interoцептивной точности (т.е. способности к распознаванию своих висцеральных ощущений) у пациентов с СФР и у здоровых добровольцев не различается. Более того, авторы установили, что чем ниже значения interoцептивной точности у пациентов с СФР, тем большее число соматоформных симптомов у них наблюдается. В другом исследовании те же авторы [84] показали, что тренинг кардиоцепции (т.е. способности к ощущению собственного сердцебиения) при СФР приводит не к увеличению, а к снижению числа соматоформных симптомов. Результаты этих исследований позволяют предположить, что к СФР предрасполагает не избыточная, а недостаточная interoцепция. На данные представления опираются в своей работе О.Р. Добрушина с соавторами [13]. В исследовании, проведенном методом функциональной МРТ головного мозга, они выявляют положительную связь между способностью к interoцепции и уровнем эмоционального интеллекта, указывая на опосредующую роль в этом процессе правой передней островковой коры. Исходя из полученных результатов, авторы высказывают гипотезу о том, что развитие эмоционального интеллекта может способствовать улучшению способности к interoцепции и, как следствие, ослаблению процессов соматизации. На этом основании они предлагают использовать тренинг эмоционального интеллекта в качестве возможного подхода к профилактике и терапии СФР. Следует отметить, что представления о связи соматизации с эмоциональным интеллектом могут служить возможным объяснением роли алекситимии при СФР, поскольку не исключается, что алекситимия связана именно с недостатком эмоционального интеллекта.

Подытоживая представленные данные об исследованиях соматосенсорной амплификации при СФР, необходимо отметить, что результаты этих исследований остаются противоречивыми и не

дают возможности прийти к однозначному пониманию ее места в общем процессе формирования указанных расстройств. Данный факт определяет необходимость продолжения исследований в рассматриваемой области.

Исследования характерологических особенностей

Изучение особенностей характера, предрасполагающих к развитию СФР, ведется в нескольких направлениях. Прежде всего, это поиск соответствующего типа характера. Однако в этом отношении получить данные, свидетельствующие в пользу определенного преморбида, пока не удается. А.А. Прибытков и А.Н. Еричев [30] в своем научном обзоре сообщают, что в настоящее время большинство исследователей отошло от доминировавшей в период формирования концепции СФР точки зрения о важнейшей роли в этом процессе истерических черт характера, поскольку были получены данные о значении и других типов преморбидного склада личности (с преобладанием тревожных, сенситивных, шизоидных, пограничных, параноидных, обсессивно-компульсивных черт). По данным указанных авторов, единственным положением, на котором сходятся сегодня большинство исследователей, является то, что пациенты с СФР нередко обнаруживают признаки расстройств личности. Исходя из этого, можно предполагать, что предиктором СФР является общая выраженность дезадаптирующих характерологических черт, а не их конкретная качественная структура.

В ряде работ проводится попытка выделить не целостный характерологический тип, а отдельные черты характера, наиболее значимые с точки зрения предрасположенности к СФР. К сожалению, их результаты зачастую оказываются малосопоставимыми, поскольку данные исследования базируются на разных концепциях личности и проводятся с использованием разных психологических методик. Так, Е.В. Навасардян, М.С. Артемьева и Р.А. Сулейманов [27] на основании экспериментально-психологического обследования пациентов с СФР при их поступлении в клинику неврозов констатируют такие их наиболее значимые личностные особенности, как высокая тревожность, депрессивность и низкий уровень субъективного контроля (под последним понимается способность индивида брать на себя ответственность за свою жизнь). М.А. Лаврова, М.Г. Перцель и Л.В. Вохмина [25] при психологическом обследовании женщин, страдающих СФР, выявляют у них такие личностные черты как подавленность, тревожность, ипохондричность, мнительность, склонность «застывать» на своем состоянии, демонстративность, эмоциональная лабильность. Т.Д. Шевеленкова и Н.В. Дерешева [41], обследовав пациентов с СФР с помощью проективных методик, в качестве наиболее значимых их психологических характеристик выделяют склонность уходить от межличностных проблем

и отсутствие вовлеченности в процессы социального взаимодействия (последняя характеристика отчасти перекликается с аутизацией). Наконец, И.В. Быченко [9] в своем обзоре русскоязычных публикаций на рассматриваемую тему указывает, что важнейшими индивидуально-характерологическими особенностями пациентов с СФР являются искажение когнитивных установок на невротическом уровне, тенденция к доминированию и импульсивности, замкнутость, отстраненность от окружающих и низкий уровень социальных способностей.

В то же время, несмотря на всю разноплановость исследований в данной области, имеется одна характерологическая черта, значимость которой с точки зрения формирования СФР признает значительное число авторов. Речь идет о тревожности. Повышенный уровень тревоги у пациентов, страдающих СФР, регулярно выявляется во многих исследованиях [2, 10, 26, 38, 55]. При этом изучение клинической структуры тревоги у пациентов с СФР, проведенное Б.Д. Цыганковым и А.Д. Куличенко [37], показало, что у 75 % обследуемых повышен уровень именно личностной тревоги (т.е. тревожности как черты характера). Из разных вариантов СФР максимальные показатели личностной тревоги были зафиксированы авторами при соматизированном расстройстве, а наименее выраженные — при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы. Не исключается, что последний результат может быть обусловлено не столько различиями в преморбидном складе характера пациентов, сколько разной степенью «связывания» свободноплавающей тревоги при разных вариантах СФР. Косвенно подтверждают высокий уровень тревожности больных СФР также результаты исследования А.П. Филимонова [35], сообщающего о преобладании у них тревожного, неврастенического и обсессивно-фобического типов личностной реакции на болезнь (в основе всех указанных типов реакций лежит тревога).

В ряде публикаций сообщается о повышенной корреляции с риском развития СФР такой личностной характеристики, как высокий уровень нейротизма [54, 70]. Данный результат позволяет авторам этих публикаций предполагать этиологическое значение указанного фактора в происхождении рассматриваемого вида психической патологии. Вместе с тем, теоретическая и практическая значимость этих исследований вызывает определенные сомнения, поскольку нейротизм традиционно принято рассматривать как неспецифический предиктор развития самых разных психических расстройств, а отнюдь не только СФР. С. Dewsaan-van der Ven с соавторами [52] в своем исследовании установили, что для пациентов с СФР характерны низкая самооценка и недостаточное сострадание к себе. Однако значение этого результата также пока до конца не ясно, поскольку открытым остается вопрос о том, являются ли эти качества изначально личностными характеристиками пациентов, или

же они возникают как вследствие сопровождающей СФР депрессии. Отдельное место занимают исследования роли в происхождении СФР такой личностной черты, как патологический нарциссизм. D. Kealy с соавторами [64] в своей работе осуществили эмпирическую проверку теоретического представления о связи нарциссизма с соматизацией за счет присущего нарциссичным индивидам сверхбдительного отношения к своим телесным ощущениям. Авторам действительно удалось выявить значимую корреляцию нарциссизма с соматосенсорной амплификацией, однако прямой связи между ним и выраженностью самих соматоформных симптомов установлено не было. Тем не менее, авторы предполагают, что нарциссизм косвенно все-таки может влиять на склонность к соматизации.

Т.А. Желонкина, С.Н. Ениколопов и Б.А. Волель [15] рассматривают роль при СФР такой психологической характеристики, как особенности «внутренней телесности». Согласно их данным, у больных с ипохондрическим расстройством (являющимся разновидностью СФР) достаточно дифференцированная когнитивная репрезентация телесного опыта сочетается с амбивалентным эмоциональным отношением к телу, содержащим в себе желание освободиться от телесных ощущений. По мнению авторов, такой стиль «внутренней телесности» в сочетании с высокой бдительностью к телесным ощущениям и неадекватными представлениями о здоровье и болезни становится механизмом, запускающим тревогу о состоянии своего здоровья.

Исследования когнитивных процессов

Относительно новым направлением изучения личностно-психологических факторов СФР являются исследования состояния когнитивных функций у страдающих ими лиц. Некоторые авторы, работающие в данном направлении, сообщают о наличии специфических когнитивных нарушений, присущих больным рассматриваемой патологией. Так, Н.Н. Иванец и М.А. Боброва [17] на основании экспериментально-психологического обследования пациентов с СФР выявляют у них ряд нарушений когнитивных функций, находящихся в связи с их личностными особенностями. Выделяя шесть личностных типов больных СФР, авторы находят нарушения пространственного гнозиса и концептуализации при невротическом типе, нарушения динамического праксиса при ананкстном типе, нарушения пространственного гнозиса и памяти при органическом типе, нарушения динамического и пространственного гнозиса при эмоционально неустойчивом типе, нарушения динамического праксиса при ригидном типе и относительную сохранность когнитивных функций при «примитивном» типе. В ряде публикаций [40, 65] сообщается о наличии у больных СФР дефицита внимания, приводящего к неправильному восприятию внешних раздражителей и неспособности регулировать функции организма,

направленные на взаимодействие с этими раздражителями.

Другими исследователями основное значение в предрасположении к СФР придается не столько дефициту когнитивных функций, сколько динамическим особенностям протекания когнитивных процессов. В частности, согласно данным исследования Е.В. Навасардян, М.С. Артемьевой и Р.А. Сулейманова [26], когнитивная сфера пациентов, страдающих СФР, отличается ригидностью установок. Близкой точки зрения придерживаются А.А. Прибытков и А.Н. Еричев [30], рассматривающие ригидное приписывание патологических ощущений только соматическим нарушениям в качестве одной из важных характеристик мышления пациентов, страдающих СФР. Еще ряд авторов как на значимую психологическую характеристику пациентов с СФР указывают на их склонность к катастрофизации своих телесных ощущений и ригидную убежденность в своей телесной слабости [4, 28]. К.Н. Prior и М.Д. Bond [79] указывают на потенциальную значимость с точки зрения происхождения соматоформных расстройств фактора когнитивной концептуализации беспокойства индивида о своем здоровье. Исходя из этого, авторы полагают, что обучение некоторым когнитивным навыкам, таким как самоуправление и соответствующее совладание, способно снижать риск развития соматоформных расстройств.

В ряде работ анализируется роль когнитивных искажений и дисфункциональных когнитивных установок в генезе СФР. В частности, R. Mewes [71] подчеркивает значение в этом процессе таких специфических негативных установок, как катастрофизация, руминация, избегание и негативная Я-концепция. J. Henker с соавторами [58], рассматривая происхождение СФР с позиций теории схем Янга, указывают на склонность пациентов, страдающих данными расстройствами, значимо чаще здоровых лиц использовать дезадаптивные когнитивные схемы, в особенности такие, как «самопожертвование» и «завышенные требования к себе». M. Husain и T. Chalder [60] обращают внимание на ряд факторов когнитивного характера, поддерживающих симптомы уже сформировавшегося СФР, первостепенное значение среди которых авторы отводят катастрофической оценке симптомов, сосредоточению внимания на них и нетерпимости к неопределенности. Понимание роли всех вышеперечисленных когнитивных искажений и дисфункциональных установок при СФР представляется важным, прежде всего, с точки зрения психотерапии данных расстройств.

Из приведенных сведений о наличии когнитивных нарушений при СФР вытекает вопрос о природе этих нарушений. Основной точкой зрения, высказываемой сегодня исследователями по данному вопросу, является рассмотрение указанных нарушений как следствия воздействия эмоций на когнитивные процессы. Так, Ю.В. Коцюбинская, Н.Ю. Сафонова и В.А. Михайлов [21] на примере пациентов с хроническими болевыми дисфункциями изучили особенности эмоциональ-

но-когнитивной сферы лиц с СФР. Авторами было обнаружено значимое снижение у обследуемых показателей рабочей памяти, концентрации внимания и общего психического тонуса, характерное для аффективных расстройств депрессивного круга. Также выяснилось, что у пациентов с СФР негативное влияние аффективной интерференции на процессы запоминания выражено значительно сильнее, чем у здоровых испытуемых, тогда как статистически значимых различий по продуктивности механического запоминания между ними не обнаружилось. Все это, по мнению авторов, указывает на особую роль эмоциональных, в первую очередь депрессивных, нарушений в возникновении когнитивных нарушений при СФР. К близким результатам, но другим путем, пришли S.M. Kim с соавторами [65]. Они исследовали связи между различными функциональными системами мозга у больных СФР методом функциональной магнитно-резонансной томографии. Основываясь на полученных результатах, авторы высказывают предположение о том, что в основе СФР могут лежать нарушения, вызванные влиянием аффективных процессов, в частности, искажения сенсорно-дискриминационной обработки боли и других соматических ощущений. В противоположность вышесказанному, L. Ventura с соавторами [89] в своем исследовании пациентов первичной медицинской сети, построенном на использовании шкал самооценки, не нашли у лиц, страдающих СФР, значимой связи между когнитивными переменными и депрессивными симптомами. Авторы приходят к выводу о том, что все пациенты с СФР имеют единые особенности протекания когнитивных процессов, не зависящие от сопутствующих аффективных нарушений.

В рассматриваемом контексте (влияние аффективных процессов на когнитивную сферу) представляют интерес исследования состояния регуляции эмоций при СФР. Однако данные по этому вопросу остаются пока противоречивыми. Так, M. Berking и P. Wupperman [46] в своем научном обзоре приходят к выводу о том, что дефицит регуляции эмоций имеет отношение к развитию, поддержанию и течению различных форм психопатологии, включая, в том числе, и СФР. В этой связи авторы рассматривают СФР как один из способов патологической адаптации к переживанию сложных эмоций, которые человек не может рационально регулировать. Близкие результаты получили в своем исследовании Л.С. Чутко с соавторами [40], выявившие у пациентов с СФР с помощью психофизиологического теста TOVA недостаточный уровень когнитивного контроля над эмоциями. В то же время, L. Del Rio-Casanova с соавторами [51] в научном обзоре, посвященном проблеме нарушения регуляции эмоций, обусловленного перенесенной психической травмой, напротив, приводят данные, согласно которым для СФР характерна не недостаточная, а избыточная регуляция эмоций, рассматриваемая авторами как следствие нарушения корково-лимбических функций.

Исследования особенностей психологических защит и копинг-стратегий

Еще одним важным направлением исследований личностно-психологических predispositions к СФР является изучение в этом качестве механизмов психологической защиты и копинг-стратегий. По данному вопросу сообщается, главным образом, об общей неполноценности указанных механизмов у больных СФР. В частности, А.А. Прибытков, И.О. Юркова и Ю.Б. Баженова [29] большое значение в развитии СФР придают неадаптивным механизмам психологической защиты и слабому использованию функциональных способов совладания со стрессовыми ситуациями. По мнению авторов, указанные особенности способствуют развитию патологических нарушений даже при невысоком уровне стрессовой нагрузки. На склонность лиц с СФР прибегать к неадаптивным психологическим защитам указывают также Е.Н. Загоруйко, А.А. Золотова и Т.П. Пушкина [16]. Еще ряд авторов сообщает, что пациенты, страдающие СФР, используют менее адаптивные формы копинг-стратегий, что отражается на снижении адаптации в период фрустрирующих событий [25, 34].

В отдельных работах рассматриваются конкретные виды психологических защит и копинг-стратегий, присущие лицам с СФР, однако данные, полученные по этому вопросу, пока достаточно противоречивы. В частности, А.А. Прибытков и А.Н. Еричев [30] указывают, что лица с СФР более активно в сравнении со здоровыми людьми используют в качестве механизма психологической защиты реактивное образование, но менее активно — вытеснение, компенсацию и отрицание, кроме того, они достоверно реже прибегают к ряду копинг-стратегий, таких как дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности и положительная переоценка. И.В. Быченко [9] на основании обзора отечественных публикаций на данную тему приходит к выводу, что для лиц с СФР характерно частое использование конфронтационного копинга, дистанцирования и положительной переоценки в качестве копинг-стратегий, а также реактивного образования в качестве механизма психологической защиты. А. Romeo с соавторами [81] в своем исследовании женщин, страдающих фибромиалгией (рассматриваемой многими авторами в качестве одной из форм СФР), выявили у них повышенную склонность к такому механизму психологической защиты, как диссоциация. По мнению авторов, конструкция соматоформной диссоциации, выступающей в качестве реакции на психотравму, может служить полезной основой для улучшения понимания симптомов СФР и подчеркивает важность оценки последствий кумуляции множественных психотравм при данной патологии.

По мнению В.И. Крылова и В.А. Коркиной [23], одной из основных форм защитного поведения больных с СФР является поведение избегания. Эту точку зрения разделяют также М. Husain и

T. Chalder [60], относящие избегающее поведение к числу факторов, поддерживающих симптомы СФР. В определенной степени подтверждают данные представления и результаты исследования М.А. Лавровой, М.Г. Перцеля и Л.В. Вохминой [25], посвященного изучению особенностей копинг-поведения женщин с СФР. Авторы указывают, что такие женщины предпочитают активно не противостоять стрессогенному воздействию, для них характерна пассивность, недостаток способности предпринимать конкретные действия с целью изменения неблагоприятной ситуации, склонность приписывать стрессу статус неразрешимого, преувеличение значимости трудностей и, в то же время, не характерно переосмысление проблемы в позитивном ключе и рассмотрение ее в качестве стимула для личностного роста.

В целом, обобщая результаты перечисленных исследований, следует отметить, что наиболее установившимися представлениями здесь можно считать частое использование больными СФР реактивного образования в качестве механизма психологической защиты и избегающего поведения в качестве копинг-стратегии. Указанные представления могут иметь важное значение с точки зрения психотерапии СФР.

Исследования в рамках теории привязанности

Теория привязанности Дж. Боулби выступает в качестве основы для еще одного направления исследований личностно-психологических факторов СФР. Исследования этого направления не получили пока большого распространения в нашей стране, так как теория привязанности на сегодняшний день не пользуется широкой популярностью у отечественных психиатров. По этой причине сообщения о подобных исследованиях в основном принадлежат западным авторам. Преимущественно в таких публикациях речь идет о ненадежной привязанности как психологическом явлении, предрасполагающем к СФР. Так, А.С. Pfeifer с соавторами [77] считают, что индивидуальный стиль привязанности является фактором риска развития соматоформного болевого расстройства, а также предиктором успеха медицинских и психосоциальных вмешательств при нем. Авторы сообщают, что у пациентов с хронической болью чрезмерно распространены паттерны ненадежной привязанности, кроме того, пациенты с такой привязанностью дают худший терапевтический ответ на обезболивающие препараты. Вместе с тем, не все исследователи признают самостоятельную роль ненадежной привязанности в формировании СФР. Например, С. Vesterling и U. Koglin [90], рассматривая в своем систематическом обзоре с метаанализом взаимосвязь между привязанностью и появлением соматоформных симптомов у детей и подростков, приходят к выводу, что, несмотря на имеющуюся статистически значимую связь между рассматриваемыми явлениями, одни только особенности привязанности

не могут надежно предсказать развитие СФР у представителей исследуемого контингента.

Пытаясь прояснить психологическую связь привязанности с процессами соматизации, отдельные авторы исследуют ее взаимоотношения с таким общепризнанным соматизирующим фактором, как алекситимия. J.A. Koelen с соавторами [66] в оригинальном исследовании проанализировали связь между ненадежными стратегиями привязанности и разными видами алекситимии при СФР. Было установлено, что с ненадежной привязанностью связана только когнитивная алекситимия (т.е. неспособность анализировать, идентифицировать и выражать эмоции), тогда как аффективная алекситимия (т.е. неспособность фантазировать и переживать эмоции) с фактором привязанности связана не была. В другом исследовании те же авторы [67] изучили опосредующую роль разных видов алекситимии (когнитивной и аффективной) в формировании связи между стратегиями привязанности и межличностными проблемами у пациентов с СФР. В результате было установлено, что когнитивная алекситимия действительно опосредовала у исследуемых пациентов связь между избегающими паттернами привязанности и межличностными проблемами. Исходя из этого, авторы подчеркивают важность коррекции алекситимии при терапии СФР, в особенности у пациентов с избегающим типом привязанности.

Исследования социально-психологических факторов

Издавна большое значение в генезе СФР придавалось факторам социально-стрессовой природы. Сообщения, подтверждающие их роль при данной патологии, продолжают периодически появляться в научной печати и сегодня. Так, К.В. Безчасный [3], изучая СФР у сотрудников полиции, решающее значение в их генезе придает психосоциальным стрессам, связанным со служебно-профессиональной, семейно-супружеской и жилищно-бытовой сферами. Б. Жаргал и З. Хишигсурэн [14] на основе проведенного ими оригинального исследования в качестве ведущих факторов риска возникновения СФР выделяют воспоминания о неприятных событиях, имевших место в жизни, финансовые трудности и смерть близких. J.M. Darves-Bornoz [50] обращает внимание на частое возникновение СФР у лиц, перенесших насилие, а также у ветеранов войн, рассматривая соматизацию в качестве примитивной реакции на экзистенциальные раны, при которых субъект не может дать какой-либо адекватной психической или поведенческой реакции на свой дистресс. С этой точки зрения представляет интерес исследование А. Ciaramella [48], согласно результатам которого перенесенные психические травмы с большей вероятностью способствуют последующему развитию СФР в том случае, если они сопровождаются нарушениями у пациента автобиографической памяти, препятствующими

отчетливому припоминанию всех аспектов перенесенной травмы.

В некоторых работах, посвященных роли социально-психологических факторов при СФР, основная значимость придается не текущим социальным проблемам, а неблагоприятным социальным условиям, действовавшим на пациента в прошлом, особенно в детстве. Так, L. Hetterich, S. Zipfel и A. Stengel [59], рассматривая факторы риска формирования соматоформной вегетативной дисфункции пищеварительной системы (являющейся одной из форм СФР), указывают на значимость таких факторов, как предыдущий жизненный опыт человека, стиль его воспитания в детстве, перенесенные им в прошлом негативные жизненные события и уровень социальной поддержки, которую человек получил в своей жизни. При этом особое значение в качестве фактора риска указанного расстройства авторы придают перенесенному жестокому обращению в детстве. Значимость последнего фактора подтверждается и результатами широкомасштабного популяционного исследования К. Piontek с соавторами [78] с участием 2305 человек, согласно которым история жестокого обращения в детстве, в частности, сексуального, эмоционального и физического насилия, является фактором риска соматизации у взрослых. В ряде работ рассматривается роль конкретных форм неправильного обращения в детстве в качестве факторов риска СФР. Так, проспективное лонгитюдное когортное исследование пациентов общемедицинской практики, проведенное К. Lamahewa с соавторами [68], выявило повышенный риск СФР и более высокую тяжесть соматоформных симптомов у лиц, переживших в детстве опыт физического насилия. Применительно же к женщинам особенно большое значение в качестве фактора риска развития СФР исследователями придается перенесенному в детстве насилию сексуальному [56, 61].

В отдельных публикациях анализируется роль родительского воспитания в происхождении СФР. Так, И.В. Быченко и Т.В. Докукина [7], указывают, что для соматоформных пациентов характерно воспитание в дисфункциональных родительских семьях, характеризующихся высокой критичностью по отношению к детям, отсутствием доверия к другим людям, фиксацией на негативных переживаниях и стремлением выглядеть благополучными, а также низким уровнем социальной поддержки. М. Husain и Т. Chalder [60] в качестве факторов риска СФР выделяют такие моменты, как история длительно протекающего соматического заболевания у кого-либо из членов семьи пациента, плохое состояние здоровья родителей в период его детства, частые соматические болезни самого пациента в детстве, а также плохое обращение с ним со стороны родителей. Е. Trebin [88] обращает внимание на такие значимые в рассматриваемом контексте факторы семейного воспитания, как развод родителей, их зависимое или неуравновешенное поведение, нереалистические родительские ожидания в отношении ребенка,

перегрузка ребенка неадекватной ответственностью, уделение ему недостаточного внимания вследствие переключения родителей на другого, большого или проблемного, ребенка. Данные всех перечисленных исследований, безусловно, представляют интерес и позволяют предполагать значимую роль факторов семейного воспитания в качестве предикторов развития СФР. Однако на сегодняшний день проблемы воспитания как фактор соматизации изучены еще недостаточно, а имеющиеся сведения нуждаются в дальнейшей проверке.

К социально-психологическим факторам происхождения СФР следует отнести также антропологический и этнокультуральный аспекты этой проблемы. Указанные аспекты, в частности, рассматривают в своем систематическом обзоре R. Shidhaye с соавторами [85]. Отмечая тесную связь СФР с тревожными и депрессивными расстройствами, они обращают внимание, что во многих национальных культурах разных стран мира традиционно принято выражать негативные душевные переживания, такие как тревога или печаль, через соматические симптомы, что считается вполне приемлемым и нормальным. Авторы даже приводят конкретные примеры разных вариантов такого поведения. Однако в западной культуре, по их мнению, подобное выражение эмоций не принято, а потому непривычно. Исходя из этого, авторы выдвигают гипотезу, согласно которой явление соматизации характерно в большей степени именно для западной культуры, поскольку отражает дуализм психического и соматического, присущий западной биомедицинской практике, но отсутствующий в других медицинских традициях (например, китайской или аюрведической). Перекликаются с этими представлениями результаты научного обзора A. Varbati с соавторами [44], посвященного СФР у мигрантов, переехавшим в страны с другой культурой. По мнению авторов, важнейшим социально-стрессовым фактором, влияющим на формирование СФР у представителей рассматриваемого контингента, является так называемая аккультурация, т.е. процесс приспособления к непривычной культурной среде и принятия новых культурных стереотипов.

Интегративные концепции

Несмотря на неполную изученность отдельных личностно-психологических особенностей больных СФР, некоторыми авторами уже на современном этапе делаются попытки обобщения имеющихся данных и формирования интегративных концепций, объясняющих личностную предрасположенность к рассматриваемой патологии. Наиболее известной из таких концепций является концепция психосоматической личностной уязвимости, которую в нашей стране развивают А.Б. Смулевич [32] и ученые его школы. Данная концепция распространяется не только на СФР, но и на психосоматические расстройства в целом, основное значение в происхождении кото-

рых придается соматоперцептивной конституции, являющейся врожденным свойством индивида и характеризующейся нарушенным восприятием им своего тела. Выделяется четыре типа данной конституции, из числа которых с точки зрения формирования СФР наибольшее значение имеет так называемый проприоцептивный диатез, представляющий собой конституционально обусловленную парадоксальность телесной перцепции в виде сочетания склонности к необычным соматическим ощущениям с притупленностью общего чувства тела. При этом соматоперцептивная конституция в целом относится исследователями к области расстройств личности, но не в качестве самостоятельного их типа, а в качестве особого варианта любого из уже известных типов. О соматоперцептивной конституции упоминает в своих работах и Б.А. Волель [11]. Изучая механизмы формирования такой разновидности СФР, как небредовая ипохондрия, автор приходит к выводу о том, что данное расстройство представляет собой первичное психопатологическое образование, структура которого модифицируется при участии феноменов коэнестезиопатического ряда (нарушения чувственного осознания собственного тела) и личностных аномалий (соматоперцептивное расстройство личности).

А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина и Н.А. Пенчул [22] придерживаются концепции так называемого психосоматического диатеза, предрасполагающего, по их мнению, к развитию различных психосоматических расстройств, включая и СФР. Авторы ставят психосоматический диатез в один ряд с психопатологическим диатезом и указывают, что он, как и последний, может проявляться в разных формах — эпизодической, фазной и константной. При этом эпизодическая форма представлена различными соматизированными кратковременными реакциями, проявляющимися в виде отдельных соматических дисфункций, фазная характеризуется наличием реактивной лабильности, проявляющейся более длительными, чем при эпизодическом диатезе, и более спонтанными соматизированными феноменами с возникновением на их высоте проявлений витальной тревоги и танатофобии, а константная отличается совокупностью акцентуированных соматоперцептивных черт индивидуума, которые представляют собой личностно транстипологический (то есть проявляющийся при различных личностных типах) психосоматический феномен.

Оригинальную интегративную концепцию СФР развивает В.С. Собенников [33]. Рассматривая СФР как состояния, промежуточные между расстройствами аффективного и невротического регистров (аффективно-невротические), он полагает, что для формирования их завершенной клинической картины требуется преломление тревожно-депрессивного аффекта сквозь призму целостного личностного реагирования, предполагающего участие индивидуального опыта и когнитивного стиля. Основную опосредующую роль в этом процессе автор относит таким личностным

детерминантам, как сенситивность, эмоциональная ригидность и алекситимия.

Концепция личностного профиля уязвимости к СФР развивается F. Rezaei с соавторами [80] с позиций биопсихосоциальной модели личности С.Р. Клонингера. Используя принятые в рамках данной модели представления об измерениях темперамента и характера, авторы указывают, что специфическим личностным паттерном, определяющим индивидуальную предрасположенность к СФР, является сочетание низкой самостоятельности индивида с аномально высоким его стремлением к самосовершенствованию и избеганию опасности. Механизмы, посредством которых осуществляется связь между описанным личностным профилем и процессами соматизации, предположительно связаны с нейромедиаторными процессами в головном мозге, которым в модели Клонингера придается большое значение. Еще одним теоретическим основанием для формирования обобщенных представлений о личностно-психологических predispositions к СФР является концепция салютогенеза А. Антоновского. На данной концепции, в частности, построено исследование А. Sójka с соавторами [86], в процессе которого авторам удалось доказать, что низкое чувство связности (являющееся центральным понятием в концепции салютогенеза) действительно коррелирует с высоким уровнем соматизации. Данный результат в определенной степени подтверждает обоснованность принятых в рамках концепции салютогенеза представлений о влиянии чувства связности на психосоматические отношения в человеческом организме.

Заключение

Обобщение представленных в настоящем обзоре данных позволяет выделить наиболее общепризнанные личностно-психологические особенности, присущие больным СФР. Основанием для такого выделения является упоминание этих

особенностей в значительном числе публикаций на данную тему, а также отсутствие явных расхождений в оценке их значимости разными авторами. Исходя из данных критериев, к указанным особенностям следует отнести высокий уровень алекситимии и личностной тревоги, ригидность когнитивных процессов, общую неполноценность психологических защит и копинг-стратегий, высокий уровень социально-стрессовой нагрузки. Таким образом, можно предполагать, что именно перечисленные характеристики играют наиболее весомую роль в патогенезе СФР. Наряду с этим, следует указать еще на несколько личностно-психологических особенностей больных СФР, которые достаточно часто упоминаются в литературе, но пока еще не являются общепризнанными в качестве факторов риска данной патологии. Речь идет о соматосенсорной амплификации, частом использовании в качестве психологической защиты реактивного образования, а в качестве копинг-стратегии — избегающего поведения, и о паттерне ненадежной привязанности. Выяснение значения данных факторов для патогенеза СФР требует дальнейших исследований.

Вместе с тем, даже абсолютно точное знание всех личностно-психологических факторов СФР не даст нам полного представления об их роли в патогенезе данного вида психической патологии, если оно не будет дополнено пониманием тех механизмов, через которые эти факторы реализуют свое действие, а также представлением об иерархии и взаимодействии данных факторов. В этой связи перспективными направлениями дальнейших исследований в рассматриваемой области представляются изучение взаимных корреляционных, а затем и причинно-следственных связей между уже выявленными личностно-психологическими предикторами СФР, а также изучение их связей с этиопатогенетическими факторами иной природы (генетическими, морфологическими, психопатологическими).

Литература/References

1. Андрющенко А.В. Эпидемиология психосоматических расстройств. В кн.: *Лекции по психосоматике. Под ред. акад. РАН А.Б. Смулевича.* М.: ООО «Издательство “Медицинское информационное агентство”»; 2014. Andryushchenko A.V. *Epidemiologiya psichosomaticheskikh rasstrojstv. V kn.: Lekcii po psichosomatike. Pod red. akademika RAN A.B. Smulevicha.* Moscow: ООО «Izdatel'stvo “Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo”»; 2014. (In Russ.).
2. Артемьева М.С., Навасардян Е.В. Сравнительное исследование тревоги, депрессии и комплаентности пациентов с соматоформными расстройствами до и после лечения. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* 2021;11:833-840. Artemyeva MS, Navasardyan EV. *Comparative study of the anxiety, depression and complaiance of patients with somatoform disorders before and after treatment. Vestnik nevrologii, psikhiatrii i neirokhirurgii.* 2021;11:833-840. (In Russ.). <https://doi.org/10.33920/med-01-2111-02>
3. Безчасный К.В. Роль психосоциальных факторов в генезе соматоформных расстройств у сотрудников полиции. *Медицина катастроф.* 2016;96(4):32-34. Bezchasniy KB. *Role of psychosocial factors in genesis of somatoform disorders in police members. Meditsina katastrof.* 2016;96(4):32-34. (In Russ.).
4. Белокрылов И.В., Семиков С.В., Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Ипохондрические убеждения и поведение пациентов с соматоформными расстройствами: связь с соматическими жалобами и объективной оценкой благополучия. *Психиатрия.* 2021;19(3):58-67.

- Belokrylov IV, Semikov SV, Tkhostov AS, Rasskazova EI. Hypochondriac beliefs and behavior in patients with somatoform disorders: relationship to somatic complaints and subjective well-being. *Psikhiatriya*. 2021;19(3):58-67. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-58-67>
5. Близнюк А.И. Психосоматическая патология, классические теории и современные концепции. *Медицинские новости*. 2014;10(241):10-15. Blizniuk AI. Psychosomatic pathology, classical theories and modern conceptions. *Meditsinskie novosti*. 2014;10(241):10-15. (In Russ.).
 6. Бобров А.Е. Проблема психосоматических соотношений и некоторые методологические вопросы психопатологии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(1):98-103. Bobrov AE. Problem of psychosomatic interrelations and methodological aspects of psychopathology. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. 2017;27(1):98-103. (In Russ.).
 7. Быченко И.В., Докукина Т.В. Особенности детско-родительских отношений как социально-психологический фактор, обуславливающий развитие соматоформных расстройств. *Ананьевские чтения-2021: Материалы международной научной конференции*. СПб.: ООО «Скифия-принт»; 2021. Vychenko I.V., Dokukina T.V. Osobennosti detsko-roditel'skikh otnoshenij kak social'no-psihologicheskij faktor, obuslovlivayushchij razvitie somatoformnykh rasstrojstv. *Anan'evskie chteniya-2021: Materialy mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii*. St. Petersburg: ООО «Skifiya-print»; 2021. (In Russ.).
 8. Быченко И.В. Алекситимия как психологический фактор, обуславливающий развитие соматоформных расстройств. *Ананьевские чтения-2021: Материалы международной научной конференции*. СПб.: ООО «Скифия-принт»; 2021. Vychenko I.V. Aleksitimiya kak psihologicheskij faktor, obuslovlivayushchij razvitie somatoformnykh rasstrojstv. *Anan'evskie chteniya-2021: Materialy mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii*. St. Petersburg: ООО «Skifiya-print»; 2021. (In Russ.).
 9. Быченко И.В. Индивидуально-характерологические особенности пациентов с соматоформными расстройствами. *Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: Материалы всероссийской научно-практической конференции*. Чита; 2021. Vychenko I.V. Individual'no-harakterologicheskie osobennosti pacientov s somatoformnymi rasstrojstvami. *Aktual'nye problemy psikiatrii i narkologii v sovremennykh usloviyakh: Materialy vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii*. Chita; 2021. (In Russ.).
 10. Быченко И.В. Роль тревоги в развитии соматоформных расстройств. *Проблемы охраны психического здоровья в период пандемии: Материалы Международной научно-практической конференции*. Под ред. Д.М. Ивашиненко. Тула: Тульский государственный университет; 2021. Vychenko I.V. Rol' trevogi v razvitii somatoformnykh rasstrojstv. *Problemy okhrany psikhicheskogo zdorov'ya v period pandemii: Materialy Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii*. Pod red. D.M. Ivashinenko. Tula: Tul'skii gosudarstvennyi universitet; 2021. (In Russ.).
 11. Волель Б.А. Небредовая ипохондрия (психопатологическая модель, ипохондрические развития при соматических заболеваниях). В кн.: *Лекции по психосоматике*. Под ред. академика РАН А.Б. Смулевича. М.: ООО «Издательство "Медицинское информационное агентство"»; 2014. Volel B.A. Nebredovaya ipohondriya (psihopatologicheskaya model', ipohondricheskie razvitiya pri somaticheskikh zabolevaniyah). V kn.: *Lektsii po psikhosomatike*. Pod red. akademika RAN A.B. Smulevicha. M.: ООО «Izdatel'stvo "Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo"»; 2014. (In Russ.).
 12. Ганзин И.В. Исследование генезиса психосоматического симптома при цефалгиях. *Проблемы современного педагогического образования*. 2016;50(4):321-329. Ganzin IV. Investigation of genesis psychosomatic symptom as a result of cephalgia. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya*. 2016;50(4):321-329. (In Russ.).
 13. Добрушина О.Р., Добрынина Л.А., Арина Г.А., Кремнева Е.И., Суслина А.Д., Губанова М.В., Белопасова А.В., Солодчик П.О., Уразгильдеева Г.Р., Кротенкова М.В. Взаимосвязь интероцептивного восприятия и эмоционального интеллекта: функциональное нейровизуализационное исследование. *Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова*. 2020;70(2):206-216. Dobrushina OR, Dobrynina LA, Arina GA, Kremneva EI, Suslina AD, Gubanova MV, Belopasova AV, Solodchik PO, Urazgildeeva GR, Kotenkova MV. The interrelation between interoception and emotional intelligence: a functional neuroimaging study. *Zhurnal vysshei nervnoi deyatel'nosti im. I.P. Pavlova*. 2020;70(2):206-216. (In Russ.). <https://doi.org/10.31857/S0044467720020069>
 14. Жаргал Б., Хишигсүрэн З. Результаты исследования факторов риска и клинических признаков соматоформных расстройств. *Сибирский медицинский журнал*. 2014;131(8):100-104. Jargal B, Khishigsuren Z. The results of risk factors and clinical symptoms of somatoform disorders. *Sibirskii meditsinskii zhurnal*. 2014;131(8):100-104. (In Russ.).
 15. Желонкина Т.А., Ениколопов С.Н., Волель Б.А. Особенности внутренней телесности при небредовой ипохондрии. *Сибирский психологический журнал*. 2014;53:106-121. Zhelonkina TA, Enikolopov SN, Volel BA. Body perception in non-delusional hypochondriasis. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal*. 2014;53:106-121. (In Russ.).

16. Загоруйко Е.Н., Золотова А.А., Пушкина Т.П. Оценка эффективности психологических защит у пациентов с психосоматическими и соматоформными расстройствами. Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. 2015;13(2):49-55.
Zagoruyko EN, Zolotova AA, Pushkina TP. The estimation of the effectiveness of psychological protection in patient with the psychosomatic and somatoform disorders. Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Biologiya, klinicheskaya meditsina. 2015;13(2):49-55. (In Russ.).
17. Иванец Н.Н., Боброва М.А. Соматоформные расстройства: клинические проявления, когнитивные нарушения и особенности личности больных. Четвертый национальный конгресс по социальной психиатрии, посвященный 90-летию ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского». Модернизация психиатрической службы — необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты). Всероссийская конференция Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным. Под ред. З.И. Кекелидзе и В.Н. Краснова. СПб: Айсинг; 2011.
Ivanets N.N., Bobrova M.A. Somatoformnye rasstrojstva: klinicheskie proyavleniya, kognitivnye narusheniya i osobennosti lichnosti bol'nyh. Chetvertyi natsional'nyi kon-gress po sotsial'noi psikhiiatrii, posvyashchennyi 90-letiyu FGBU «Gosudarstvennyi nauchnyi tsentr sotsial'noi i sudebnoi psikhiiatrii im. V.P. Serbskogo». Modernizatsiya psikhiiatricheskoi sluzhby — neobkhodimoe uslovie uluchsheniya obshchestvennogo psikhicheskogo zdorov'ya (organizatsionnye, terapevticheskie i profilakticheskie aspekty). Vserossiiskaya konferentsiya Povyshenie effektivnosti lecheno-reabilitatsionnoi pomoshchi psikhicheski bol'nyim. Pod red. Z.I. Kekelidze i V.N. Krasnova. St. Petersburg: Aising; 2011. (In Russ.).
18. Калинин В.В., Наркевич Е.М. Диагностические особенности соматоформных расстройств. Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии: Третья Всероссийская конференция с международным участием. Томск: Типография «Иван Федоров»; 2013.
Kalinin V.V., Narkevich E.M. Diagnosticheskie osobennosti somatoformnyh rasstrojstv. Sovremennye problemy biologicheskoi psikhiiatrii i narkologii: Tret'ya Vserossiiskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem. Tomsk: Tipografiya «Ivan Fedorov»; 2013. (In Russ.).
19. Калинин В.В., Наркевич Е.М. Особенности соматоформных расстройств в общей медицинской сети. Человек и лекарство: Сборник материалов конгресса. М.: РИЦ «Человек и лекарство»; 2013.
Kalinin V.V., Narkevich E.M. Osobennosti somatoformnyh rasstrojstv v obshchej medicinskoj seti. Chelovek i lekarstvo: Sbornik materialov kongressa. M.: RIC «Chelovek i lekarstvo»; 2013. (In Russ.).
20. Костин А.К., Рудницкий В.А., Сазонова О.В., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В., Перчаткина О.Э., Белокрылова М.Ф. Клинические и социально-психологические факторы, определяющие приверженность к терапии пациентов с соматоформными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020;2(107):13-25.
Kostin AK, Rudnitsky VA, Sazonova OV, Nikitina VB, Epanchintseva EM, Ivanova AA, Garganeeva NP, Tsybul'skaya EV, Perchatkina OE, Belokrylova MF. Clinical and socio-psychological factors determining adherence to treatment of patients with somatoform disorders. Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii. 2020;2(107):13-25. (In Russ.). [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2\(107\)-14-25](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2(107)-14-25)
21. Коцюбинская Ю.В., Сафонова Н.Ю., Михайлов В.А. Особенности эмоционально — когнитивной сферы больных с соматоформными расстройствами на примере хронической болевой дисфункции. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2021;12(2):238-248.
Kotsiubinskaya YuV, Safonova NYu, Mikhailov VA. Features of the emotional-cognitive sphere of patients with somatoform disorders on the example of chronic pain dysfunction. Psikhiiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya. 2021;12(2):238-248. (In Russ.). <https://doi.org/10.34883/PI.2021.12.2.005>
22. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Предвестники психического заболевания. Соображение 2. Психосоматический диатез. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2013;3:11-16.
Kotsiubinskiy AP, Sheinina NS, Penchul NA. The precursors of mental disease Post 2. Psychosomatic diathesis. Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2013;3:11-16. (In Russ.).
23. Крылов В.И., Коркина В.А. Поведение избегания (психологические механизмы и психопатологические особенности). Часть 2. Стрессовые и соматоформные расстройства. Психиатрия и психофармакотерапия. 2016;18(4):4-7.
Krylov VI, Korkina VA. Avoidance behavior (psychological mechanisms and psychopathological features). Part 2. Stress and somatoform disorders. Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya. 2016;18(4):4-7. (In Russ.).
24. Кухтевич И.И. Соматоформные расстройства в клинической практике. Пенза: Приволжский дом знаний; 2017.
Kukhtevich II. Somatoformnye rasstrojstva v klinicheskoi praktike. Penza: Privolzhskii dom znaniy; 2017. (In Russ.).
25. Лаврова М.А., Перцель М.Г., Вохмина Л.В. Особенности совладающего поведения и личност-

- ные характеристики женщин с соматоформными расстройствами. Будущее клинической психологии-2020: Материалы XIV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Пермь: Пермский государственный национальный исследовательский университет; 2020.
Lavrova M.A., Pertsel M.G., Vokhmina L.V. Osobennosti sovladayushchego povedeniya i lichnostnye harakteristiki zhenshchin s somatoformnymi rasstrojstvom. Budushchee klinicheskoi psikhologii-2020: Materialy XIV Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Perm': Permskii gosudarstvennyi natsional'nyi issledovatel'skii universitet; 2020. (In Russ.).
26. Навасардян Е.В., Артемьева М.С., Сулейманов Р.А. Стресс и соматоформные расстройства. Агаджанянские чтения: материалы Всероссийской научно-практической конференции. М.: РУДН; 2016.
Navasardyan E.V., Artemieva M.S., Suleimanov R.A. Stress i somatoformnye rasstrojstva. Agadzhanjanskije chteniya: materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. M.: RUDN; 2016. (In Russ.).
 27. Навасардян Е.В., Артемьева М.С., Лазукова А.Г. Динамическая оценка психологического состояния пациентов, страдающих соматоформными расстройствами. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2017;21(1):70-75.
Navasardyan EV, Artemieva MS, Lazukova AG. Dynamics of psychological state of patients with somatoform disorders. Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina. 2017;21(1):70-75. (In Russ.). <https://doi.org/10.22363/2313-0245-2017-21-1-70-75>
 28. Прибытков А.А. Когнитивно-поведенческая терапия соматоформных расстройств (описание серии случаев). Архив внутренней медицины (специальный выпуск). 2016;6(1):126-127.
Pribytkov AA. Cognitive-behavioral therapy of somatoform disorders (a case series). Arkhiv vnutrennei meditsiny (spetsial'nyi vypusk). 2016;6(1):126-127. (In Russ.).
 29. Прибытков А.А., Юркова И.О., Баженова Ю.Б. Структура личности и механизмы психологической защиты при соматоформных расстройствах. Социальная и клиническая психиатрия. 2016;26(2):31-35.
Pribytkov AA, Yurkova IO, Bazhenova YuB. Personality structure and mechanisms of psychological defence in somatoform disorders. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2016;26(2): 31-35. (In Russ.).
 30. Прибытков А.А., Еричев А.Н. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017;1:3-10.
Pribytkov AA, Eriчев AN. Somatoform disorders. The first part: integrative model of pathology. Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M.Bekhtereva. 2017;1:3-10. (In Russ.).
 31. Синеуцкая Е.О., Володин Б.Ю. Алекситимия у пациентов с соматоформными расстройствами, работников атомной промышленности. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019;8:37-41.
Sineutskaya EO, Volodin BYu. Alexithymia for patients with somatoform mental disorders working in nuclear industry. Vestnik nevrologii, psikhiiatrii i neirokhirurgii. 2019;8:37-41. (In Russ.).
 32. Смудевич А.Б. Введение в психосоматику. Классификация психосоматических расстройств. В кн.: Лекции по психосоматике. Под ред. академика РАН А.Б. Смудевича. М.: ООО «Издательство “Медицинское информационное агентство”»; 2014.
Smulevich A.B. Vvedenie v psihosomatiku. Klassifikaciya psihosomaticheskikh rasstrojstv. V kn.: Lektzii po psikhosomatike. Pod red. akademika RAN A.B. Smulevicha. M.: ООО «Izdatel'stvo “Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo”»; 2014. (In Russ.).
 33. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск; 2014.
Sobennikov V.S. Somatizaciya i somatoformnye rasstrojstva. Irkutsk; 2014. (In Russ.).
 34. Тимуца Д.Р., Менделевич В.Д. Сравнительные особенности coping-механизмов у пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами. Неврологический вестник. 2020;52(4):26-32.
Timutsa DR, Mendeleevich VD. Comparative features of coping mechanisms in patients with neurotic and somatoform disorders. Nevrologicheskii vestnik. 2020;52(4):26-32. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/nb48960>
 35. Филимонов А.П. Отношение к болезни пациентов с соматоформными расстройствами, наблюдающихся в психиатрических и общесоматических медицинских учреждениях. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011;5:28-31.
Filimonov AP. The attitude toward disease of patients with somatoform disorders who are treated in mental and somatic institutions. Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii. 2011;5:28-31. (In Russ.).
 36. Цыганков Б.Д., Куличенко А.Д. Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении соматоформных расстройств: обзор зарубежных метаанализов и клинических исследований. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2015;1:81-88.
Tzigankov BD, Kulichenko AD. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for treating somatoform disorders: a review of foreign metaanalyses and clinical studies. Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik. 2015;1:81-88. (In Russ.).
 37. Цыганков Б.Д., Куличенко А.Д. Психопатологическая структура тревоги у пациентов с различными вариантами соматоформных расстройств. Актуальные проблемы психиатрии и психотерапии: материалы научно-практи-

- ческой конференции с международным участием. Тула: Тульский государственный университет; 2016.
- Tzigankov B.D., Kulichenko A.D. *Psihopatologicheskaya struktura trevogi u pacientov s razlichnymi variantami somatoformnykh rasstrojstv. Aktual'nye problemy psikiatrii i psikhoterapii: materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Tula: Tul'skii gosudarstvennyi universitet; 2016. (In Russ.)*.
38. Чижова А.И. Особенности личности больных с соматоформными расстройствами. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2012;8:123-129.
Chizhova AI. *Personality features in patients with somatoform disorders. Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii*. 2012;8:123-129. (In Russ.).
 39. Чутко Л.С. Соматоформные расстройства. *Медицинский совет*. 2011;1-2:84-90.
Chutko LS. *Somatoform disorders. Meditsinskii sovet*. 2011;1-2:84-90. (In Russ.).
 40. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И., Карповская Е.Б., Василенко В.В., Дидур М.Д., Волов М.Б. Нарушения когнитивного контроля у пациентов с соматоформными расстройствами и их лечение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(4):32-37.
Chutko LS, Surushkina SY, Yakovenko EA, Anisimova TI, Karpovskaya EB, Vasilenko VV, Didur MD, Volov MB. *Impairments of cognitive control in patients with somatoform disorders and their treatment. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119(4):32-37. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201911904132>
 41. Шевеленкова Т.Д., Деришева Н.В. Соматоформные расстройства: смысл симптомов. *Обучение и развитие: современная теория и практика: Материалы XVI Международных чтений памяти Л.С. Выгодского. Под ред. В.Т. Кудрявцева: В 2 ч. Ч. 1. М.: Левъ; 2015.*
Shevelenkova T.D., Derisheva N.V. *Somatoformnye rasstrojstva: smysl simptomov. Obuchenie i razvitie: sovremennaya teoriya i praktika: Materialy XVI Mezhdunarodnykh chtenii pamyati L.S. Vygodskogo. Pod red. V.T. Kudryavtseva: V 2 ch. Ch. 1. M.: Levъ; 2015. (In Russ.)*.
 42. Щербаносова Т.А., Литвинов А.В., Трофимчук Л.Г. Психосоматические и соматоформные расстройства. *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2018;3(77):69-71.
Shcherbanosova TA, Litvinov AV, Trofimchuk LG. *Psychosomatic and somatoform disorders. Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka*. 2018;3(77):69-71. (In Russ.).
 43. Bailer J, Witthöft M, Erkić M, Mier D. *Emotion dysregulation in hypochondriasis and depression. Clin Psychol Psychother*. 2017; 24(6): 1254-1262. Doi: 10.1002/cpp.2089
 44. Barbati A, Geraci A, Niro F, Pezzi L, Sarchiapone M. *Do Migration and Acculturation Impact So-*
 45. Beck T, Breuss M, Kummig M, Schüßler G. *The first step is the hardest — emotion recognition in patients with somatoform disorders. Z Psychosom Med Psychother*. 2013;59(4):385-390. <https://doi.org/10.13109/zptm.2013.59.4.385>
 46. Berking M, Wupperman P. *Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):128-134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
 47. Çakmak S, Özbek HT, Işık AG, Taşdemir A, Pektaş S, Ünlügenç H, Tamam L, Demirkol ME. *The relationship between somatic sense perception levels and comorbid psychiatric diseases in chronic pain patients. Agri*. 2019;31(4):183-194. <https://doi.org/10.14744/agri.2019.68725>
 48. Ciaramella A. *The Influence of Trauma on Autobiographical Memory in the Assessment of Somatoform Disorders According to DSM IV Criteria. Psychiatr Q*. 2018;89(4):991-1005. <https://doi.org/10.1007/s1126-018-9597-0>
 49. Ciaramella A, Silvestri S, Pozzolini V, Federici M, Carli G. *A retrospective observational study comparing somatosensory amplification in fibromyalgia, chronic pain, psychiatric disorders and healthy subjects. Scand J Pain*. 2020;21(2):317-329. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0103>
 50. Darves-Bornoz JM. *Personality and somatic disorders. Encephale*. 2018;44(5):471-475. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.02.002>
 51. Del Río-Casanova L, González A, Páramo M, Van Dijke A, Brenlla J. *Emotion regulation strategies in trauma-related disorders: pathways linking neurobiology and clinical manifestations. Rev Neurosci*. 2016;27(4): 385-395. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2015-0045>
 52. Dewrsaran-van der Ven C, van Broeckhuysen-Kloth S, Thorsell S, Scholten R, De Gucht V, Geenen R. *Self-compassion in somatoform disorder. Psychiatri Res*. 2018;262:34-39. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.013>
 53. Di Tella M, Castelli L. *Alexithymia in chronic pain disorders. Curr Rheumatol Rep*. 2016;18(7):41. <https://doi.org/10.1007/s11926-016-0592-x>
 54. Feussner O, Rehnisch C, Rabkow N, Watzke S. *Somatization symptoms-prevalence and risk, stress and resilience factors among medical and dental students at a mid-sized German university. Peer J*. 2022;10:e13803. <https://doi.org/10.7717/peerj.13803>
 55. Goodoory VC, Houghton LA, Black CJ, Ford AC. *Characteristics of, and natural history among, individuals with Rome IV functional bowel disorders. Neurogastroenterol Motil*. 2022;34(5):e14268. <https://doi.org/10.1111/nmo.14268>
 56. Granot M, Yovell Y, Somer E, Beny A, Sadger R, Uluel-Mirkin R, Zisman-Ilani Y. *Trauma, attach-*

- ment style, and somatization: a study of women with dyspareunia and women survivors of sexual abuse. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):29. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0523-2>
57. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(16):279-287. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>
 58. Henker J, Keller A, Reiss N, Siepmann M, Croy I, Weidner K. Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorders and somatization. *Clin Psychol Psychother*. 2019;26(4):418-429. <https://doi.org/10.1002/cpp.2363>
 59. Hetterich L, Zipfel S, Stengel A. Gastrointestinal somatoform disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2019;87(9):512-525. <https://doi.org/10.1055/a-0996-0384>
 60. Husain M, Chalder T. Medically unexplained symptoms: assessment and management. *Clin Med (Lond)*. 2021;21(1):13-18. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0947>
 61. Iloson C, Möller A, Sundfeldt K, Bernhardsson S. Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(4):758-767. <https://doi.org/10.1111/aogs.14084>
 62. Kano M, Endo Y, Fukudo S. Association Between Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. *Front Psychol*. 2018;9:599. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00599>
 63. Kaplan MJ. A psychodynamic perspective on treatment of patients with conversion and other somatoform disorders. *Psychodyn Psychiatry*. 2014;42(4):593-615. <https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.4.593>
 64. Kealy D, Rice SM, Ogrodniczuk JS, Cox DW. Investigating the Link Between Pathological Narcissism and Somatization. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(12):964-967. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000903>
 65. Kim SM, Hong JS, Min KJ, Han DH. Brain functional connectivity in patients with somatic symptom disorder. *Psychosom Med*. 2019;81(3):313-318. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000681>
 66. Koelen JA, Eurelings-Bontekoe EH, Stuke F, Luyten P. Insecure attachment strategies are associated with cognitive alexithymia in patients with severe somatoform disorder. *Int J Psychiatry Med*. 2015;49(4):264-278. <https://doi.org/10.1177/0091217415589303>
 67. Koelen JA, Eurelings-Bontekoe LH, Kempke S. Cognitive alexithymia mediates the association between avoidant attachment and interpersonal problems in patients with somatoform disorder. *J Psychol*. 2016;150(6):725-742. <https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1175997>
 68. Lamahewa K, Buszewicz M, Walters K, Marston L, Nazareth I. Persistent unexplained physical symptoms: a prospective longitudinal cohort study in UK primary care. *Br J Gen Pract*. 2019;69(681):e246-e253. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X701249>
 69. Lankes F, Schiekofer S, Eichhammer P, Busch V. The effect of alexithymia and depressive feelings on pain perception in somatoform pain disorder. *J Psychosom Res*. 2020;133:110101. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110101>
 70. Macina C, Bendel R, Walter M, Wrege JS. Somatization and Somatic Symptom Disorder and its overlap with dimensionally measured personality pathology: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2021;151:110646. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110646>
 71. Mewes R. Recent developments on psychological factors in medically unexplained symptoms and somatoform disorders. *Front Public Health*. 2022;10:1033203. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1033203>
 72. Misery L, Dutray S, Chastaing M, Schollhammer M, Consoli SG, Consoli SM. Psychogenic itch. *Transl Psychiatry*. 2018;8(1):52. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0097-7>
 73. Öztürk A, Kiliç A, Deveci E, Kirpınar İ. Investigation of facial emotion recognition, alexithymia, and levels of anxiety and depression in patients with somatic symptoms and related disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1047-1053. <https://doi.org/10.2147/NDT.S106989>
 74. Peng W, Meng J, Lou Y, Li X, Lei Y, Yan D. Reduced empathic pain processing in patients with somatoform pain disorder: Evidence from behavioral and neurophysiological measures. *Int J Psychophysiol*. 2019;139:40-47. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2019.03.004>
 75. Perepelkina O, Romanov D, Arina G, Volel B, Nikolaeva V. Multisensory mechanisms of body perception in somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2019;127:109837. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109837>
 76. Perez DL, Barsky AJ, Vago DR, Baslet G, Silbersweig DA. A neural circuit framework for somato-sensory amplification in somatoform disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015;27(1):40-50. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.13070170>
 77. Pfeifer AC, Ehrental JC, Neubauer E, Gerigk C, Schiltenswolf M. Impact of attachment behavior on chronic and somatoform pain. *Schmerz*. 2016;30(5):444-456. <https://doi.org/10.1007/s00482-016-0156-z>
 78. Piontek K, Wiesmann U, Apfelbacher C, Völzke H, Grabe HJ. The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse Negl*. 2021;120:105226. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226>
 79. Prior KN, Bond MJ. Somatic symptom disorders and illness behaviour: current perspectives. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(1):5-18. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.732043>

80. Rezaei F, Hemmati A, Rahmani K, Komasi S. A systematic review of personality temperament models related to somatoform disorder with main focus on meta-analysis of Cloninger's theory components. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(5):462-469. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_345_20
81. Romeo A, Tesio V, Ghiggia A, Di Tella M, Gemiani GC, Farina B, Castelli L. Traumatic experiences and somatoform dissociation in women with fibromyalgia. *Psychol Trauma*. 2022;14(1):116-123. <https://doi.org/10.1037/tra0000907>
82. Rossetti MG, Delvecchio G, Calati R, Perlini C, Bellani M, Brambilla P. Structural neuroimaging of somatoform disorders: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;122:66-78. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.017>
83. Schaefer M, Egloff B, Witthöft M. Is interoceptive awareness really altered in somatoform disorders? Testing competing theories with two paradigms of heartbeat perception. *J Abnorm Psychol*. 2012;121(3):719-724. <https://doi.org/10.1037/a0028509>
84. Schaefer M, Egloff B, Gerlach AL, Witthöft M. Improving heartbeat perception in patients with medically unexplained symptoms reduces symptom distress. *Biol Psychol*. 2014;101:69-76. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.05.012>
85. Shidhaye R, Mendenhall E, Sumathipala K, Sumathipala A, Patel V. Association of somatoform disorders with anxiety and depression in women in low and middle income countries: a systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(1):65-76. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.748651>
86. Sójka A, Stelcer B, Roy M, Mojs E, Pryliński M. Is there a relationship between psychological factors and TMD? *Brain Behav*. 2019;9(9):e01360. <https://doi.org/10.1002/brb3.1360>
87. Thamby A, Desai G, Mehta UM, Chaturvedi SK. Deficits in Theory of Mind and Emotional Awareness in Somatoform Disorders. *Indian J Psychol Med*. 2019;41(4):368-374. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_382_18
88. Trebin E. Psychosocial and Somatoform Disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;116(8):134. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0134a>
89. Ventura L, Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Barrio-Martínez S, Medrano LA, Moriana JA, Ruíz-Rodríguez P, Carpallo-González M, González-Blanch C. The role of cognitive factors in differentiating individuals with somatoform disorders with and without depression. *J Psychosom Res*. 2021;148:110573. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110573>
90. Vesterling C, Koglin U. The relationship between attachment and somatoform symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2020;130:109932. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109932>
91. Zdankiewicz-Ścigala E, Ścigala D, Sikora J, Kwaterniak W, Longobardi C. Relationship between interoceptive sensibility and somatoform disorders in adults with autism spectrum traits. The mediating role of alexithymia and emotional dysregulation. *PLoS One*. 2021;16(8):e0255460. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255460>

Сведения об авторах

Васильев Валерий Витальевич — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281. E-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru

Мухаметова Алсу Илдаровна — аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: flower-alsy@mail.ru

Поступила 17.12.2022

Received 17.12.2022

Принята в печать 04.04.2023

Accepted 04.04.2023

Дата публикации 29.03.2024

Date of publication 29.03.2024