

УДК 616.89-085

https://doi.org/10.33619/2414-2948/63/10

СТИЛИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

©**Болотина Н. В.**, ORCID: 0000-0001-5620-9258, Тихоокеанский государственный
медицинский университет, г. Владивосток, Россия, nboloti@yandex.ru

©**Ку Боксун**, Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток, Россия, katherineku1997@mail.ru

PSYCHOSOMATIC BEHAVIOR STYLES OF PATIENTS WITH DISORDERS WITH SCHIZOPHRENIC SPECTER

©**Bolotina N.**, ORCID: 0000-0001-5620-9258, Pacific State Medical University,
Vladivostok, Russia, nboloti@yandex.ru

©**Ku Bok Sun**, Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia, katherineku1997@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена исследованию стилей психосоматического поведения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Эмпирически выявлена связь между стилями психосоматического поведения и индивидуально-типологическими характеристиками. Результаты исследования показали, что люди с расстройствами шизофренического спектра обладают двумя стилями психосоматического поведения: когнитивный и социально-культурный. Было выявлено, что для данной выборки характерны такие личностные характеристики как тревожность, интроверсия, лабильность и сензитивность.

Abstract. The article is devoted to the study of psychosomatic behavior styles in patients with schizophrenic spectrum disorders. Empirically revealed the relationship between the psychosomatic behavior styles and individual typological characteristics. The results of the study showed that people with schizophrenic spectrum disorders have two styles of psychosomatic behavior: cognitive and socio-cultural. It was found that this sample is characterized by such personal characteristics as anxiety, introversion, lability and sensitivity.

Ключевые слова: стили психосоматического поведения, шизофрения, шизофренический спектр, психологические характеристики, диагностика.

Keywords: psychosomatic behavior styles, schizophrenia, schizophrenic specter, psychological characteristics, diagnosis.

Повышенная смертность пациентов с психотическими расстройствами является одной из актуальных проблем современной психиатрии. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, по частоте инвалидизации психические заболевания встали на третье место после заболеваний дыхательных путей, сердечно-сосудистых заболеваний и составили 29,5% от общего числа инвалидов. Одними из самых распространенных психических заболеваний являются расстройства шизофренического спектра. Показатель ожидаемой продолжительности жизни для пациентов с шизофренией может быть сокращен на 15–25 лет, в результате развития психосоматических заболеваний: сердечно-сосудистых, респираторных заболеваний, сахарного диабета второго типа и т. д. [4, 16].

В связи с особенностью состояния люди, страдающие расстройствами шизофренического спектра редко обращаются за врачебной помощью. Зачастую жалобы пациентов с шизофренией на соматические недомогания воспринимаются следствием продуктивной симптоматики, что в свою очередь приводит к несвоевременной диагностике заболеваний. Они испытывают трудности в описании врачу симптомов своего болезненного состояния. Возможные трудности пациентов с расстройствами шизофренического спектра в описании врачу симптомов своего болезненного состояния и сложности следовать терапевтическим рекомендациям увеличивают количество смертей. Нередко для них характерно неадекватное отношение к физическим заболеваниям, которое проявляется в игнорировании телесных недомоганий [3, 6].

С. Н. Осколкова отмечает, что пациенты с шизофреническим спектром расстройств часто прибегают к стратегии диссимуляции (попытка скрыть наличие психического расстройства), преувеличивая имеющиеся телесные дискомфортные ощущения, гиперболизируя их и акцентируя внимание на болях во внутренних органах, конечностях. Объективное наличие соматических заболеваний, церебральной органической патологии облегчало диссимуляцию и позволяло убедительно фиксировать на них внимание врачей, что способствовало установлению ошибочных диагнозов (неврозоподобного, невротического, иного расстройства). Постепенно больные шизофренией проникались убежденностью в наличии неизлечимой или тяжелой соматической патологии, что изменяло их образ жизни, самосознание. У 6 человек был констатирован ипохондрический бред. К схожим выводам приходит И. Л. Семенихин, которым была проанализирована оценка больными психиатрического диспансера имеющихся симптомов соматической патологии. Было выявлено, что оценка симптомов соматического заболевания искажается привнесением изменений в соматической сфере, связанных с длительной нейролептической терапией. Однако высокие оценки были получены как у соматических заболеваний в целом, так и у их отдельных симптомов, в отличие от проявлений психотического спектра, баллы которым больные занижали и не придавали значения имеющейся патологии психиатрического диапазона. Можно предположить, что соматическое заболевание является более приемлемым для пациентов с психотической патологией, чем психическое [8, 10].

Для эффективной профилактики и коррекции психосоматических симптомов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра необходимо выявление особенностей стилей психосоматического поведения у данной выборки. По нашему мнению, успешное совладание с психосоматическим симптомом во многом зависит от преобладания того или иного стиля психосоматического поведения.

В 2017 г. В. М. Бызова предложила понятие «стиль психосоматического поведения», который включает такие аспекты, как когнитивный, эмоциональный, поведенческий, психофизический и социально-культурный [2]. Эмоциональный стиль проявляется в фиксации на болезненных ощущениях и симптомах, тревоге и пессимистическом отношении к здоровью, а иногда и в невротических реакциях. Низкая активность использования приемов саморегуляции в ситуации экзамена взаимосвязана с эмоциональным стилем психосоматического поведения. В подтверждении существования психосоматического реагирования эмоционального типа представляется возможным обратиться к ряду исследований отечественных специалистов. Так, О. С. Ковшова [5] описывает такое общее положение для подростков с артериальной гипертонией по сравнению со здоровыми, как формирование несоразмерного эмоционального реагирования на стресс-факторы, болезненным перфекционизмом, недостаточной фрустрационной устойчивостью и

дезорганизацией в социальном пространстве. Таким образом, эмоциональный тип психосоматического реагирования обуславливает необходимость формирования навыка позитивной переоценки существующих обстоятельств, поиска альтернативных решений, аффективной саморегуляции и способности переключать внимание с тревожных переживаний на практическую жизнедеятельность.

Поведенческий стиль характеризуется вытеснением мыслей о плохом самочувствии или «уходом в болезнь», противоречивыми мотивами, замкнутостью и скованностью. В подтверждении существования психосоматического реагирования поведенческого типа представляется возможным обратиться к ряду исследований отечественных специалистов. Ю. А. Шишкова [15] в своих научных трудах указывает, что у больных инсулинозависимых сахарным диабетом оптимальная степень социально-психологической адаптации коррелирует с эргопатическим типом отношения к болезни — уход от чувственного переживания патологии в рабочую деятельность. М. П. Билецкая [1], исследуя уровень адаптационных возможностей женщин с неспецифическим язвенным колитом, выявляет низкий уровень адаптационных возможностей, в частности, наблюдается тенденция к низкому уровню нервно психической устойчивости. Возможно, это обусловлено наивысшей степенью тревожности и ригидности, неспособности контролировать свое поведение в стрессовых ситуациях, пассивным отношением к жизни, меланхолическим образом жизни. Таким образом, поведенческий стиль обуславливает необходимость развития и улучшения коммуникативных навыков и умения выделять приоритетные мотивы.

Психофизический стиль отражает сосредоточенность на своих телесных ощущениях, стремление заботиться о теле, низкую оценку своего телосложения, тревогу из-за возможной предрасположенности к какому-либо заболеванию. С. В. Кудрявцева [7] находит у больных диабетом 2 типа такую общую психологическую характеристику, как повышенная настороженность или даже осторожность – это особенности, по всей вероятности, жизненно необходимые человеку с таким заболеванием, который для поддержания высокого уровня включенности в жизнь должен контролировать множество внешних и внутренних факторов. Таким образом, психофизический стиль отмечается необходимостью формировать адекватное отношение к своим конституциональным особенностям для сохранения здорового тона соматического феномена.

Социально-культурный стиль проявляется в том, что ухудшение здоровья объясняется неправильным отношением к близким людям и к жизни. В целях улучшения самочувствия эти отношения оптимизируются, а также реализуются правила здорового образа жизни. Снижение оценки своих умений справляться с проблемными ситуациями может спровоцировать психосоматические нарушения у представителей данного стиля. Ю. А. Шишкова [9] находит явную положительную связь между хорошим гликемическим контролем и высоким качеством жизни пациентов с диабетом, а также эргопатическим отношением к болезни, отражающим направленность человека на активную жизнь, что приводит к снижению субъективной значимости болезни и в то же время позволяет контролировать заболевание. Таким образом, при социально-культурном типе реагирования необходимо повышать самооценку индивида и уверенность в своих силах.

Когнитивный стиль отражает следующие особенности: анализ причин ухудшения здоровья, поиск рациональных объяснений плохого самочувствия, затруднения в понимании эмоций и телесных ощущений. Н. Н. Тарновская [12] утверждает, что работа по гармонизации локуса контроля (стиль отношения к случившимся событиям) при помощи применения методик, повышающих осознание и осмысление ежедневных жизненных

выборов, может стать одним из аспектов работы психолога с онкологическими больными, что выражается в укреплении жизнестойкости таких пациентов и повышению уровня настроения. Ш. С. Ташаев [13] приводит метод персонификации (метафоричное олицетворение) дискомфорта в теле пациента как адекватный метод работы с психосоматическими больными. Таким образом, при когнитивном стиле необходимо акцентировать внимание на развитии эмоционального интеллекта, эмоционального реагирования.

Таким образом, в современной психологии существует практичная, систематическая типология стилей психосоматического поведения, выделенная В. М. Бызовой. Стиль психосоматического поведения – это способ взаимодействия со средой с помощью симптома. Выбор определенного стиля может служить как адаптивной стратегией совладающего поведения, так и носить характер обособленного, ригидного способа взаимодействовать с телесным дискомфортом, не позволяющим многомерно рассмотреть ситуацию болезни — эмоционально отреагировать, когнитивно переоценить или изменить отношение к окружающим и собственному психофизическому состоянию.

Методика исследования

Для исследования стилей психосоматического поведения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра были использованы психодиагностические методики:

1. Гиссенский опросник психосоматических жалоб» адаптирован в психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева) [14].

2. Опросник «Стили психосоматического поведения» (В. М. Бызова, Е. И. Перикова, А. Е. Ловягина) [2].

3. Индивидуально-типологический опросник Л. Н. Собчик [11].

4. Авторская анкета.

К исследованию были привлечены 16 людей с расстройствами шизофренического спектра в возрасте от 16 до 72 лет. 6 из 16 человек из выборки имеют хронические заболевания.

Для изучения эмоциональных жалоб по поводу физического самочувствия была использована методика «Гиссенский опросник психосоматических жалоб». В ходе нашего исследования была выявлена повышенная выраженность эмоционально окрашенных жалоб у пациентов с расстройствами шизофренического спектра по сравнению со здоровыми людьми (Рисунок 1). Повышенные показатели имеются по следующим шкалам: истощение, желудочные жалобы, сердечные жалобы и давление жалоб. Средние значения эмоционально-окрашенных жалоб у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, отличны от нормативных значений здоровых исследуемых [13].

14 из 16 человек имеют повышенные показатели по шкале истощение. Истощение проявляется в общей потере жизненной энергии, сонливости, вялости. 11 из 16 имеют повышенные показатели по желудочным жалобам. Желудочные жалобы проявляются синдромом нервных (психосоматических) желудочных недомоганий. 11 из 16 человек имеют пониженные показатели по ревматическим жалобам. Ревматические жалобы отражаются в субъективных недомоганиях человека, носящие спастический или алгический характер. 12 из 16 человек имеют повышенные показатели по сердечным жалобам. Сердечные жалобы проявляются в головокружении, в неприятных ощущениях в области сердца. 10 из 16 имеют повышенные показатели по шкале давление. Шкала давление характеризуется общей интенсивностью жалоб, «ипохондричность» не в традиционном понимании этого термина, а

с точки зрения психосоматического подхода — как «давление жалоб».

Методика «Стили психосоматического поведения» (В. М. Бызова, Е. И. Перикова, А. Е. Ловягина) была выбрана для оценки стиля психосоматического поведения. По данным эмпирического исследования с помощью методики, направленной на оценку стиля психосоматического поведения, были получены следующие результаты (Рисунок 2).

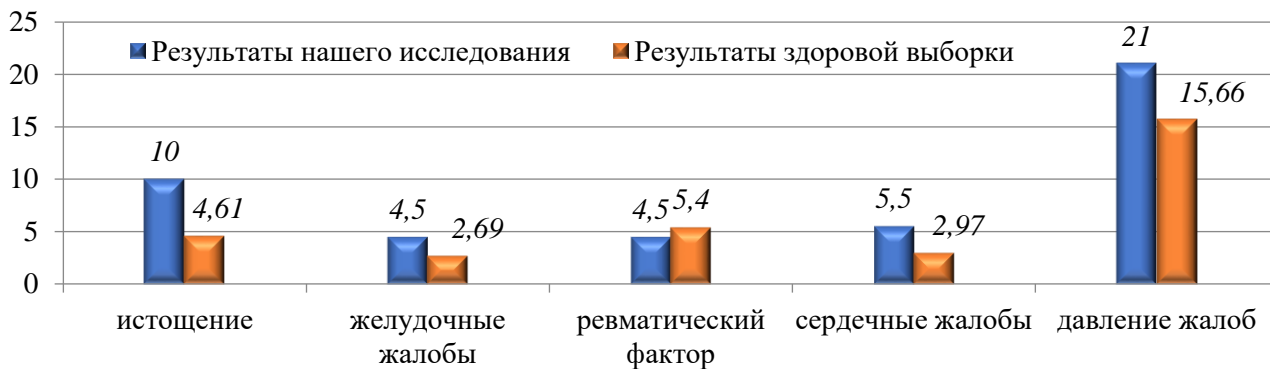


Рисунок 1. Средние значения эмоционально-окрашенных жалоб по сравнению с нормативными значениями.

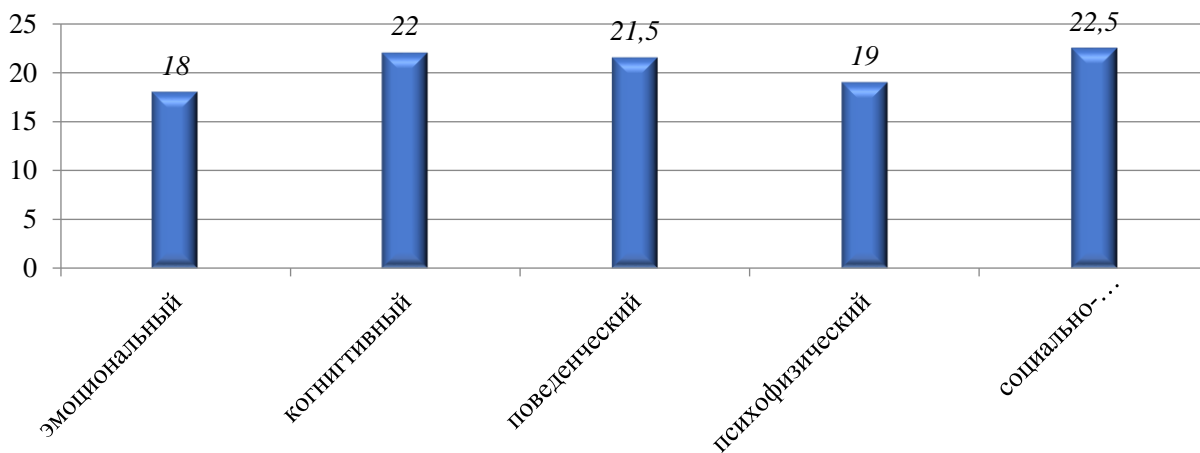


Рисунок 2. Результаты по методике «Стили психосоматического поведения» (В. М. Бызова, Е. И. Перикова, А. Е. Ловягина).

По данным эмпирического исследования с помощью опросника «Стили психосоматического поведения» (В. М. Бызова, Е. И. Перикова, А. Е. Ловягина) было выявлено, что у данной выборки преобладают два стиля психосоматического поведения, чьи приемы используются чаще, чем приемы остальных стилей — это когнитивный и социально-культурный.

Респондентам с преобладанием когнитивного стиля психосоматического поведения свойственно анализировать причины ухудшения самочувствия, находить логическое объяснение нарушениям здоровья. Таким образом, для них характерен такой механизм защиты, как рационализация. Волевая сфера оказывается развитой, тогда как эмоциональный интеллект развит недостаточно. Им присущи затруднения в определении эмоций и телесных ощущений, а также трудности в вербализации чувств, их чрезмерной сдержанности. Следовательно, такое подавление эмоций, трудности в их распознавании, могут стать причиной психосоматических нарушений.

Респонденты с социально-культурным стилем психосоматического поведения рассматривают причину ухудшения здоровья в неправильном отношении к близким людям и жизни. Исследуемым данной выборки легче формировать положительные установки к выздоровлению. Недоверчивость, низкая самооценка умений справляться с трудными социальными ситуациями могут стать причиной появления психосоматической симптоматики.

Индивидуально-типологический опросник Л. Н. Собчик была выбран для изучения индивидуально-типологических свойств. Согласно результатам эмпирического исследования с помощью индивидуально типологического опросника Л. Н. Собчик (ИТО), получены следующие результаты (Рисунок 3).

В ходе нашего исследования была выявлена повышенная выраженность таких характеристик как тревожность, интроверсия, лабильность и сензитивность.

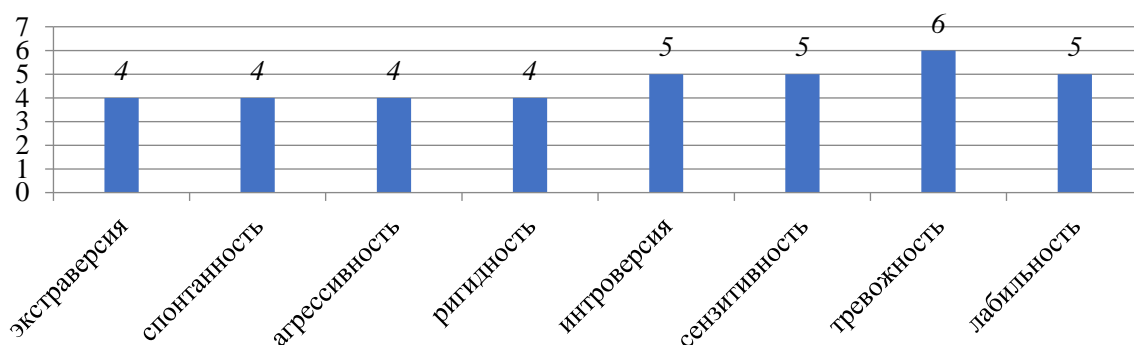


Рисунок 3. Степень выраженности индивидуально-типологических свойств.

У 11 из 16 исследуемых данной выборки характерны высокие показатели по шкале тревожности. Следовательно, для них характерна мнительность, боязливость, склонность к навязчивым страхам и паническим реакциям, ответственность по отношению к окружающим, повышенная озабоченность проблемами близких людей и собственными неудачами.

Следующей по степени выраженности в структуре личности пациентов с расстройствами шизофренического спектра видим шкалу сензитивности, характеризующая повышенной чувствительностью, ориентацией на авторитет более сильной личности и склонностью к рефлексии. По шкале сензитивности у 8 исследуемых экспериментальной выборки умеренно повышенные акцентуированные черты, а у 1 — избыточные показатели. По шкале лабильности у 8 из 16 человек имеются показатели выше нормы, что может свидетельствовать об их склонности к выраженной изменчивости настроения, эмоциональной неустойчивости. Последней достаточно сильно, по сравнению с остальными наиболее выраженной в структуре личности пациентов с расстройствами шизофренического спектра является шкала интроверсии. У 10 из 16 исследуемых наблюдаются высокие показатели по шкале интроверсии. Для данной выборки характерна обращенность во внутренний мир, застенчивость и недостаточная общительность.

У 11 из 16 исследуемых выявлены избыточно выраженные полярные свойства. Можно, предположить, что имеющиеся тенденции, компенсированные полярными свойствами, служат свидетельством значительной эмоциональной напряженности у большинства данной выборки. Психологическая компенсация одного полярного признака другим, формирует психосоматическую предрасположенность, создает почву для перехода психологических проблем в

соматические расстройства.

Выявление взаимосвязи стилей психосоматического поведения и индивидуально-типологических характеристик проводилось при помощи коэффициента r ранговой корреляции Спирмана. При статистической обработке между стилями психосоматического поведения и индивидуально-типологическими свойствами были выявлены значимые связи. Существует обратная корреляция между когнитивным стилем и агрессивностью ($r=-0,756$, при уровне значимости $p<0,5$). Для исследуемых же данной выборки свойственны приемы когнитивного стиля, что будет проявляться в рационализации переживаемых стрессовых состояний. Именно поэтому можно наблюдать обратную корреляцию, так как вследствие выраженности когнитивного стиля для исследуемых будет характерен высокий самоконтроль и стремление сдерживать свои эмоции и импульсы, тогда как агрессивность характеризуется двигательной активностью, импульсивностью и направленностью на самоутверждение. (Таблица).

Таблица.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОРРЕЛЯЦИИ СТИЛЕЙ
 ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ С ВЕДУЩИМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ ЛИЧНОСТИ

<i>Коррелируемые показатели</i>	<i>Объем выборки</i>	<i>Значение коэффициента корреляции Ч. Спирмена</i>	<i>Уровень значимости</i>
Когнитивный стиль / Агрессивность	16	-0,756	$P<0,5$
Поведенческий стиль / Агрессивность	16	-0,665	$P<0,5$
Социально-культурный стиль / Агрессивность	16	-0,532	$P<0,5$
Когнитивный стиль / Неконформность	16	-0,539	$P<0,5$
Поведенческий стиль / Неконформность	16	-0,547	$P<0,5$
Социально-культурный стиль / Неконформность	16	-0,561	$P<0,5$

Была выявлена обратная корреляция между поведенческим стилем и агрессивностью ($r=0,665$, при уровне значимости $p<0,5$). Для исследуемой выборки характерны приемы поведенческого стиля, что будет проявляться в чрезмерной сдержанности в выражении чувств и эмоций. Возможно, поэтому выявлена обратная умеренная связь с агрессивностью, которая при умеренных показателях, будет направлена на активную самореализацию, упрямство и своеволие в отстаивании своих интересов, выражение своей активной позиции миру, тогда как при повышении показателя по поведенческому стилю будет свидетельствовать о подавлении агрессии (Таблица).

Также выражена обратная корреляция между социально-культурным стилем и агрессивностью ($r=-0,532$, при уровне значимости $p<0,5$). Это свидетельствует о том, что при увеличении выраженности социально-культурного стиля, выраженность агрессивности будет уменьшаться. Агрессивность проявляется в тенденции к самоутверждению, она помогает в активной самореализации, в стремлении отстаивания своих интересов. Для социально-культурного стиля поведения характерно видеть причины ухудшения здоровья в проблемах в отношениях с окружающими, а при ухудшении самочувствия стремиться менять свое отношение к себе и близким, что, возможно, также будет поддерживать подавление агрессивных тенденций (Таблица).

В результате статистической обработки была выявлена обратная умеренная корреляция при уровне значимости меньше 0,5 между когнитивным, поведенческим и социально-культурным стилем и таким типологическим свойством, как неконформность. Это свидетельствует о том, что при выраженности данных стилей поведения, будет уменьшаться показатель неконформности. Конформность проявляется в чрезмерной ориентированности на общепринятые формы поведения. Таким образом, для данной выборки характерно сдерживание эмоций, чувств, недоверчивость и низкая самооценка умения справляться с трудными жизненными ситуациями, тогда при этом показатель конформности будет увеличиваться.

Таким образом, для исследуемых данной выборки будут характерны два стиля психосоматического поведения – когнитивный и социально-культурный. Следовательно, исследуемым свойственно давать логическое обоснование своим чувствам или же искать причину ухудшения своего здоровья в неправильном отношении к близким и к миру. Вследствие выраженности данных стилей для исследуемых будут характерны трудности в распознавании эмоций и чувств, а также недоверчивость и негативная оценка умений справляться с трудными социальными ситуациями. Еще одной особенностью исследуемых будет преобладание интроверсии, сензитивности, лабильности и тревожности.

Список литературы:

1. Билецкая М. П., Козлова Т. В. Психоэмоциональное состояние у женщин с неспецифическим язвенным колитом // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: сб. науч. тр. СПб.: Альта Астра, 2014. 220 с.
2. Бызова В. М., Ловягина А. Е. Стили психосоматического поведения у студентов с разными приемами саморегуляции в ситуации экзамена // Экология человека. 2017. №7. С. 25-31.
3. Дробижев М. Ю. Нозогенные (психогенные) реакции при соматических заболеваниях: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2000. 38 с.
4. Кадыров Р. В., Маслова М. В. Психологическая помощь при переживании травматического горя у больных с психическими расстройствами: творческие техники с использованием МАК // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2015. №5. С. 474-486.
5. Ковшова О. С. Психосоматические взаимоотношения при артериальной гипертензии подростков // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. 2012. №12. С.78-83.
6. Колодкина О. Ф., Моргунова О. А. Изменение вегетативной регуляции ритма сердца у больных шизофренией на фоне длительной терапии нейролептиками и ее клиническое значение // Человек и лекарство: V Российский национальный. М.,1998. С. 99.
7. Кудрявцева С. В., Ершова С. К. Отношение к болезни и социально-психологическая адаптация у лиц, страдающих инсулинозависимым сахарным диабетом // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. 2012. №12. С. 78-83.
8. Осколкова С. Н. Психосоматические нарушения как одна из причин гипо- и гипердиагностики шизофрении // Архив внутренней медицины. 2016. №1. С. 98-99.
9. Рюмин А. В. Специфика защитного поведения личности у больных с соматоформными расстройствами и с расстройствами адаптации // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. 2013. №13. С. 58–63.

10. Семенихин Д. Г., Карпов А. М., Шигабутдинова Ф. Г., Кучаева А. В., Бурашникова И. С. Особенности внутренней картины болезни и лечения у больных параноидной шизофренией с коморбидной соматической патологией // Практическая медицина. 2013. №1 (66). С. 182-184.
11. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. СПб.: Речь, 2005. 624 с.
12. Тарновская Н. Н. Психологическое сопровождение онкологических больных с целью гармонизации локуса контроля // Журнал практического психолога. 2007. №3. С. 12-17.
13. Ташаев Ш. С. Поиск, персонификация и купирование проявлений дискомфорта у психосоматического больного психосоматического больного // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. СПб.: Альта Астра. 2014.
14. Трегубов И. Б., Бабин С. М. Гиссенский опросник соматических жалоб. СПб., 1992. 23 с.
15. Шишкова Ю. А., Мотовилин О. Г., Суркова Е. В., Майоров А. Ю. Гликемический контроль, качество жизни и психологические характеристики больных сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет. 2013. №4. С. 90-99.
16. Dieset I., Andreassen O. A., Haukvik U. K. Somatic comorbidity in schizophrenia: some possible biological mechanisms across the life span // Schizophrenia bulletin. 2016. V. 42. №6. P. 1316-1319. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw028>

References:

1. Biletskaya, M. P., & Kozlova, T. V. (2014). Psikhoemotsional'noe sostoyanie u zhenshchin s nespetsificheskim yazvennym kolitom. *Aktual'nye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike: sb. nauch. tr. SPb.: Al'ta Astra, 220.* (in Russian).
2. Byzova, V. M., & Lovyagina, A. E. (2017). Stili psikhosomaticheskogo povedeniya u studentov s raznymi priemami samoregulyatsii v situatsii ekzamena. *Ekologiya cheloveka, (7), 25-31.* (in Russian).
3. Drobizhev, M. Yu. (2000). Nozogennye (psikhogennye) reaktsii pri somaticheskikh zabolevaniyakh: authoref. Dr. diss. Moscow. (in Russian).
4. Kadyrov, R. V., & Maslova, M. V. (2015). Psikhologicheskaya pomoshch' pri perezhivanii travmaticheskogo gorya u bol'nykh s psikhicheskimi rasstroistvami: tvorcheskije tekhniki s ispol'zovaniem MAK. *Lichnost' v ekstremal'nykh usloviyakh i krizisnykh situatsiyakh zhiznedeyatel'nosti, (5), 474-486.* (in Russian).
5. Kovshova, O. S. (2012). Psikhosomaticheskie vzaimootnosheniya pri arterial'noi gipertonii podrostkov. *Aktual'nye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike, (12), 78-83.* (in Russian).
6. Kolodkina, O. F., & Morgunova, O. A. (1998). Izmenenie vegetativnoi regulyatsii ritma serdtsa u bol'nykh shizofreniei na fone dlitel'noi terapii neiroleptikami i ee klinicheskoe znachenie. In *Chelovek i lekarstvo V Rossiiskii natsional'nyi Kongress. Moscow, 99.* (in Russian).
7. Kudryavtseva, S. V., & Ershova, S. K. (2012). Otnoshenie k bolezni i sotsial'no-psikhologicheskaya adaptatsiya u lits, stradayushchikh insulinozavisimym sakharnym diabetom. In *Aktual'nye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike, (12), 78-83.* (in Russian).
8. Oskolkova, S. N. (2016). Psikhosomaticheskie narusheniya kak odna iz prichin gipo- i giperdiagnostiki shizofrenii. *Arkhiv vnutrennei meditsiny, (1), 98-99.* (in Russian).

9. Ryumin, A. V. (2013). Spetsifika zashchitnogo povedeniya lichnosti u bol'nykh s somatoformnymi rasstroistvami i s rasstroistvami adaptatsii. *Aktual'nye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike*, (13), 58-63. (in Russian).

10. Semenikhin, D. G., Karpov, A. M., Shigabutdinova, F. G., Kuchaeva, A. V., & Burashnikova, I. S. (2013). Osobennosti vnutrennei kartiny bolezni i lecheniya u bol'nykh paranoidnoi shizofreniei s komorbidnoi somaticheskoi patologiei. *Prakticheskaya meditsina*, 1(66), 182-184. (in Russian).

11. Sobchik, L. N. (2005). Psikhologiya individual'nosti. Teoriya i praktika psikhodiagnostiki. St. Petersburg. (in Russian).

12. Tarnovskaya, N. N. (2007). Psikhologicheskoe soprovozhdenie onkologicheskikh bol'nykh s tsel'yu garmonizatsii lokusa kontrolya. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa*, (3), 12-17. (in Russian).

13. Tashaev, Sh. S. (2014). Poisk, personifikatsiya i kupirovanie proyavlenii diskomforta u psikhosomaticheskogo bol'nogo psikhosomaticheskogo bol'nogo. *Aktual'nye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike*. St. Petersburg. (in Russian).

14. Tregubov, I. B., & Babin, S. M. (1992). Gissenskii oprosnik somaticheskikh zhalob. St. Petersburg. (in Russian).

15. Shishkova, Yu. A., Motovilin, O. G., Surkova, E. V., & Maiorov, A. Yu. (2013). Glikemicheskii kontrol', kachestvo zhizni i psikhologicheskie kharakteristiki bol'nykh sakharnym diabetom 1 tipa. *Sakharnyi diabet*, (4), 90-99. (in Russian).

16. Dieset, I., Andreassen, O. A., & Haukvik, U. K. (2016). Somatic comorbidity in schizophrenia: some possible biological mechanisms across the life span. *Schizophrenia bulletin*, 42(6), 1316-1319. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw028>

Работа поступила
в редакцию 20.12.2020 г.

Принята к публикации
25.12.2020 г.

Ссылка для цитирования:

Болотина Н. В., Ку Боксун Стили психосоматического поведения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра // Бюллетень науки и практики. 2021. Т. 7. №2. С. 112-121. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/63/10>

Cite as (APA):

Bolotina, N., & Ku, Bok Sun (2021). Psychosomatic Behavior Styles of Patients With Disorders with Schizophrenic Specter. *Bulletin of Science and Practice*, 7(2), 112-121. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/63/10>