

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-58-67>

УДК 616-89

Ипохондрические убеждения и поведение пациентов с соматоформными расстройствами: связь с соматическими жалобами и субъективной оценкой благополучия

Белокрылов И.В.¹, Семиков С.В.¹, Тхостов А.Ш.², Рассказова Е.И.³

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Российская Федерация

³ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: исследования психологических механизмов хронификации соматоформных расстройств и снижения качества жизни актуальны для определения мишеней психотерапевтических интервенций и выделения групп риска. **Цель:** выявление особенностей ипохондрических убеждений и поведения пациентов с соматоформными расстройствами и их связи с выраженностью соматических жалоб и субъективной оценкой благополучия. **Пациенты и методы:** обследованы 100 пациентов с соматоформными расстройствами с использованием психометрических шкал скрининга соматоформных симптомов, Торонтской шкалы алекситимии, опросника убеждений в отношении тела и здоровья, шкалы оценки поведения в болезни и краткой версии опросника качества жизни и удовлетворенности. **Результаты:** более высокие показатели скрининга соматоформных симптомов характерны для пациентов со склонностью к катастрофизации телесных ощущений, дисфункции вегетативной нервной системы, мысленному сканированию тела на предмет наличия расстройств, изменениям повседневной деятельности из-за болезни. Независимо от выраженности соматоформных симптомов оценка субъективного благополучия ниже у пациентов с убежденностью в телесной слабости, с соматосенсорной амплификацией и вегетососудистыми нарушениями, со склонностью к предъявлению жалоб и изменениями повседневной деятельности из-за болезни. **Выводы:** результаты обсуждаются в контексте возможных психологических и поведенческих факторов хронификации соматоформных расстройств. Группой риска хронификации соматоформных расстройств выступают пациенты старшего возраста в связи с большей склонностью к катастрофизации телесных ощущений и убеждением в телесной слабости.

Ключевые слова: соматоформное расстройство; субъективное благополучие; ипохондрическое поведение; представления о собственном теле и здоровье

Для цитирования: 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 субъективной оценкой благополучия. *Психиатрия*. 2021; 19(3):58–67. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-58-67>

Конфликт интересов отсутствует

Hypochondriac Beliefs and Behavior in Patients with Somatoform Disorders: Relationship to Somatic Complaints and Subjective Well-Being

Belokrylov I.V.¹, Semikov S.V.¹, Tkhostov A.Sh.², Rasskazova E.I.²

¹People's Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

²Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation

³FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

RESEARCH

Summary

Background: studies of the psychological mechanisms of perpetuation and quality of life in patients with somatoform disorders are important for identifying targets for psychological interventions and defining risk groups. **Aim:** to reveal specific hypochondriac beliefs and behavior in patients with somatoform disorders related to severity of somatic complaints and subjective well-being. **Patients and methods:** 100 patients with somatoform disorders were assessed by using Screening for Somatoform Symptoms, Toronto Alexithymia Scale, Cognitions About Body And Health Questionnaire, Scale for the Assessment of Illness Behaviour, and Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-18. **Results:** level of somatoform symptoms is higher in patients with a tendency to catastrophize bodily sensations, autonomic disfunction, mental scanning for bodily symptoms, and disturbances in daily activities due to illness. Regardless of somatoform symptoms' severity, subjective well-being is lower in patients with belief in bodily weakness and somatosensory amplification, autonomic sensations, expression of symptoms, and changes in daily activities due to illness. **Conclusions:** the results are discussed in the context of possible psychological and behavioral factors in the perpetuation of somatoform disorders. Patients of older age are at risk of perpetuation of somatoform disorders due to a greater tendency to catastrophize bodily sensations and higher belief in bodily weakness.

Keywords: somatoform disorders; subjective well-being; hypochondriac behavior; beliefs about body and health

For citation: Belokrylov I.V., Semikov S.V., Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. Hypochondriac Beliefs and Behavior in Patients with Somaform Disorders: Relationship to Somatic Complaints and Subjective Well-Being. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021; 19(3):58–67. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-58-67>

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Проблема психологических механизмов развития соматоформных расстройств, порождающих жалобы, не имеющие медицинского основания (так называемых «необъясненных медициной симптомов» [1]), восходит к ранним исследованиям соматизации и ипохондризации [2] и не теряет своей актуальности. Эти заболевания широко представлены в общесоматической клинике [3], отличаются трудностями их квалификации [4, 5] и выраженным снижением уровня функционирования и качества жизни этих пациентов [3]. Отдельную задачу представляет выявление групп риска хронификации соматоформных расстройств: несмотря на очевидные гендерные различия в распространенности соматоформных расстройств [6] до настоящего времени нет данных о том, что психологические и поведенческие механизмы хронификации заболевания могут различаться у мужчин и женщин. С другой стороны, недавние данные об актуальности исследований соматоформных расстройств в пожилом возрасте [7] ставят вопрос о том, можно ли считать некоторые возрастные категории группами риска, в которых соматоформные расстройства приводят к особенно выраженному снижению качества жизни.

Психологические модели развития и хронификации соматоформных расстройств выделяют интероцептивные, когнитивные, эмоциональные и поведенческие группы факторов. Согласно когнитивным моделям соматоформные расстройства определяются изменением интероцептивной перцепции (включая ощущения со стороны вегетативной нервной системы) под воздействием ряда когнитивных факторов (например, чрезмерного внимания пациентов к телесной сфере в связи с опасениями заболевания или убеждениями в уязвимости своего тела). При этом предполагается, что для соматизации характерно рассогласование между системами первичного и вторичного внимания [1], когда в памяти активируются несоответствующие реальности, неточные репрезентации и именно они управляют дальнейшим поиском ощущений и их интерпретацией/осмыслением. Интересно, что исследования интероцептивной чувствительности указывают, что у пациентов с соматоформными расстройствами изменена не интероцептивная чувствительность сама по себе, а интероцептивная осведомленность [8] и дальнейшие процессы когнитивной оценки и регуляции в отношении ощущений [9]. Обнаруженные новые ощущения пациент интерпретирует в духе катастрофизации [10], делая выводы об уязвимости, особой чувствительности своего тела, непереносимости ощущений [11], что приводит к дисфункциональным стратегиям совладания. В качестве отдельной особенности пациентов

с соматоформными расстройствами рассматривается так называемая соматосенсорная амплификация [12]. Предложенная как психологический механизм ипохондризации, эта характеристика включает склонность человека к постоянному мониторингу телесных ощущений и тенденцию к их катастрофизации.

Поведенческие модели соматоформных расстройств восходят к понятиям «роли больного» и «поведения в болезни» и предлагают набор поведенческих стратегий, которые могут приводить к ухудшению состояния и усилению тревоги при ипохондрическом и соматоформном расстройствах, являясь в этом смысле дисфункциональными. В частности, У. Риф и его коллеги относят к таким стратегиям постоянное сканирование тела на предмет нарушений, проверку и перепроверку диагноза, выражение жалоб другим людям, частые обращения за медицинской помощью и прием лекарств, а также ограничение привычного спектра активностей из-за болезни [13]. Такого рода стратегии не только не приводят к улучшению состояния, но и усиливают внимание пациента в отношении жалоб и лечения, усугубляют тревогу о здоровье и приводят к снижению уровня его функционирования и качества жизни.

В рамках рассмотрения соматоформных расстройств как нарушений эмоциональной регуляции [14] заметное место занимают исследования алекситимических особенностей личности как дефицита когнитивной переработки и регуляции эмоций, проявляющегося в сложностях идентификации и дифференциации ощущений и чувств, трудностях воображения и в когнитивном стиле, ориентированном на внешние стимулы. Согласно данным ряда исследований, алекситимия является фактором predisпозиции в отношении ряда психических заболеваний, включая соматоформные расстройства [15].

Цель данного исследования — выявление особенностей ипохондрических убеждений и поведения пациентов с соматоформными расстройствами и их связи с выраженностью соматических жалоб и субъективным благополучием.

Выдвигались следующие гипотезы.

1. С возрастом пациенты более склонны к представлениям о слабости своего тела и катастрофизации телесных ощущений, а также проверкам диагноза и поиску лечения.
2. Для мужчин с соматоформными расстройствами более характерны представления о слабости своего тела и обращение за медицинской помощью по сравнению с женщинами, страдающими данной патологией.
3. Бóльшая выраженность жалоб на соматоформные симптомы (большее их количество и разнообразие) характерна для пациентов с более

высоким уровнем алекситимии, катастрофизации в отношении патологических телесных ощущений и вегетососудистых нарушений, убеждениями в телесной слабости, непереносимостью телесных ощущений, соматосенсорной амплификацией, а также ипохондрическими особенностями поведения.

4. Субъективное благополучие при соматоформных расстройствах выше у пациентов с более низким уровнем алекситимии, менее выраженными признаками ипохондрического поведения и когнитивных убеждений, характерных для соматоформных расстройств. Эти связи сохраняются после статистического контроля выраженности жалоб на соматоформные симптомы (т.е. не зависят от выраженности жалоб).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В работе представлены результаты изучения выборки больных соматоформными расстройствами, сформированной из лиц, обследованных в стационаре — психиатрическом («кризисном») отделении ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения г. Москвы, а также проходивших амбулаторное лечение в медицинском центре «Ирбис» за период с 2016 по 2019 г.

Критерием включения было соответствие психопатологического статуса пациента диагностическим признакам «Соматоформного расстройства» (F45 в МКБ-10) либо «Конверсионного расстройства» (300.11 в DSM-5).

Критерии невключения следующие.

1. Сопутствующие психические заболевания органического круга (F0), употребление психоактивных веществ (F1), шизофрения и расстройства шизофренического спектра (F2), эндогенные аффективные расстройства (F3), а также психические расстройства любых регистров, сопровождающиеся патологическими телесными ощущениями сенесто-козностезиопатического круга, висцеральными галлюцинациями и/или бредовой ипохондрией.

2. Соматические заболевания в стадии обострения.

Исследование проведено в соответствии с Международным кодексом медицинской этики (1949 г.) и положениями Хельсинкской декларации по доклиническим и клиническим исследованиям на людях и животных, принятой Всемирной медицинской ассоциацией (1964 г.) и пересмотренной в 2013 г., одобрено Локальным этическим комитетом РУДН и МГУ им. М.В. Ломоносова. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Обследованы 100 пациентов с соматоформными расстройствами (СФР), из них 34 мужчины (34%) и 66 женщин (66%). Возраст пациентов составлял от 18 до 68 лет (средний возраст $42,67 \pm 11,22$ года). 61 пациент имел высшее образование, 34 человека — среднее специальное или общее среднее образование,

пять человек были студентами с неполным средним или высшим образованием.

Исследование состояло из двух частей: клинико-психопатологической и клинико-психологической. Настоящее сообщение отражает в основном теоретические аспекты клинико-психологического раздела исследования; для решения задач данного фрагмента применялись следующие методики.

1. Шкала скрининга соматоформных симптомов (Screening for Somatoform Symptoms SOMS-2) [5, 16] — скрининговая шкала, включающая список симптомов, соответствующий диагнозу соматоформного расстройства, а также дополнительный блок вопросов с критериями исключения и коморбидными симптомами. Пациента просят отметить те симптомы, которые он испытывал за последние семь дней, но только если врач не смог установить их медицинскую причину и только если они мешают его жизни. Методика допускает расчет показателя в соответствии с критериями МКБ-10 и DSM-IV; в данном исследовании рассчитывалось среднее число жалоб в соответствии с критериями МКБ-10. Надежность-согласованность шкалы (альфа Кронбаха) оказалась высокой (0,84).

2. Торонтская шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale) [17, 18] — первая состоящая из 26 пунктов шкала оценки алекситимии. Альфа Кронбаха по шкале в данном исследовании была средней — 0,72.

3. Опросник убеждений в отношении тела и здоровья (Cognitions about body and health questionnaire) [5, 11] направлен на выявление когнитивных представлений, характерных для пациентов с соматоформными расстройствами и предположительно связанных с развитием и хронификацией соматических жалоб, не имеющих органических оснований. Шкалы опросника включают катастрофизацию при интерпретации телесных ощущений, ощущения со стороны вегетативной нервной системы, убеждение в телесной слабости, непереносимость телесных симптомов, важность здоровых привычек. Помимо этого, в методику включена шкала соматосенсорной амплификации [19]. Согласованность шкал в данном исследовании варьировала от невысокой до средней (альфа Кронбаха 0,62–0,80).

4. Шкала оценки поведения в болезни (Scale for the Assessment of Illness Behaviour) [5, 13] была предложена для диагностики различных вариантов так называемого ипохондрического поведения, характерного для пациентов с ипохондрическим расстройством и включающего перепроверку диагноза (шкала проверки диагноза), выражение жалоб окружающим (шкала выражения жалоб), обращение за медицинской помощью (лечение/прием лекарств), изменение стиля жизни вследствие болезни и регулярное «сканирование» тела на предмет нарушений. Согласованность шкал в данном исследовании варьировала от допустимой до средней (альфа Кронбаха 0,64–0,79).

5. Опросник качества жизни и удовлетворенности, краткая версия для пациентов с психическими заболеваниями (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction

Questionnaire-18) [20, 21] представляет собой методику, оценивающую субъективную удовлетворенность человека четырьмя основными жизненными сферами — здоровьем, эмоциональным состоянием, повседневной активностью (активностью в свободное время) и общением. Надежность-согласованность шкал в данном исследовании варьировалась от средней до высокой (альфа Кронбаха 0,75–0,87).

Обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0 и включала описательную статистику, сравнение групп пациентов (t критерий Стьюдента с дополнительным расчетом величины статистического эффекта d Коэна), корреляционный анализ (парные и частные корреляции после статистического контроля показателя скрининга соматоформных симптомов).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Особенности жалоб, представлений о болезни и поведения в отношении болезни у пациентов с соматоформными расстройствами

По методике скрининга соматоформных симптомов пациенты предъявляли жалобы в среднем на $18,06 \pm 7,92$ симптома, не получившего медицинского обоснования (межквартильный размах от 12 до 23 симптомов).

По всем показателям убеждений в отношении тела и здоровья, характерных для соматоформного расстройства, пациенты в среднем показывают результаты

выше среднего (рис. 1). Максимальные значения получены для пункта признания важности здоровых привычек, что объясняется социальной желательностью этой шкалы, которая включает пункты о соблюдении требований правильного питания, здорового образа жизни. На общем фоне профиля оказались выраженными также показатели по шкалам соматосенсорной амплификации и телесной слабости.

Показатели ипохондрического поведения у пациентов с соматоформным расстройством также превышали средний уровень по всем шкалам (рис. 2). Максимальные значения выявлены по шкале последствий болезни, т.е. пациенты сообщают, что из-за заболевания они существенным образом изменяют свою привычную жизнь. Мысленное «сканирование» тела на предмет нарушений и обращение за лечением относятся к двум другим распространенным поведенческим стратегиям при соматоформном расстройстве.

Социодемографические факторы, ассоциированные с соматическими жалобами, ипохондрическими представлениями и поведением при соматоформных расстройствах

По сравнению с женщинами у мужчин выше уровень алекситимии ($t = 3,33$, $p < 0,01$, d Коэна = 0,70); они более склонны внимательно следить за новыми телесными ощущениями или симптомами ($t = 2,78$, $p < 0,01$, d Коэна = 0,59). Женщины в большей степени, чем мужчины, стараются следовать здоровому образу жизни ($t = -2,32$, $p < 0,05$, d Коэна = 0,49). Не

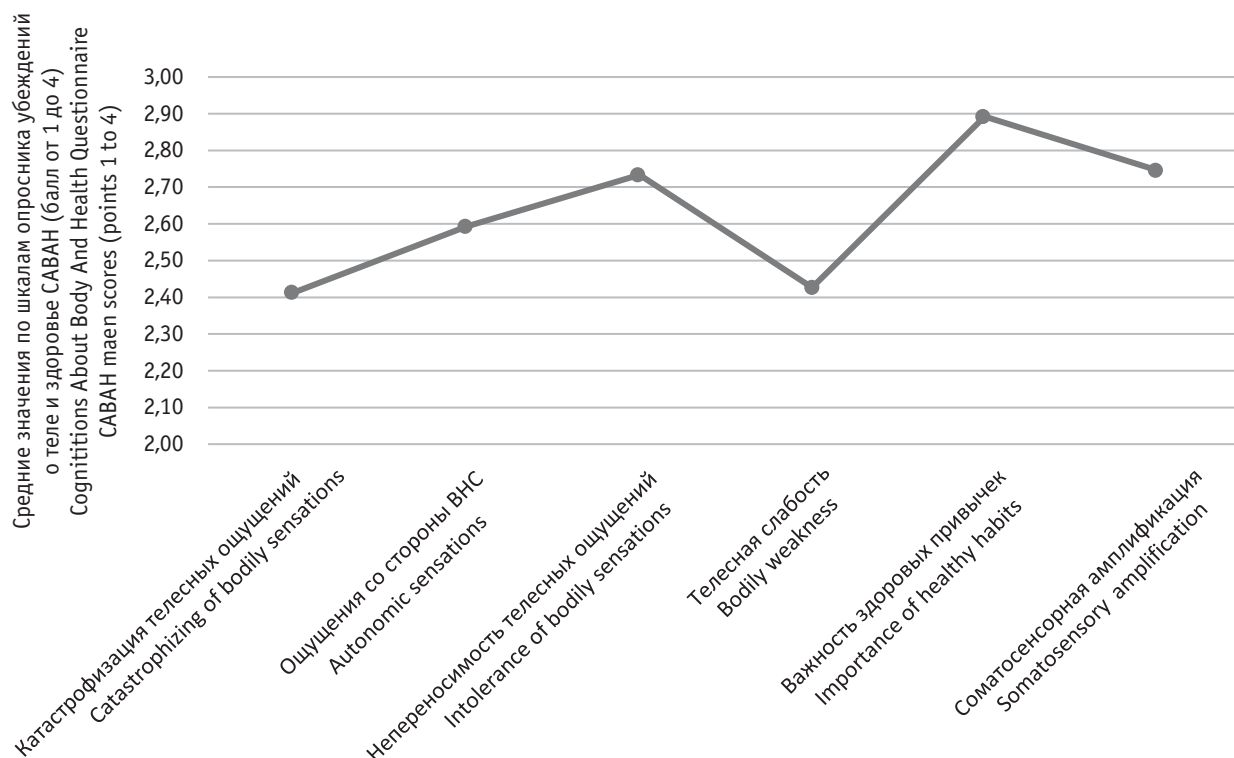


Рис. 1. Профиль средних показателей убеждений о теле и здоровье, характерных для пациентов с соматоформными расстройствами

Fig. 1. The profile of mean values of beliefs about body and health typical of patients with somatoform disorders

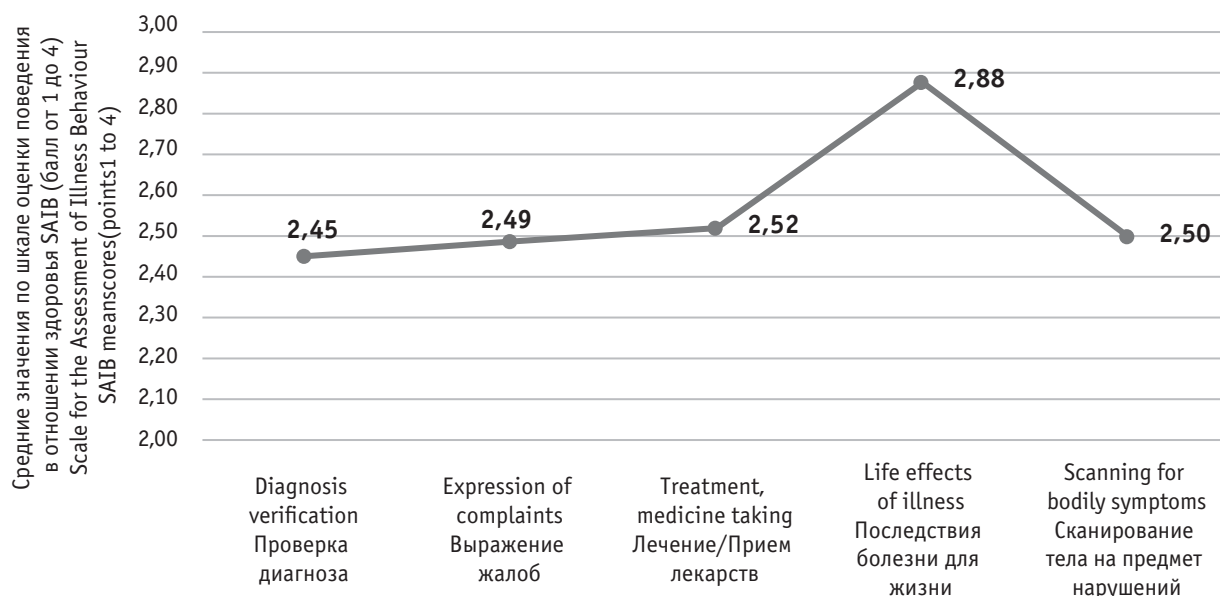


Рис. 2. Профиль средних показателей ипохондрического поведения, характерных для пациентов с соматоформными расстройствами

Fig. 2. The profile of mean scores of hypochondriacal behavior typical of patients with somatoform disorders

выявлено различий между мужчинами и женщинами по количеству соматических жалоб, не получивших медицинского обоснования, по уровню субъективного благополучия, а также других различий в представлениях и поведении, помимо отмеченных.

Пациенты старшего возраста жалуются в среднем на большее количество соматических жалоб, не получивших медицинского обоснования ($r = 0,27, p < 0,01$). Для них более характерны катастрофизация при интерпретации телесных ощущений ($r = 0,29, p < 0,01$), вегетативные проявления ($r = 0,25, p < 0,05$), телесная слабость ($r = 0,22, p < 0,05$), признание важности здоровых привычек ($r = 0,21, p < 0,05$). Возраст не был связан с их субъективным благополучием, уровнем алекситимии, проявлениями ипохондрического поведения.

Единственное различие между пациентами в зависимости от уровня образования касается представлений о последствиях заболевания для жизни: пациенты со средним и средним специальным образованием считают заболевание в большей степени негативно влияющим на их жизнь по сравнению с пациентами с высшим образованием ($t = 2,12, p < 0,05, d \text{ Коэна} = 0,45$).

Психологические факторы, ассоциированные с соматическими жалобами и ухудшением субъективного благополучия при соматоформных расстройствах

Показатели скрининга соматоформных симптомов не обнаружили связи с алекситимией, но были выше у лиц с более выраженной склонностью к катастрофизации телесных симптомов и переживающих ощущения, ассоциированные с симптомами дисфункции вегетативной нервной системы (табл. 1). На уровне поведения большее количество жалоб не было сопряжено с перепроверкой диагноза и жалобами, но оказалось связанным с частотой «сканирования» тела

на предмет нарушений, изменением других сфер жизни пациента, а также с обращением за медицинской помощью и приемом лекарств.

Очевидно, что большее количество и разнообразие жалоб на соматоформные симптомы связано с ухудшением субъективного благополучия — это касается удовлетворенности эмоциональным состоянием и общением. Для того чтобы установить связь субъективного ощущения благополучия с представлениями и поведением в отношении болезни, которые не объясняются тяжестью состояния (и не сводятся к ней), дополнительно к расчету парных корреляций вычислялись частные корреляции со статистическим контролем показателя скрининга соматоформных симптомов.

После контроля выраженности соматоформных симптомов уровень алекситимии был связан с неудовлетворенностью общением, но не с другими сферами жизни пациентов. Напротив, связь катастрофизации телесных ощущений и «сканирования» тела с неудовлетворенностью общением переставали достигать принятого уровня значимости при расчете частных корреляций, что позволяет предполагать, что эти связи объясняются именно выраженностью соматических жалоб.

Ощущения со стороны вегетативной нервной системы были связаны с неудовлетворенностью здоровьем, эмоциональным состоянием и повседневной активностью, тогда как низкая значимость для пациента здоровых привычек и влияние болезни на жизнь пациентов были связаны с неудовлетворенностью эмоциональным состоянием, повседневной активностью и общением.

Убеждение в телесной слабости, соматосенсорная амплификация и выражение жалоб оказывались,

Таблица 1. Связь представлений о телесных нарушениях и поведения в отношении болезни с количеством соматических жалоб, не имеющих медицинского обоснования, и удовлетворенностью жизнью: корреляции/частные корреляции (после статистического контроля количеств показателя SOMS)

Table 1. Connection of the conceptions and illness behavior with the number of somatic complaints without medical evidence and life satisfaction: correlations/common correlations (after the statistical control of quantities of SOMS value)

Шкалы скрининга соматоформных симптомов, алекситимии, представлений и поведения в отношении болезни/Somatoform symptoms, alexithymia, and illness behavior screening scales	SOMS — Скрининг соматоформных симптомов/Screening for somatoform symptoms	QLesQ — Удовлетворенность здоровьем/Health satisfaction	QLesQ — Удовлетворенность эмоциональным состоянием/Satisfaction with emotional state	QLesQ — Удовлетворенность повседневной активностью/Satisfaction with daily activities	QLesQ — Удовлетворенность общением/Satisfaction with communication
SOMS — Скрининг соматоформных симптомов/Screening for somatoform symptoms	1	–0,13	–0,35**	–0,19	–0,21*
TAS — Торонтская шкала алекситимии/Toronto Alexithymia Scale	0,06	–0,05/–0,06	–0,14/–0,14	–0,13/–0,13	–0,23*/–0,22*
САВАН — Катастрофизация телесных ощущений/Catastrophizing of bodily sensations	0,28**	0,01/0,04	–0,03/0,06	0,03/0,06	–0,22*/–0,14
САВАН — Ощущения со стороны вегетативной нервной системы/Autonomic sensations	0,33**	–0,24*/–0,22*	–0,37**/–0,29**	–0,26**/–0,21*	–0,13/–0,06
САВАН — Телесная слабость/Bodily weakness	0,19	–0,36**/–0,35**	–0,52**/–0,48**	–0,29**/–0,29**	–0,36**/0,34**
САВАН — Непереносимость телесных ощущений/Intolerance of bodily sensations	0,14	–0,02/–0,05	–0,03/0,00	–0,15/–0,13	–0,22*/–0,16
САВАН — Важность здоровых привычек/Importance of healthy habits	–0,13	0,13/0,09	0,34**/0,29**	0,32**/0,30**	0,25*/0,23*
САВАН — Соматосенсорная амплификация/Somatosensory amplification	0,18	–0,23*/–0,25*	–0,29**/–0,25*	–0,36**/–0,33**	–0,29**/–0,24*
SAIB — Проверка диагноза/Diagnosis verification	0,03	–0,02/–0,04	0,02/0,02	–0,12/–0,10	–0,11/–0,09
SAIB — Выражение жалоб/Expression of complaints	0,11	–0,30**/–0,31**	–0,27**/–0,26*	–0,25*/–0,24*	–0,20*/–0,17
SAIB — Лечение, прием лекарств/Treatment, medicine taking	0,29**	0,01/0,05	–0,15/0,05	–0,17/–0,12	0,01/0,09
SAIB — Последствия болезни для жизни/Life effects of illness	0,42**	–0,18/–0,16	–0,50**/–0,38**	–0,29**/–0,22*	–0,44**/–0,36**
SAIB — Сканирование тела на предмет нарушений/Scanning for bodily symptoms	0,24*	–0,19/–0,21*	–0,18/–0,13	–0,20/–0,16	–0,23*/–0,17

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

по-видимому, центральными факторами субъективного благополучия во всех сферах.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В полном соответствии с данными литературы половина пациентов предъявляет жалобы на 12–23 соматических симптома, не имеющих органических оснований. Каждый четвертый пациент высказывает значительно больше (до 39) жалоб, и лишь один из четырех — 11 и менее. Показатели убеждений о телесном здоровье и ипохондрического поведения превышают средние. Среди представлений о теле и здоровье пики усредненного профиля приходятся на признание важности здоровых привычек, убеждение в слабости и уязвимости своего тела, а также выраженность

соматосенсорной амплификации. К наиболее распространенным поведенческим стратегиям относятся изменения образа жизни из-за болезни, «сканирование» тела на предмет нарушений и активное обращение за лечением.

Несмотря на описанные в литературе гендерные различия в распространенности соматоформных расстройств [6], в данном исследовании не было выявлено различий между женщинами и мужчинами по количеству соматоформных жалоб. Иными словами, речь идет, скорее, о факторе гендерной predisпозиции. Более высокий уровень алекситимии у мужчин по сравнению с женщинами можно объяснить нормативными различиями, в соответствии с которыми мужчины реже обращаются и реже говорят о своих телесных ощущениях и переживаниях, чем женщины.

Данные о том, что мужчины чаще следят за своими ощущениями, чем женщины, на первый взгляд, кажется противоречащим предыдущему результату об алекситимии. Напротив, с нашей точки зрения, этот результат также характеризует специфическую для культуры реакцию мужчин на развитие у них соматоформного расстройства. Для женщин ожидания со стороны общества в отношении предъявления соматических жалоб и телесной выносливости менее выражены. Для мужчин же соматоформное расстройство может стать основой для болезненного переживания собственного несоответствия социальным ожиданиям и формирования убежденности в «истинности» болезненных симптомов, необходимости медицинской помощи, нежели в факте ухудшения состояния и хронификации заболевания.

Была установлена ассоциация жалоб и представлений о телесном здоровье с возрастом пациентов: старший возраст положительно коррелирует с количеством симптомов, не получивших медицинского объяснения. Этот результат свидетельствует в пользу того, что чем больше возраст пациентов, тем выше риск утяжеления и хронификации соматоформных расстройств.

Особый интерес представляют данные о том, что пациенты старшего возраста не только жалуются на большее число симптомов, но и более склонны к катастрофизации при интерпретации связанных с вегетативной дисфункцией телесных ощущений, к представлениям о телесной слабости. По этим причинам в отношении пациентов старшего возраста можно ожидать наибольшего эффекта от когнитивно-поведенческой терапии, направленной на работу с этими представлениями о своей болезни и своем теле.

Вместе с тем оценка пациентами субъективного благополучия оказалось не связанной ни с полом, ни с возрастом, ни с уровнем образования. Иными словами, при соматоформных расстройствах субъективное благополучие в различных жизненных сферах определяется в большей степени когнитивными и поведенческими факторами, а не социодемографическими.

Полученные в работе данные согласуются с когнитивной моделью соматоформных расстройств [1, 2, 11], а также с моделями соматосенсорной амплификации [12] и катастрофизации телесных ощущений [10]. В соответствии с этими концептуальными моделями психологические механизмы хронификации (а возможно, и развития) соматоформных расстройств включают в себя три компонента: когнитивный (ошибочная интерпретация телесных ощущений, ведущая к убеждениям о болезни), аффективный (страх наличия заболевания, тревога) и поведенческий (нарушения функционирования в социальной сфере, на работе и т.п.).

Более выраженные жалобы у пациентов с соматоформными расстройствами связаны с дисфункцией вегетативной нервной системы, «сканированием» своего тела, катастрофизацией, более выраженными нарушениями в образе жизни, которые пациенты объясняют заболеванием, а также приемом лекарств.

По всей видимости, именно эти специфические особенности переработки интрацептивных ощущений должны выступать в качестве одной из ключевых мишеней психотерапии в работе с соматоформными расстройствами. Данные об эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии соответствуют этим результатам [22, 23]. Вопреки когнитивной модели не выявлено связи показателя скрининга соматоформных симптомов с алекситимией, убеждениями в телесной слабости и непереносимости телесных ощущений, что позволяет предположить, что эти факторы не обусловлены выраженностью жалоб пациентов.

Интересно, что в отношении ипохондрического поведения полученные результаты скромнее описанных в литературе [13]: стремление к перепроверке диагноза и выражение жалоб у пациентов с соматоформным расстройством не связаны с показателем скрининга соматоформных симптомов. Иными словами, возможна заинтересованность их в патогенезе заболевания, но не в его хронификации. Связь жалоб со склонностью к скринингу тела на предмет нарушений полностью согласуется с описанными выше особенностями: пациенты, более чувствительные к ощущениям со стороны вегетативной системы, более склонны их же и отслеживать.

Корреляции показателя скрининга соматоформных симптомов с лечением, приемом лекарств и субъективной оценкой тяжести последствий заболевания для жизни не могут быть однозначно интерпретированы. С одной стороны, в соответствии с бихевиоральным подходом поведение в болезни сопряжено с риском хронификации заболевания, а сужение круга привычной деятельности, отказ от обязанностей в связи с заболеванием, самоограничительное поведение и сведение большей части активностей к лечению являются факторами риска неблагоприятного прогноза при различных заболеваниях [24]. С другой стороны, очевидно, что чем больше жалоб предъявляет человек, тем сложнее ему предотвратить негативные последствия заболевания в различных сферах жизни и тем более он склонен искать лечение (так называемое правило длительности и тяжести в модели саморегуляции в отношении здоровья и болезни [25]). Дальнейшая квалификация этих связей требует клинического анализа того, в какой мере самоограничительное поведение и поиск лечения чрезмерны или соответствуют ситуации и рекомендациям.

В соответствии с четвертой выдвинутой гипотезой, оценка субъективного благополучия ниже у пациентов с убеждением в телесной слабости, с соматосенсорной амплификацией, со склонностью к выражению жалоб. Помимо этого, неблагоприятное благополучие в большинстве сфер жизни также связано с отдельными вегетативными дисфункциями и влиянием болезни на повседневную деятельность. Поскольку эти связи сохранялись после статистического контроля выраженности соматоформных симптомов, можно предполагать, что эти особенности убеждений и поведения могут выступать как

мишени для психологической работы, направленной на улучшение качества жизни и благополучия пациентов с соматоформными расстройствами. Алекситимия, катастрофизация телесных ощущений и «сканирование» тела на предмет телесных ощущений связаны исключительно с неблагополучием в сфере общения, причем в последних двух случаях связь ослабевает после статистического контроля тяжести жалоб. Можно предполагать, что эти факторы чаще определяют особенности взаимодействия с другими людьми, нарушая круг общения пациента — и нередко тем сильнее, чем более выражено физическое недомогание. Субъективная непереносимость телесных ощущений, склонность к лечению и приему лекарств и проверке диагноза не обнаружили связи с субъективной оценкой благополучия. В целом результаты свидетельствуют о том, что эти когнитивные и поведенческие факторы не играют большой роли в состоянии пациентов с соматоформными расстройствами. Возможно, они более важны для пациентов с ипохондрическим расстройством.

Парадоксальный, на первый взгляд, результат касается убеждения в важности здоровых привычек, которые связаны с более высоким субъективным благополучием у пациентов с соматоформными расстройствами. В когнитивной модели соматоформных расстройств [11] данная шкала была предложена для оценки чрезмерной важности здорового образа жизни, потенциально связанного с тревогой здоровья. С нашей точки зрения, это привело к смешению смысла пунктов: с ними соглашаются как люди, для которых здоровый образ жизни становится «сверхценно» важен, так и люди, следующие здоровому образу жизни без тревоги о здоровье и чрезмерного вовлечения. Этому соответствуют низкие показатели согласованности по данной шкале. По результатам данного исследования, у пациентов с соматоформными расстройствами эта шкала чаще характеризует субъективную важность здорового образа жизни, не достигающую уровня «аддикции» или «ипохондриии здоровья» [26], и потому скорее является продуктивной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у пациентов с соматоформными расстройствами количество жалоб на соматические симптомы можно рассматривать как индикатор эмоционального неблагополучия и неудовлетворенности общением.

Склонность к постоянному тревожно-мнительному «сканированию» своего тела, катастрофизация патологических телесных сенсаций, изменения в образе жизни, определяющиеся нарастанием паттернов ипохондрического поведения, которые пациенты объясняют заболеванием и неизбежностью приема лекарств, — все эти специфические особенности переработки интрацептивных ощущений должны выступать в качестве одной из ключевых мишеней психотерапии в работе с такими пациентами (в особенности,

если речь идет о когнитивно-поведенческой психотерапии).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychol. Bull.* 2004; 130(5):793–812. doi: 10.1037/0033-2909.130.5.793. PMID: 15367081
2. Рассказова ЕИ. Роль нарушений когнитивной и эмоциональной регуляции в возникновении соматических симптомов. *Вопросы психологии.* 2013; 6:87–97.
Rasskazova EI. Rol' narushenij kognitivnoj i emocional'noj reguljacii v vzniknovenii somaticheskikh simptomov. *Voprosy psihologii.* 2013; 6:87–97. (In Russ.).
3. Piontek K, Shedden-Mora MC, Gladigau M, Kuby A, Löwe B. Diagnosis of somatoform disorders in primary care: diagnostic agreement, predictors, and comorbidities with depression and anxiety. *BMC Psychiatry.* 2018; 18:361. doi: 10.1186/s12888-018-1940-3
4. Hiller W, Janca A. Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatr.* 2003; 15(4):167–179. doi: 10.1034/j.1601-5215.2003.00031.x. PMID: 26983564
5. Рассказова ЕИ. Клинико-психологический подход к диагностике трудно квалифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2013; 3:25–32.
Rasskazova EI. Kliniko-psihologicheskij podhod k diagnostike trudno kvalificiruemyh simptomov v ramkah somatoformnyh rasstrojstv. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva.* 2013; 3:25–32. (In Russ.).
6. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *J. Gen. Intern. Med.* 2001; 16(4):266–275. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.00229.x
7. Dehoust MC, Schulz H, Härter M, Volkert J, Sehner S, Drabik A, Wegscheider K, Canuto A, Weber K, Crawford M, Quirk A, Grassi L, DaRonch C, Munoz M, Ausin B, Santos-Olmo A, Shalev A, Rotenstein O, Hershkowitz Y, Strehle J, Wittchen H-U, Andreas S. Prevalence and correlates of somatoform disorders in the elderly: Results of a European study. *Int. J. Methods Psychiatr Res.* 2017; 26(1):e1550. doi: 10.1002/mpr.1550
8. 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. doi: 10.1037/a0028509. PMID: 22642840
9. Flasiński T, Dierolf AM, Rost S, Lutz A, Voderholzer U, Koch S, Bach M, Asenstorfer C, Münch EE, Mertens VC, Vögele C, Schulz A. Altered Interoceptive Awareness in

- High Habitual Symptom Reporters and Patients With Somatoform Disorders. *Front Psychol.* 2020; 11:1859. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01859
10. Drahovzal DN, Stewart SH, Sullivan MJ. Tendency to catastrophize somatic sensations: pain catastrophizing and anxiety sensitivity in predicting headache. *Cogn. Behav. Ther.* 2006; 35(4):226–235. doi: 10.1080/16506070600898397. PMID: 17189240
 11. Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J. Abnorm. Psychol.* 1998; 107(4):587–595. doi: 10.1037//0021-843x.107.4.587. PMID: 9830246
 12. Martinez MP, Belloch A, Botella C. Somatosensory amplification in hypochondriasis and panic disorder. *Clin. Psychol. Psychotherapy.* 1999; 6:46–53.
 13. Rief W, Ihle D, Pilger F. A new approach to assess illness behaviour. *J. Psychosom. Res.* 2003; 54(5):405–414. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00401-4. PMID: 12726894
 14. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *Int. Rev. Psychiatry.* 2006; 18(1):13–24. doi: 10.1080/09540260500466774. PMID: 16451876
 15. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
 16. Rief W, Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics.* 2003; 44(6):492–498. doi: 10.1176/appi.psy.44.6.492. PMID: 14597684
 17. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother. Psychosom.* 1985; 44(4):191–199. doi: 10.1159/000287912. PMID: 3837277
 18. Старостина ЕГ, Тэйлор ГД, Квилти ЛК, Бобров АЕ, Мошняга ЕН, Пузырева НВ, Боброва МА, Ивашкина МГ, Кривчикова МН, Шаврикова ЕП, Бэгби РМ. Надежность и факториальная валидность русской версии 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2012; 20(3):20–25.
Starostina EG, Teilor GD, Kvilti LK, Bobrov AE, Moshnyaga EN, Puzyreva NV, Bobrova MA, Ivashkina MG, Krivchikova MN, Shavrikova EP, Begbi RM. Nadezhnost' i faktorial'naya validnost' russkoi versii 20-punktovoi Torontskoi shkaly aleksitimii. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya.* 2012; 20(3):20–25. (In Russ.).
 19. Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br. J. Psychiatry.* 1990; 157:404–409. doi: 10.1192/bjp.157.3.404. PMID: 2245272
 20. Ritsner M, Kurs R, Gibel A, Ratner Y, Endicott J. Validity of an abbreviated quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Qual. Life Res.* 2005; 14(7):1693–1703. doi: 10.1007/s11136-005-2816-9. PMID: 16119181
 21. Рассказова ЕИ. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии. *Психология. Журнал Высшей школы экономики.* 2012; 9(4):81–90.
Rasskazova EI. Metodika ocenki kachestva zhizni i udovletvorennosti: psihometricheskie harakteristiki russkoyazychnoj versii. *Psihologiya. Zhurnal Vyshej shkoly ekonomiki.* 2012; 9(4):81–90 (In Russ.).
 22. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li Z-J, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders.* 2019; 15(245):98–112. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.114
 23. Kleinstauber M, Rief W. Chapter 17. Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders and Pain. In: S.G. Hoffman, G.J. Asmundson (Eds.). *The Science of Cognitive Behavioral Therapy.* Academic Press, 2017:405–427. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00017-9>
 24. Рассказова ЕИ, Тхостов АШ. Психологические факторы эффективности лечебного процесса. В кн.: *Руководство по психологии здоровья.* Под ред. АШ Тхостова, ЕИ Рассказовой. М.: Издательство МГУ, 2019:691–752.
Rasskazova EI, Thostov ASH. Psihologicheskie faktory effektivnosti lechbnogo processa. V kn.: *Rukovodstvo po psihologii zdorov'ya.* Pod red. ASH Thostova, EI Rasskazovoj. M.: Izdatel'stvo MGU, 2019:691–752 (In Russ.).
 25. Mora PA, Robitaille C, Leventhal H, Swigar M, Leventhal EA. Trait negative affect relates to prior-week symptoms, but not to reports of illness episodes, illness symptoms, and care seeking among older persons. *Psychosom Med.* 2002; 64(3):436–449. doi: 10.1097/00006842-200205000-00007. PMID: 12021417
 26. Егоров АЮ. Аддикция упражнений (спортивная аддикция). *Руководство по психологии здоровья.* Под ред. АШ Тхостова, ЕИ Рассказовой. М.: Издательство МГУ, 2019:338–362.
Egorov AYU. Addikciya uprazhnenij (sportivnaya addikciya). V kn.: *Rukovodstvo po psihologii zdorov'ya.* Pod red. ASH Thostova, EI Rasskazovoj. M.: Izdatel'stvo MGU, 2019:338–362. (In Russ.).

Сведения об авторах

Белокрылов Игорь Владленович, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Медицинский институт, Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-3329-9411>

E-mail: beliv60@yandex.ru

Семиков Семен Валерьевич, ассистент, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Медицинский институт, Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-3315-2604>

E-mail: semensemikov@mail.ru

Тхостов Александр Шамилевич, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>

E-mail: tkhostov@gmail.com

Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, доцент, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, МГУ им. М.В. Ломоносова, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>

E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Information about the authors

Igor V. Belokrylov, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Docent, Head of Department, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Medical Institute of the People's Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-3329-9411>

E-mail: beliv60@yandex.ru

Semen V. Semikov, Assistant, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Medical Institute of the People's Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-3315-2604>

E-mail: semensemikov@mail.ru

Alexander Sh. Tkhostov, PhD, Dr. of Sci. (Psychol.), Professor, Head of Department, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>

E-mail: tkhostov@gmail.com

Elena I. Rasskazova, PhD, Cand. of Sci. (Psychol.), Docent of Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>

E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Рассказова Елена Игоревна/Elena I. Rasskazova

E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Дата поступления 08.03.2021
Received 08.03.2021

Дата рецензии 24.05.2021
Revised 24.05.2021

Дата принятия 07.06.2021
Accepted for publication 07.06.2021