

Summary

Background: the application of group analysis for the treatment of somatoform disorders requires the substantiation of its clinical and psychological effectiveness in various differential diagnostic groups. **Aim:** the investigation of the dynamics of pathological bodily sensations, concomitant psychopathological symptoms, quality of life as well as beliefs about the disease and treatment in patients with somatoform disorders undergoing group analysis, in comparison with patients in the psychoeducation program. **Patients and methods:** 100 patients with somatoform disorders were randomized to group-analysis or psychoeducation. Before and after treatment, they filled Screening for Somatoform Symptoms, the Toronto Alexithymia Scale, the Illness Perception Questionnaire revised, Cognitions about Body and Health Questionnaire, Scale for the Assessment of Illness Behaviour, and Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-18. **Results:** all patients demonstrated a decrease in the severity of somatoform symptoms and an improvement in the quality of life in various spheres of life, which is significantly more pronounced in patients receiving group-analysis compared to psychoeducation. The improvement of subjective state of patients having undergone psychotherapy during treatment was highly associated with a decrease in the severity of the emotional reaction to the disease, somatosensory amplification, beliefs in bodily weakness and intolerance to bodily sensations. The patients of the main group solely demonstrated a decrease in patterns of hypochondriacal behavior such as catastrophization regarding bodily sensations, revisiting general practitioners, and simultaneous distrust of the results of medical tests and prescriptions. When comparatively analyzing the separate diagnostic groups, patients with polymorphic somatoform disorder displayed the most pronounced clinical effect (a decrease in the severity of complaints) in the process of group analysis, and patients with somatized disorder showed the most pronounced psychological effect (an improvement in the quality of life, a decrease in the dramatization of bodily sensations, a decrease in medical retesting and diagnosis verification, the optimization of beliefs about health). **Conclusions:** group analysis demonstrated greater clinical and psychological effectiveness, in comparison with psychoeducation, in patients with somatoform disorders.

Keywords: somatoform disorders, group-analysis, psychoeducation, quality of life, cognitive beliefs about body and health, illness representation

For citation: Belokrylov I.V., Semikov S.V., Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. Group Analysis in Patients with Somatoform Disorders: Clinical Effectiveness, the Dynamics of Quality of Life and Attitude Towards Disease and Treatment. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(1):76–88. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-76-88>

ВВЕДЕНИЕ

Проблема клинической эффективности и психологических последствий различных психотерапевтических интервенций у пациентов с соматоформными (СФР) и конверсионными расстройствами имеет длительную историю, адресуя читателям к ранним исследованиям не только соматизации, но конверсии и диссоциации [1, 2]. Ее актуальность в настоящее время обусловлена ограниченным эффектом психофармакотерапии этих состояний, а также выраженностью у пациентов психологических и поведенческих факторов, приводящих к хронификации заболевания, снижению уровня функционирования и ухудшению качества жизни [3–5]. Пациентов с соматоформными расстройствами характеризуют частые обращения в общемедицинские клиники, требования дополнительных обследований, оспаривание и перепроверка диагноза [6]. Проблема не теряет актуальности с возрастом пациентов [7]. Эти обстоятельства определяют все возрастающую роль психотерапии в комплексе лечебно-реабилитационных мер в отношении данного контингента больных.

Психоанализ в работе с больными СФР

К настоящему времени накоплены данные об эффективности различных психологических интервенций при СФР, обоснованные результатами метаанализа в рандомизированных контролируемых выборках пациентов с соматоформными расстройствами и «необъясненными медицинскими симптомами»¹ в целом

[8]. Это касается, в частности, и психодинамической (психоаналитической) терапии, действенность которой примерно сопоставима по результативности с наиболее распространенной модальностью — когнитивно-поведенческой — и проявляется как в плане редуцирования психопатологической симптоматики, так и улучшения личностного функционирования больных [9, 10]. Первый опыт применения групп-анализа пациентами с психосоматической симптоматикой описан в публикациях G. Ammon [10] и G.H. Wittich [11]. В нашей стране с учетом пока ограниченного развития психотерапевтических институций в целом особые перспективы данный метод приобретает в том смысле, что усилиями одного терапевта лечение может получать не один пациент, а группа численностью до 10 человек. При этом применение групп-аналитической психотерапии в лечении СФР требует отдельного обоснования ее клинической и психологической эффективности в различных дифференциально-диагностических группах. Настоящее исследование посвящено клинко-психопатологическим и психологическим аспектам применения одного из психоаналитически ориентированных методов — группового анализа.

В большинстве работ по психоаналитической психотерапии отдельных нозологических групп пациентов, в частности с СФР, подчеркивается, что эффективность лечения следует оценивать не только по динамике психопатологической симптоматики, но и по изменениям структурно-динамических личностных параметров, которые улавливаются и описываются в процессе и по итогам терапии в терминологии психоаналитической метапсихологии. Однако эти данные трудно обработать и представить в клиническом выражении с позиций доказательной медицины. В то же время эквиваленты

¹ Термин «необъясненные медицинские симптомы» (unexplained medical symptoms) применяется в англоязычной литературе для описания жалоб, для которых не удалось установить органических оснований и которые рекомендуется рассматривать как функциональные или соматоформные (Hiller, Janca, 2003, Brown, 2004).

этих психодинамических параметров могут быть установлены при экспериментально-психологическом исследовании.

Психологические исследования больных СФР

В психологических исследованиях было показано, что для пациентов с СФР характерны специфические изменения в системе внимания [1], которые могут частично объяснять их гиперчувствительность к интрацептивным ощущениям. Помимо этого, у них отмечается более низкий по сравнению с контрольной группой уровень интрацептивной осведомленности (формы субъективного переживания ощущений) [12], трудности телесной и эмоциональной регуляции [13–16]. Было показано, что у пациентов с СФР более выражена катастрофизация в отношении своих телесных симптомов [17], они чаще говорят о слабости и уязвимости своего тела, считая, что неприятные телесные ощущения непереносимы для них [18]. Для пациентов с СФР, как и для пациентов с ипохондрическим расстройством [19], характерна соматосенсорная амплификация в системе представлений, заключающаяся в мониторинге интрацептивных ощущений с последующей их интерпретацией как представляющих угрозу и требующих вмешательства [20]. Этим могут объясняться различные непродуктивные стратегии совладания, включая чрезмерное обращение за медицинской помощью. Речь идет о вариантах ипохондрического поведения, которые характерны как для пациентов с СФР, так и для пациентов с ипохондрическим расстройством — постоянное высказывание жалоб во время общения и поиск сочувствия/поддержки, перепроверка диагнозов и выражение недоверия специалистам, поиск лечения и частые обращения за помощью, сканирование тела для выявления новых и потенциально угрожающих физических ощущений, самоограничительное поведение [21]. Учет изменений форм так называемого «медицинского» поведения может напрямую отражать клиническую результативность психотерапевтического воздействия.

Цель — исследовать динамику патологических телесных сенсаций и сопутствующих психопатологических и поведенческих нарушений, а также качества жизни, отношения к болезни и лечению у пациентов с соматоформными расстройствами, проходящими групп-анализ, в сравнении с пациентами на программе психообразования.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе стационарного психиатрического («кризисного») отделения ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения Москвы, а также отделения амбулаторной помощи частного медицинского центра «Ирбис» в период с 2016 по 2020 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 не включения были следующие: сопутствующие психические заболевания органического круга (F0), расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F1), шизофрения и расстройства шизофренического спектра (F2), аффективные расстройства (F3), а также психические расстройства любых регистров, сопровождающиеся патологическими телесными сенсациями сенесто-козностезиопатического круга, висцеральными галлюцинациями и/или бредовой ипохондрией; соматические расстройства в стадии обострения.

В исследовании приняли участие 100 пациентов с соматоформными расстройствами, 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 получил высшее образование, 34 человека были со средним специальным или средним или высшим образованием (студенты). Процедура медицинского обследования всех пациентов осуществлялась психопатологическим методом и включала анализ психического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений, медицинской документации, данных наблюдения среднего медицинского персонала (в отношении пациентов, проходивших лечение в психиатрическом отделении ГКБ им. А.К. Ерамишанцева); а также результатов изучения соматоневрологического статуса с учетом параклинических данных (ЭЭГ, КТ, МРТ, ЭхоЭГ, ЭКГ, УЗИ и др.). С точки зрения дифференциально-диагностических характеристик у 42 человек было установлено недифференцированное (полиморфное) СФР, у 36 — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, у пяти — устойчивое соматоформное болевое расстройство, у 10 — соматизированное, у семи пациентов — конверсионное расстройство. В связи с общностью клинических характеристик и наличием «соматических симптомов без медицинского обоснования» группы пациентов с конверсионным расстройством и стойким болевым СФР были объединены при обработке данных, поскольку в генезе этих расстройств определенную роль играют механизмы диссоциации.

Отдельно следует указать на диагностику ипохондрического расстройства, которое, согласно МКБ-10, также входит в СФР в качестве самостоятельной клинической единицы. Однако при определении ипохондрики мы придерживались проекта МКБ-11 [22], который в большей степени соответствует нашим представлениям об отношениях ипохондрики с СФР (в этой классификации ипохондрия выведена из рубрики СФР и отнесена в случаях нозофобии к категории обсессивно-компульсивных расстройств). В итоге симптомы ипохондрического ряда при их выявлении рассматривались в исследовании как коморбидные по отношению к вышеперечисленным клиническим разновидностям СФР.

Как показал анализ материала, наиболее высокую степень коморбидности с ипохондрией обнаруживают

болевое соматоформное и конверсионное расстройство (83,3%)². Несколько меньшее, но также значительное перекрытие с ипохондрией наблюдается в подгруппе недифференцированного СФР (57,1%). Наименьшая степень коморбидности — в подгруппах с соматоформной вегетативной дисфункцией, минимальная — с соматизированным расстройством (20,0%; $p > 0,05$).

Следует отметить, что одним из существенных ограничений исследований эффективности психотерапии выступает невозможность создания полноценной контрольной группы как условия двойного слепого плацебо-контролируемого исследования. В связи с этим в данном исследовании для такого сопоставления избрана программа психообразования, которая воспринималась пациентами как полноценная психологическая помощь, но авторами рассматривалась как аналог плацебо-лечения.

Пациенты были рандомизированы на две группы (по 50 человек в каждой). В первой (основной) группе пациенты получали психотерапевтическое лечение в модальности групп-анализа, во второй группе (сравнения) — участвовали в психообразовательной программе. Не было выявлено статистических различий между экспериментальными группами по полу, возрасту, уровню образования пациентов и диагностическим характеристикам ($p > 0,05$).

Сеансы групповой психотерапии и психообразовательные занятия были равными по продолжительности и частоте: они проводились 1 раз в неделю по 90 мин в течение 3 мес. (24 сессии). Таким образом, групп-аналитическая психотерапия больных СФР проводилась в соответствии с краткосрочной модификацией, разработанной и успешно апробированной применительно к лечению пациентов наркологического профиля (Белокрылов И.В., 2010 [23]), но адаптированной позднее в отношении изучаемого контингента.

Пациенты обеих групп сравнения в большинстве случаев (42 пациента основной группы и 38 из группы сравнения) наряду с психотерапией или психообразованием получали психофармакологическое лечение (табл. 1).

Как видно из табл. 1, пациенты принимали психотропные препараты в дозах, определяемых в психофармакологии как малые и, реже, средние. Статистически достоверных различий между группами сравнения относительно средних доз большинства применявшихся психотропных препаратов не выявлено ($p > 0,05$).

Лечебные схемы варьировались в различных диагностических подгруппах пациентов с СФР, но внутри каждой такой подгруппы сочетание классов препаратов было идентичным. Так, пациенты с недифференцированным СФР получали нейролептик и антидепрессант;

Таблица 1. Наименования и дозы психотропных препаратов, назначавшихся пациентам выборки одновременно с психологической помощью

Table 1. Names and doses of psychoactive medicines used by patients of the sample in common with psychological aid

	Диапазон доз/Range doses (mg)
Нейролептики/Neuroleptics:	
Кветиапин/Quetiapine	25–100
Оланзапин/Olanzapine	5–10
Сульпирид/Sulpiride	100–200
Рisperидон/Risperidone	2–4
Алимемазин/Alimemazine	2,5–10
Антидепрессанты/Antidepressants:	
Амитриптилин/Amitriptyline	50–100
Сертралин/Sertraline	50–150
Пароксетин/Paroxetine	20–40
Эсциталопрам/Escitalopram	10–15
Нормотимики/Mood stabilizers:	
Карбамазепин/Carbamazepine	400–800
Ламотриджин/Lamotrigine	50–100
Транквилизаторы/Tranquilizers:	
Феназепам/Phenazepam	0,5–1,5

при соматоформной вегетативной дисфункции — антидепрессант и транквилизатор с последующей отменой транквилизатора и переходом к монотерапии антидепрессантом; при соматизированном расстройстве — антидепрессант, «легкие» нейролептики (алимемазин, сульпирид) совместно с нормотимиком; пациенты с болевым СФР и конверсией получали нейролептик (как правило, рisperидон либо кветиапин) совместно с антидепрессантом. Выбор антидепрессанта во всех случаях, согласно международным рекомендациям, начинался с препарата из группы СИОЗС; в случае их плохой переносимости применялся амитриптилин.

До начала лечения и после его завершения (дважды) пациенты заполняли опросники по следующим **клинико-психологическим методикам**.

1. *Шкала скрининга соматоформных симптомов* (Screening for Somatoform Symptoms SOMS-2) [5, 24] представляет собой список соматических жалоб, не получивших клинического подтверждения (объяснения со стороны врача соматической практики) и соответствующих диагнозу соматоформных расстройств по критериям DSM-IV и МКБ-10. Отдельный блок посвящен критериям исключения и коморбидным симптомам. В данном исследовании использовался показатель среднего числа симптомов по критериям МКБ-10.

2. *Краткая версия опросника качества жизни и удовлетворенности для пациентов с психическими заболеваниями* (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-18) [25, 26] направлена на диагностику субъективной удовлетворенности различными жизненными сферами. В методике четыре субшкалы, оказавшиеся по результатам исследований важными для пациентов с психическими заболеваниями — удовлетворенность общением, активностью в свободное время, здоровьем и эмоциональным состоянием.

² При этом выявлялись отличия между подгруппами по клиническим вариантам ипохондрических проявлений: у пациентов с соматоформным болевым расстройством ипохондрия преимущественно соответствовала понятию «сверхценной», а при конверсии — «невротической» либо «истероипохондрией».

Таблица 2. Различия в выраженности соматоформных симптомов, в оценке качества жизни и в представлениях о теле и болезни у пациентов из диагностических групп сравнения: описательная статистика

Table 2. Differences in the intensity of somatoform symptoms, quality of life and beliefs about the body and disease in patients of compared diagnostic groups: descriptive statistics

Дифференциально-диагностические группы пациентов/Сумма баллов Differential diagnostic groups of patients/Score		SOMS-2 — Скрининг соматоформных симптомов/Screening of somatoform symptoms	QLesQ — Здоровье/Health	САВАН — Ощущения со стороны вегетативной нервной системы/Vegetative sensations	САВАН — Телесная слабость/Bodily weakness
Недифференцированное СФР/Undifferentiated (polymorphic) SSD	среднее/mean	22,26	2,71	2,49	2,73
	ст. откл./standart deviation	6,17	0,83	0,79	0,55
Соматоформная вегетативная дисфункция/Somatoform autonomic dysfunction	среднее/mean	14,09	2,91	2,37	2,46
	ст. откл./standart deviation	5,74	0,66	0,79	0,82
Хроническое болевое расстройство и конверсия/Persistent somatoform pain disorder and conversion	среднее/mean	17,13	2,23	3,14	3,27
	ст. откл./standart deviation	9,83	0,75	0,72	0,59
Соматизированное расстройство/Somatization disorder	среднее/mean	11,88	3,06	2,47	2,29
	ст. откл./standart deviation	6,15	0,74	0,75	0,31

3. *Торонтская шкала алекситимии* (Toronto Alexithymia Scale) [27, 28] направлена на оценку алекситимии как нарушений эмоциональной регуляции, проявляющихся в трудностях идентификации, описания и дифференциации телесных ощущений, эмоций, когний; в работе использовалась первая версия шкалы из 26 пунктов.

4. *Опросник убеждений в отношении тела и здоровья* (Cognitions about body and health questionnaire — САВАН) [5, 18] касается представлений о своем теле, ощущениях, здоровье, которые особенно характерны для пациентов с СФР, и включает следующие субшкалы: убеждение в телесной слабости, непереносимость телесных симптомов, катастрофизация при интерпретации телесных ощущений, важность здоровых привычек, ощущения со стороны вегетативной нервной системы, а также — дополнительно — шкалу соматосенсорной амплификации [20].

5. *Шкала оценки поведения в отношении болезни* (Scale for the Assessment of Illness Behaviour) [5, 21] разработана У. Рифом и его соавторами с целью оценки вариантов поведения, типичного для пациентов с ипохондрическим расстройством, и включает такие субшкалы, как сканирование тела на предмет нарушений, лечение и прием лекарств, перепроверка диагноза, способ выражения жалоб окружающим, последствия болезни. Несмотря на то что эти варианты поведения характерны именно для пациентов с ипохондрическим расстройством, было показано, что они встречаются и при СФР, и их возможная динамика при психотерапии могла быть важна для понимания ее эффективности.

6. *Опросник восприятия болезни* (пересмотренная версия, Illness Perception Questionnaire — Revised) [29, 30] представляет собой методику, направленную на диагностику представлений о болезни и ее причинах. В данной работе применялись два блока этой методики из трех — представления о болезни и атрибуция

ее причин. Не использовался первый блок — идентичности болезни — поскольку он включает слишком общий список жалоб, что нехарактерно для пациентов с СФР. Оценивались показатели по следующим шкалам: длительность течения болезни, оценка цикличности заболевания, представления о последствиях заболевания для жизни, о возможности личного контроля течения заболевания и возможности контроля при помощи лечения, общее понимание болезни, эмоциональные реакции на нее (эмоциональные репрезентации), атрибуция болезни по психологическим причинам, факторам уязвимости, иммунным проблемам, а также безличные атрибуции — как несчастный случай или судьба.

Для проверки гипотез о различной динамике жалоб, представлений о болезни, теле и здоровье и изменении качества жизни пациентов, проходивших различное лечение, проводился двухфакторный дисперсионный анализ повторных измерений 2 (лечение: до/после) × 2 (группа: групп-анализ/психообразование).

Обработка данных осуществлялась в программе SPSS Statistics 23.0 и включала описательную статистику и серию дисперсионных анализов с повторными измерениями, включая попарные сравнения post hoc по критерию Шеффе. Во всех случаях показатели дополнялись указанием величины статистического эффекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагностические особенности клиники, качества жизни и представлений о теле, болезни и лечении в целом по выборке

Пациенты с разными диагностическими характеристиками различаются еще и по выраженности и разнообразию жалоб на соматоформные симптомы ($F = 8,89$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,23$), качеству жизни в сфере здоровья ($F = 3,13$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,10$), выраженности

Таблица 3. Исследование динамики выраженности клинических проявлений, оценки качества жизни, алекситимии, а также изменений представлений о теле, болезни и лечении в группах сравнения: результаты двухфакторного дисперсионного анализа

Table 3. The study of dynamics of clinical manifestations, quality of life, alexithymia and beliefs about the body, disease and treatment in the groups of comparison: the results of two-factor analysis of variance

Шкалы и показатели факторной оценки/Scales and factor assessment	Основной эффект лечения (до/после)/Basic treatment effect (before/after)		Эффект взаимодействия лечения и группы/The effect of interaction between treatment and group	
	F-критерий Фишера/Fisher's test	Размер стат. эффекта/Effect size η^2	F-критерий Фишера/Fisher's test	Размер стат. эффекта/Effect size η^2
SOMS-2 — Скрининг соматоформных симптомов/Screening for somatoform symptoms	114,09**	0,54	10,49**	0,10
QLesQ — Здоровье/Health	80,49**	0,45	33,88**	0,26
QLesQ — Эмоции/Emotions	80,99**	0,45	28,96**	0,23
QLesQ — Активность в свободное время/Daily activities	85,66**	0,47	24,06**	0,20
QLesQ — Общение/Communication	34,99**	0,27	13,23**	0,12
TAS — Торонтская шкала алекситимии/Toronto Alexithymia Scale	0,41	0,01	0,29	0,00
IPQ-R — Течение болезни: острое/хроническое/Clinical course: acute/chronic	27,01**	0,22	5,64*	0,05
IPQ-R — Течение болезни: цикличность/Clinical course: cyclicity	4,40*	0,04	6,56*	0,06
IPQ-R — Последствия/Consequences	6,12*	0,06	0,30	0,00
IPQ-R — Личный контроль/Personal control	7,39**	0,07	0,02	0,00
IPQ-R — Контроль лечения/Control of treatment	19,82**	0,17	0,80	0,01
IPQ-R — Согласованность, понимание болезни/Consistency, understanding of the disease	8,51**	0,08	2,26	0,02
IPQ-R — Эмоциональные репрезентации/Emotional representations	13,38**	0,12	5,24*	0,05
IPQ-R — Психологические атрибуции/Psychological attributions	0,96	0,01	1,7	0,02
IPQ-R — Атрибуции к факторам риска/Risk factors attributions	7,02**	0,07	2,18	0,02
IPQ-R — Иммунные атрибуции/Immune attributions	5,67*	0,06	1,37	0,01
IPQ-R — Атрибуции к несчастному случаю/случайности/Accident attributions	1,09	0,01	0,17	0,00
САВАН — Катастрофизация телесных ощущений/Catastrophizing of bodily sensations	1,23	0,01	5,17*	0,05
САВАН — Ощущения со стороны вегетативной нервной системы/Vegetative sensations	13,20**	0,12	3,08	0,03
САВАН — Телесная слабость/Bodily weakness	20,53**	0,18	8,60**	0,08
САВАН — Непереносимость телесных ощущений/Intolerance of bodily sensations	13,97**	0,13	11,15**	0,10
САВАН — Важность здоровых привычек/Importance of healthy habits	2,64	0,03	0,77	0,01
САВАН — Соматосенсорная амплификация/Somatosensory amplification	6,13*	0,06	3,38	0,03
SAIB — Проверка диагноза/Diagnosis verification	2,12	0,02	3,86	0,04
SAIB — Выражение жалоб/Expression of complaints	2,61	0,03	0,01	0,00
SAIB — Лечение/прием лекарств/Treatment/medicine taking	0,98	0,01	6,38*	0,06
SAIB — Последствия болезни для жизни/Life effects of illness	1,02	0,01	2,65	0,03
SAIB — Сканирование тела на предмет нарушений/Scanning for bodily symptoms	7,13**	0,07	1,18	0,01

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

Note: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

вегетативных ощущений, а так же представлениями о слабости ($F = 4,78$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,14$) и уязвимости

тела ($F = 7,18$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,20$). Наиболее интенсивны и разнообразны по качеству жалобы у пациентов

Таблица 4. Описательная статистика показателей выраженности соматоформных симптомов, качества жизни, алекситимии, а также представлений о теле, болезни и лечении у пациентов групп сравнения до и после терапевтического вмешательства

Table 4. Descriptive statistics of the values of somatoform symptoms intensity, quality of life, as well as of beliefs about the body, disease and treatment before and after the intervention in patients of compared groups

Шкалы и оценки/Scales and scores	До лечения/Before treatment				После лечения/After treatment			
	Психообразование/ Psychoeducation		Групп-анализ/Group- analysis		Психообразование/ Psychoeducation		Групп-анализ/Group- analysis	
	Среднее/ Mean	Ст. откл./ St. deviation	Среднее/ Mean	Ст. откл./ St.deviation	Среднее/ Mean	Ст. откл./ St. deviation	Среднее/ Mean	Ст. откл./ St. deviation
SOMS-2 — Скрининг соматоформных симптомов/ Screening for somatoform symptoms	18,83	8,14	17,30	7,70	13,86	6,79	8,02	5,92
QLesQ — Здоровье/Health	2,85	0,84	2,54	0,72	3,07	0,65	3,57	0,81
QLesQ — Эмоции/Emotions	3,33	0,88	3,04	0,88	3,54	0,76	3,86	0,90
QLesQ — Активность в свободное время/Daily activities	2,90	0,89	2,46	1,04	3,21	0,72	3,48	0,81
QLesQ — Общение/Communication	3,39	0,79	3,30	0,87	3,50	0,76	3,77	0,81
TAS — Торонтская шкала алекситимии/Toronto Alexithymia Scale	73,93	12,49	72,40	10,02	73,97	12,31	73,69	9,10
IPQ-R — Течение болезни: острое/хроническое/ Clinical course: acute/chronic	3,19	0,89	3,10	0,95	3,04	0,77	2,69	0,82
IPQ-R — Течение болезни: цикличность/Clinical course: cyclicity	2,71	0,93	2,94	0,85	2,74	0,99	2,70	0,79
IPQ-R — Последствия/Consequences	3,21	1,05	3,63	0,75	3,12	1,02	3,49	0,76
IPQ-R — Личный контроль/Personal control	3,08	0,58	3,47	0,70	3,17	0,53	3,55	0,54
IPQ-R — Контроль лечения/Control of treatment	3,49	0,76	3,66	0,59	3,63	0,74	3,87	0,56
IPQ-R — Согласованность, понимание болезни/ Consistency, understanding of the disease	2,85	0,96	2,64	1,17	2,98	0,82	3,04	1,20
IPQ-R — Эмоциональные репрезентации/ Emotional representations	3,49	1,06	4,07	0,72	3,41	0,80	3,74	0,65
IPQ-R — Психологические атрибуции/ Psychological attributions	3,21	0,78	3,56	0,72	3,23	0,73	3,45	0,54
IPQ-R — Атрибуции к факторам риска/Risk factors attributions	2,74	0,70	2,60	0,57	2,69	0,68	2,43	0,63
IPQ-R — Иммунные атрибуции/Immune attributions	2,52	0,91	2,39	0,77	2,48	0,91	2,21	0,68
IPQ-R — Атрибуции к несчастному случаю/ случайности/Accident attributions	2,52	1,25	2,18	0,83	2,50	1,25	2,11	0,85
САВАН — Катастрофизация телесных ощущений/ Catastrophizing of bodily sensations	2,51	0,39	2,32	0,45	2,53	0,37	2,24	0,40
САВАН — Ощущения со стороны вегетативной нервной системы/Vegetative sensations	2,53	0,81	2,66	0,82	2,48	0,72	2,44	0,73
САВАН — Телесная слабость/Bodily weakness	2,74	0,69	2,72	0,71	2,67	0,65	2,43	0,76
САВАН — Непереносимость телесных ощущений/ Intolerance of bodily sensations	2,49	0,62	2,36	0,54	2,46	0,56	2,09	0,63
САВАН — Важность здоровых привычек/ Importance of healthy habits	3,00	0,61	2,78	0,63	2,98	0,63	2,71	0,62
САВАН — Соматосенсорная амплификация/ Somatosensory amplification	2,67	0,51	2,82	0,46	2,67	0,49	2,72	0,42
SAIB — Проверка диагноза/Diagnosis verification	2,40	0,72	2,51	0,63	2,42	0,70	2,34	0,65
SAIB — Выражение жалоб/Expression of complaints	2,51	0,72	2,46	0,44	2,47	0,67	2,42	0,45
SAIB — Лечение/прием лекарств/Treatment/ medicine taking	2,54	0,66	2,50	0,64	2,60	0,65	2,37	0,64
SAIB — Последствия болезни для жизни/Life effects of illness	2,89	0,56	2,87	0,50	2,91	0,55	2,80	0,50
SAIB — Сканирование тела на предмет нарушений/Scanning for bodily symptoms	2,44	0,83	2,56	0,62	2,40	0,74	2,44	0,52

с полиморфным СФР (при попарном сравнении по критерию Шеффе жалобы этих пациентов более выражены, чем жалобы пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией и соматизированным расстройством, $p < 0,05$), в то время как эти жалобы наименее выражены у пациентов с соматизированным расстройством (табл. 2). Однако минимальные показатели качества жизни в сфере здоровья, наиболее выраженные ощущения со стороны вегетативной нервной системы и представления о слабости своего тела установлены у пациентов с хроническим болевым и конверсионным расстройствами. При попарном *post hoc* сравнении по критерию Шеффе пациенты этой категории считают свое тело более слабым и уязвимым, чем пациенты остальных групп ($p < 0,05$), и в большей степени жалуются на ощущения со стороны вегетативной нервной системы, чем пациенты с полиморфным СФР и соматоформной вегетативной дисфункцией.

Динамика клинического состояния и представлений о теле, болезни и лечении в ходе групп-анализа и психообразования

Согласно полученным результатам (табл. 3 и 4), в обеих группах за время лечения отмечалось снижение выраженности жалоб на соматоформные симптомы, улучшение качества жизни во всех сферах оценки (здоровье, эмоциональное состояние, активность в свободное время, общение). Все перечисленные изменения были значимо более выражены у пациентов, участвующих в психотерапевтической программе, и менее — у пациентов группы психообразования.

Не было выявлено изменений по показателю выраженности алекситимии.

Все пациенты стали воспринимать заболевание как менее длительное (скорее острое и излечимое, чем хроническое) и верить в возможности контроля заболевания благодаря лечению. Снижение показателя эмоциональных репрезентаций указывает на то, что заболевание стало восприниматься менее эмоционально, как не столь разрушающее жизнь. Меньший по размеру, но также достигающий принятого уровня значимости эффект выявлен в отношении представлений о цикличности, последствиях заболевания, личном контроле его проявлений и согласованности этих представлений. За время лечения пациенты обеих групп стали выше оценивать свои возможности контроля заболевания и понимания его природы, меньше опасаться тяжелых последствий и циклических рецидивов обострений. У пациентов, проходивших групп-анализ, отмечался значимо более выраженный эффект в отношении представлений о длительности, цикличности заболеваний и эмоциональных репрезентаций.

Анализ динамики субъективных причин болезни показывает, что общие особенности атрибуции заболевания не изменились за время лечения. Наиболее часто пациенты считали, что болезнь возникла по психологическим причинам, наиболее редко — случайно или как назначение судьбы. Эти атрибуции остались неизменными за время лечения. Небольшие изменения

касались двух других типов объяснений: пациенты обеих групп реже стали считать, что их заболевание вызвано иммунными изменениями или экологическими факторами риска.

В обеих сравниваемых группах пациентов за время лечения снизились показатели интенсивности жалоб на вегетососудистые нарушения, представлений о телесной слабости, непереносимости телесных ощущений, а также уровень соматосенсорной амплификации. В отличие от пациентов группы психообразования, у пациентов, проходивших групп-анализ, была более выражена положительная динамика представлений о телесной слабости и непереносимости телесных ощущений, и только в этой группе отмечалось снижение склонности к катастрофизации телесных ощущений.

У пациентов обеих групп сравнения за время лечения уменьшилась потребность сканировать свое тело на предмет телесных ощущений. Пациентам, проходившим групп-анализ, удалось уменьшить количество, снизить дозы и кратность приема лекарственных препаратов либо даже отменить их, тогда как в группе психообразования таких изменений не отмечено.

Эффективность групп-анализа и психообразования при разных диагностических вариантах СФР

Независимо от вида психологической помощи, снижение жалоб было наиболее выражено у пациентов с полиморфным СФР; за ними следовали пациенты с хроническим болевым и конверсионным расстройствами, а также пациенты с соматоформной вегетативной дисфункцией. Наименее выраженной динамика симптомов была у пациентов с соматизированным расстройством (табл. 5), независимо от участия в групповой психотерапии либо в программе психообразования.

Напротив, у пациентов с соматизированным расстройством в результате психотерапии отмечалось максимальное улучшение качества жизни в повседневной активности, тогда как у пациентов с полиморфным СФР динамика была минимальной. Улучшение в состоянии было сопряжено с уменьшением представлений о непереносимости телесных ощущений и снижением склонности к перепроверке диагноза, которые были наиболее характерны для пациентов с соматизированным расстройством и наименее выраженными у пациентов с полиморфным СФР. Оба эти вида изменений были более выражены при проведении групп-анализа и практически незаметны при психообразовании. Помимо этого, групп-анализ приводил к максимальному снижению отнесения болезни за счет факторов риска, уменьшению представлений о телесной слабости и последствиях болезни для жизни у пациентов с соматизированным расстройством, в то время как у пациентов с полиморфным СФР эти изменения были минимальными.

Участие в программе психообразования не обнаруживало различий в динамике атрибуции болезни факторам риска, представлений о слабости собственного тела и последствиях болезни для жизни между

Таблица 5. Различия в динамике выраженности жалоб, качества жизни, отношения к телу, болезни и лечению у пациентов в разных диагностических группах**Table 5.** Differences in the dynamics of the intensity of complaints, quality of life, beliefs about the body, disease and treatment in patients of various diagnostic groups

Шкалы и факторная оценка/Scales and factor assessment	Взаимодействие диагностической группы и динамики/The interaction between the diagnostic group and dynamics		Взаимодействие эффектов диагностической, экспериментальной групп и динамики/The interaction of the effects of diagnostic, experimental groups and dynamics	
	F-критерий Фишера/Fisher's test	Размер стат. эффекта/Effect size η^2	F-критерий Фишера/Fisher's test	Размер стат. эффекта/Effect size η^2
SOMS-2 — Скрининг соматоформных симптомов/Screening for somatoform symptoms	6,19**	0,17	1,80	0,06
QLesQ — Активность в свободное время/Daily activities	4,21**	0,12	2,55	0,08
IPQ-R — Атрибуции к факторам риска/Risk factors attributions	1,84	0,06	3,63*	0,11
IPQ-R — Атрибуции к несчастному случаю/случайности/Accident attributions	3,70*	0,11	2,50	0,08
САВАН — Ощущения со стороны вегетативной нервной системы/Vegetative sensations	4,87**	0,14	1,15	0,04
САВАН — Телесная слабость/Bodily weakness	2,47	0,08	2,90*	0,09
САВАН — Непереносимость телесных ощущений/Intolerance of bodily sensations	3,32*	0,10	4,46**	0,13
SAIB — Проверка диагноза/Diagnosis verification	4,16**	0,12	3,27*	0,10
SAIB — Последствия болезни для жизни/Life effects of illness	1,77	0,06	3,30*	0,10

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.Note: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

пациентами разных диагностических групп. Представления же о непереносимости телесных ощущений уменьшались при проведении психообразования почти исключительно в группе пациентов с хроническим болевым синдромом и конверсией, что позволяет предполагать у них наиболее выраженный плацебо-эффект психологического вмешательства. В этой же группе пациентов склонность к перепроверкам диагноза после психообразования даже усиливалась.

Снижение атрибуции болезни к проявлениям случайности отмечалось во всех группах пациентов, кроме пациентов с хроническим болевым расстройством и конверсией, для которых было характерно даже повышение этого показателя. Вместе с тем у пациентов с хроническим болевым расстройством и конверсией было наиболее выражено ослабление ощущений со стороны вегетативной нервной системы, которые были заметны до начала лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном исследовании психообразование выступало в качестве плацебо в отношении экспериментальной интервенции — групп-анализа. Как следствие,

положительные изменения, произошедшие за время лечения в обеих группах, могут объясняться как неспецифическими факторами психологического лечения (вниманием и личностными особенностями специалиста, пониманием пациентов, что они получают помощь, поддержкой от группы, получением ими информации о заболевании и лечении), так и специфическими, относящимися к патогенетически ориентированному психо- и фармакотерапевтическому вмешательству, которое получают пациенты и успешность которого может способствовать изменению их опасений и ожиданий в отношении болезни и лечения.

Неспецифические клинические и психологические эффекты лечения пациентов с соматоформными заболеваниями. Согласно результатам, психологические программы в обеих группах приводят к снижению выраженности соматоформных симптомов и улучшению качества жизни в различных жизненных сферах. Помимо улучшения клинического состояния и качества жизни пациентов за время лечения, были выявлены изменения представлений о теле и здоровье, болезни и лечении. С нашей точки зрения, речь идет о взаимодействии перечисленных психологических изменений с динамикой состояния и качества жизни [31].

Отдельно следует отметить те особенности представлений и поведения, в отношении которых не установлено динамики ни в одной из групп. К ним относятся алекситимические черты, психологические и безличные атрибуции заболевания (за счет случайности или несчастного случая, судьбы), представление о важности здоровых привычек, а также такие поведенческие особенности, как проверка диагноза, выражение жалоб, негативное влияние болезни на различные жизненные сферы. Учитывая, что выражение жалоб и изменение поведения в различных жизненных сферах из-за болезни — это те поведенческие стратегии, что тесно связаны с качеством жизни пациентов со СФР [32], можно полагать, что эти формы поведения особенно устойчивы и требуют отдельного внимания при проведении интервенций, а, возможно, и разработки специализированных методов психологической помощи.

Возможности групп-анализа как метода психологической интервенции. По сравнению с психообразованием групп-анализ связан с более выраженным снижением тяжести соматоформных симптомов и улучшением качества жизни. Иными словами, данные свидетельствуют в пользу большей эффективности групп-анализа как метода психологической интервенции в целом. Анализ изменений представлений о теле, здоровье и болезни, с нашей точки зрения, указывает на возможные причины его эффективности. Так, после групп-анализа у пациентов уменьшается представление о болезни как длительной и циклически повторяющейся, снижается острота эмоциональной реакции на заболевание, а также уверенность в слабости своего тела и непереносимости телесных ощущений. Эти результаты согласуются с предположением, что групп-анализ способствует формированию более зрелой и амбивалентной позиции по отношению к заболеванию, переоценке ситуации как менее разрушительной. Только при групп-анализе отмечается снижение катастрофизации телесных ощущений и склонности к приему лекарств с целью контроля любых негативных проявлений своего заболевания. Прошедшие психотерапию пациенты начинали предпочитать психологические методы улучшения своего состояния, и чрезмерное внимание к фармакологическому лечению и ощущениям становилось не столь выраженным.

Диагностические характеристики пациентов и эффективность групповой психотерапии. Сравнение пациентов с различными вариантами СФР согласуется с предположением, что наибольшая клиническая выраженность симптомов характерна для пациентов с полиморфным СФР, а наиболее легкая — для пациентов с соматизированным расстройством. При этом именно пациенты с полиморфным СФР получают наибольший клинический эффект от психологического вмешательства (особенно в рамках групп-анализа), который выражается в максимальном уменьшении выраженности жалоб. Однако собственно психологический эффект интервенций — в отношении качества жизни,

представлений и поведения — у пациентов с недифференцированным СФР наименьший.

У пациентов с соматизированным расстройством динамика состояния в ходе психотерапии выражается в отчетливых психологических изменениях на фоне менее явного улучшения клинического состояния. В частности, у них отмечается наиболее выраженное улучшение качества жизни в повседневной активности, уменьшение представлений о непереносимости телесных ощущений, снижение склонности к перепроверке диагноза (особенно после групп-анализа). Следует отметить, что менее очевидная динамика жалоб в этой группе может отмечаться не из-за меньшей эффективности психотерапии в этом случае, а по причине их меньшей клинической тяжести в начале эксперимента.

Отдельный интерес представляют группы пациентов с хроническим болевым синдромом и конверсионным расстройством, которые на фоне средней тяжести симптоматики демонстрируют наиболее выраженное снижение качества жизни в сфере здоровья, наиболее частые ощущения со стороны вегетативной нервной системы, а их представления о слабости и уязвимости своего тела достоверно более выражены по сравнению с пациентами других групп. Динамика состояния, представлений и поведения этих пациентов в ходе психотерапии умеренно положительная и характеризуется несколькими особенностями. Именно пациенты с хроническим болевым расстройством и конверсией получают максимальный психологический эффект от психотерапии (как групп-анализа, так и психообразования), выражающийся в уменьшении соматовегетативных сенсаций и представлений о непереносимости телесных ощущений. При этом динамика психологических показателей пациентов с хроническим болевым расстройством и конверсией была неоднозначной. Так, в ходе психотерапии они парадоксально чаще начинали видеть причины своего заболевания в случайности, а при психообразовании у них усиливалась склонность к перепроверкам диагноза. Мы предполагаем, что для этих пациентов характерны неспецифические и в некоторых случаях парадоксальные реакции на психотерапию (как положительные, так и отрицательные), которые объясняются плацебо- и ноцебо-эффектами. С практической точки зрения это означает, что при психологической работе с пациентами с хроническим болевым синдромом и конверсиями необходима постоянная обратная связь с выяснением того, какие выводы они делают.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/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. The role of cognitive and emotional regulation disorders in emergence of somatic symptoms. *Voprosy psikhologii*. 2013;6:87–97. (In Russ.). eLIBRARY ID: 21202904
3. Иванов СВ. Терапия психосоматических расстройств. В кн.: Психосоматические расстройства в клинической практике. Под ред. акад. РАН А.Б. Смулевича. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2019.
Ivanov SV. Terapiya psichosomaticeskikh rasstrojstv. V kn.: Psichosomaticeskije rasstrojstva v klinicheskoy praktike. Pod red. akad. RAN A.B. Smulevicha. 2-e izd. M.: MEDpress-inform, 2019. (In Russ.).
 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. Clinical-psychological approach to the diagnostics of difficultly qualified symptoms of somatoform disorders. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2013;3:25–32. (In Russ.). eLIBRARY ID: 20401792
 6. Piontek K, Shedden-Mora MC, Gladigau M, Kuby A, Löwe B. Diagnosis of somatoform disorders in primary care: diagnostic agreement, predictors, and comparisons with depression and anxiety. *BMC Psychiatry*. 2018;18:361. DOI: 10.1186/s12888-018-1940-3
 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. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2019;245:98–112. DOI: 10.1016/j.jad.2018.10.114 Epub 2018 Oct 22. PMID: 30368076
 9. Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbass A, Barber JP, Keefe JR, Leweke F, Sven Rabung S, Christiane Steinert Ch. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(7):648–660. PMID: 26303562. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00155-8
 10. Beutel ME, Michal M, Subic-Wrana C. Psychoanalytically-oriented inpatient psychotherapy of somatoform disorders. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2008;36(1):125–142. DOI: 10.1521/jaap.2008.36.1.125 PMID: 18399750
 11. Wittich GH. Der hysterische Patient im sozialen Feld und in der therapeutischen Gruppe. *Praxis d. Psychother*. 1974;19:274–280.
 12. 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 Epub 2012 May 28. PMID: 22642840
 13. Flasiński T, Dierolf AM, Rost S, Lutz A, Voderholzer U, Koch S, Bach M, Asenstorfer C, Münch EE, Mertens V-C, Vögele C, Schulz A. Altered Interoceptive Awareness in High Habitual Symptom Reporters and Patients With Somatoform Disorder. *Front Psychol*. 2020;11:1859. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01859
 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. 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
 17. 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
 18. Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology [serial online]*. 1998;107(4):587–595.
 19. Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somato-sensory amplification. *Br J Psychiatry*. 1990;157:404–409. DOI: 10.1192/bjp.157.3.404 PMID: 2245272
 20. Martinez MP, Belloch A, Botella C. Somatosensory amplification in hypochondriasis and panic disorder. *Clin Psychol and Psychotherapy*. 1999;6:46–53.
 21. 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
 22. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Maercker A, Tyrer P, Claudino A, Garalda E, Salvador-Carulla L, Ray R, Saunders JB, Dua T, Poznyak V, Medina-Mora ME, Pike KM, Ayuso-Mateos JL, Kanba S, Keeley JW, Khoury B, Krasnov VN, Kulygina M, Lovell AM, de Jesus Mari J,

- Maruta T, Matsumoto C, Rebello TJ, Roberts MC, Robles R, Sharan P, Zhao M, Jablensky A, Udomratn P, Rahimi-Movaghar A, Rydelius PA, Bährer-Köhler S, Watts AD, Saxena S. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1):3–19. DOI: 10.1002/wps.20611 PMID: 30600616; PMCID: PMC6313247
23. Белокрылов ИВ. Современные проблемы психотерапии зависимости от психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2010;6:60–68. Belokrylov IV. Sovremennye problemy psihoterapii zavisimosti ot psihoaktivnyh veshchestv. *Voprosy narkologii*. 2010;6:60–68. (In Russ.).
 24. 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
 25. 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
 26. 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 russkoyazychnoy versii. *Psihologiya. Zhurnal Vyshej shkoly ekonomiki*. 2012;9(4):81–90. (In Russ.).
 27. 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
 28. 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 psikhiatriya*. 2012;20(3):20–25. (In Russ.).
 29. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The Illness-Revised Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002;17(1):1–16.
 30. Рассказова ЕИ. Русскоязычная апробация опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2016;1:123–142. Rasskazova EI. Russkoyazychnaya aprobaciya oprosnika vospriyatiya bolezni R. Moss-Morris i dr.: aprobaciya na vyborke bol'nyh s nepsihoticheskimi depressiyami. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya*. 2016;1:123–142. (In Russ.).
 31. 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 lechebnogo processa. V kn.: Rukovodstvo po psihologii zdorov'ya. Pod red. ASH Thostova, EI Rasskazovoj. M.: Izdatel'stvo MGU, 2019;691–752. (In Russ.).
 32. Белокрылов ИВ, Семиков СВ, Тхостов АШ, Рассказова ЕИ. Ипохондрические убеждения и поведение у пациентов с соматоформными расстройствами: связь с соматическими жалобами и субъективным благополучием. *Психиатрия*. 2021;19(3):58–67. DOI: 10.30629/2618-6667-2021-19-3-58-67 Belokrylov IV, Semikov SV, Tkhostov ASH, Rasskazova E. Hypochondriac Beliefs and Behavior in Patients with Somatoform Disorders: Relationship to Somatic Complaints and Subjective Well-Being. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(3):58–67. DOI: 10.30629/2618-6667-2021-19-3-58-67

Сведения об авторах

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

Семен Валерьевич Семиков, кафедра психиатрии и медицинской психологии, медицинский институт, Российский университет дружбы народов, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-3315-2604> semensemikov@mail.ru

Александр Шамилевич Тхостов, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096> tkhostov@gmail.com

Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>
e.i.rasskazova@gmail.com

Information about the authors

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

Semen V. Semikov, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Medical Institute, People's Friendship University of Russia. Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-3315-2604>
semensemikov@mail.ru

Alexander Sh. Tkhostov, professor, Dr. of Sci. (Psychol.), Head of Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>
E-mail: tkhostov@gmail.com

Elena I. Rasskazova, Cand. of Sci. (Psychol.), Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>
e.i.rasskazova@gmail.com

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 26.06.2021
Received 26.06.2021

Дата рецензии 01.11.2021
Revised 01.11.2021

Дата принятия 30.11.2021
Accepted for publication 30.11.2021