

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.8-009.7-039.13:612.821.3:159.942.22

Для цитирования: Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Представления о болезни и её причинах у пациентов с соматоформными расстройствами: связь с соматическими жалобами и субъективным благополучием. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 4 (117). С. 51-63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-51-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-51-63)

Представления о болезни и её причинах у пациентов с соматоформными расстройствами: связь с соматическими жалобами и субъективным благополучием

Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И.

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
Россия, 119991, Москва, Ленинские горы, 1*

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Выраженные эмоциональные реакции на заболевание, ошибочное понимание истинных причин болезни, концентрация внимания на снижении функционального состояния организма, низкий уровень личностного контроля являются факторами ухудшения качества жизни и хронификации как соматических, так и психических заболеваний, а у пациентов с соматоформными расстройствами (СФР) они могут быть связаны с более выраженной психоэмоциональной неустойчивостью и особенностями психопатологической симптоматики. **Цель** – выявление особенностей представлений о болезни и причинах её формирования и динамики у пациентов с СФР, определение их связи с выраженностью психосоматических жалоб и субъективным психологическим благополучием. **Материал.** На базе психиатрического (кризисного) отделения ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения г. Москвы и отделения амбулаторной помощи частного Медицинского центра «Ирбис» с 2016 по 2020 г. обследовано 100 пациентов 18-68 лет мужского и женского пола с диагностированным по МКБ-10 СФР (F45) и диссоциативным (конверсионным) расстройством (F44). **Методы.** Использована батарея психодиагностического тестирования: шкала скрининга соматоформных симптомов, опросник качества жизни и удовлетворенности, опросник восприятия болезни, шкала оценки поведения в отношении здоровья. **Обсуждение результатов.** У пациентов с СФР, несмотря на формально выражаемую ими уверенность в необходимости лечения, настроенность на терапию поведенческих расстройств и удовлетворенность её результатами, нарушены механизмы понимания формирования, развития и прогноза болезни. Склонность пациентов с СФР к психоэмоциональным переживаниям объясняет стереотипность представлений о болезни: отсутствие верной трактовки конкретных фактов обуславливает недоверие к себе и другим, установку на длительное течение болезни и переоценку негативных последствий заболевания. При хроническом болевом синдроме и конверсии на фоне жалоб средней степени выраженности отмечаются ошибочное одностороннее понимание реальных причин болезни, выраженное эмоциональное реагирование в виде недоверия к возможному улучшению течения болезни и избегания сотрудничества с терапевтом. Ключевыми причинами, детерминирующими возникновение, развитие и исход заболевания, пациенты с СФР считают различные психологические факторы. Безличная атрибуция болезни чаще встречается у пациентов с недифференцированным СФР. Представление о заболевании как о циклическом и углубляющемся процессе, вызванном чередой неблагоприятных случайных событий и характеризующимся негативными последствиями, преобладает у пациентов с более выраженными жалобами на соматоформные симптомы. Репрезентация болезни как длительный по времени процесс жизненного испытания, с непоправимыми последствиями для организма, с выраженной эмоциональной реакцией на «опасную» болезнь, проективная атрибуция болезни внешним психологическим факторам определяет худшую удовлетворенность жизнью и социальным функционированием. Для пациентов, уверенных в негативных последствиях заболевания и с выраженной эмоциональной реакцией на него, характерны проявления ипохондрического поведения с преувеличенной сосредоточенностью на себе и личных проблемах. Возможность установить постоянный личный контроль за ходом терапии, адекватное понимание болезни связаны с большей удовлетворенностью здоровьем. **Выводы.** Представления о негативных последствиях, эмоциональное реагирование, личный контроль, понимание болезни и атрибуция болезни психологическим фактором выступают мишенями для психокоррекционной работы с контингентом пациентов с СФР.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, субъективное психологическое благополучие, репрезентация болезни, представления о причинах и динамике болезни.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно модели саморегуляции в отношении болезни, пациент выступает «житейским ученым», который с активной настойчивостью ищет сведения, чтобы, опираясь на них, понять ее и сделать выводы о реальном состоянии здоровья [14]. Поиск ведется одновременно на чувственном и абстрактном уровнях [15], осмысление позитивного и негативного предшествующего опыта, принятые в культуральной среде представления, опора на социальное окружение выступают его основой [16]. В результате этого у пациентов с соматическими и психическими заболеваниями параллельно формируются эмоциональная и когнитивная репрезентация болезни. К когнитивной репрезентации относятся представления об идентичности, длительности, цикличности, негативных последствиях заболевания, понимание болезни, личный контроль жизненных ситуаций, контроль лечения, а также представления о причинах заболевания, которые определяют то, как человек принимает решения в отношении заболевания, его действия и субъективное психологическое благополучие. Здесь следует отметить, что при всем существующем многообразии в терминологии и интерпретации имеется ввиду совокупность категорий, которые в отечественной психологии традиционно относятся к внутренней картине болезни (ВКБ). Мы специально заостряем внимание на этом аспекте, поскольку данное смысловое сходство может стать основой для научного диалога.

Иными словами, при психических и соматических заболеваниях дисфункциональная репрезентация болезни является ключевым фактором предрасположенности к иррациональным убеждениям и хронификации состояния, препятствуя эффективному лечению [14].

В рамках когнитивного подхода продемонстрировано, что пациенты с соматоформными и ипохондрическими расстройствами характеризуются склонностью в результате жизненного опыта к катастрофизации проблем с заикливанием на телесных ощущениях; для них характерны представления о собственной телесной слабости, непереносимость фрустрирующих телесных ощущений, частые неприятные ощущения со стороны вегетативной нервной системы [17, 19], а также проявления соматосенсорной амплификации как чрезмерного внимания к ощущениям со склонностью тревожно фиксировать слабые и редкие ощущения и интерпретировать их как чрезвычайно опас-

ные [8]. Хотя ипохондрическое поведение менее типично для пациентов с СФР, чем при ипохондрическом расстройстве, отдельные его признаки (индивидуальный способ выражения жалоб, бесконечное уточнение и перепроверка диагноза, полное сканирование тела на предмет объяснения телесных ощущений) и у них нередко встречаются, что связано с худшим субъективным психологическим благополучием и более выраженной тяжестью состояния [17].

В эмпирическом исследовании показано, что представления о болезни у пациентов с СФР коррелируют с динамикой развития болезни, актуальным состоянием и результатами лечения, но не зависят от коморбидности СФР с другими заболеваниями [21]. К тому же восприятие болезни не связано с частотой обращений за медицинской помощью, имеющей более высокие показатели при коморбидности с тревожным или депрессивным расстройством [13]. Пациенты, считающие свою болезнь более длительной, с более выраженными негативными последствиями в разных сферах жизнедеятельности, в большей мере переживают по поводу заболевания и опасаются утратить контроль за его течением, соответственно чаще обращаются к медицинским специалистам [9].

Литературные данные свидетельствуют в пользу предположения, что репрезентация болезни при СФР и функциональных расстройствах может выступать основой психологической саморегуляции в ситуации заболевания, начиная с детско-подросткового возраста. Так, у детей и подростков представления о себе как о больном могут определять рост тревоги и беспокойства о состоянии здоровья, усиливая выраженность соматических жалоб, не получивших убедительного медицинского обоснования [10]. Подростки с функциональными расстройствами испытывают трудности понимания болезни, тем более в связи с затруднениями распознавания органической симптоматики [12]. Описывая свое заболевание, они, как правило, сосредотачиваются на поиске единственной биологической причины и собственном опыте удовлетворенности от уровня оказания (эффективности) медицинской помощи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление особенностей представлений о болезни и причинах её формирования и динамики у пациентов с СФР, определение их связи с выраженностью психосоматических жалоб и субъективным психологическим благополучием.

ГИПОТЕЗЫ

1. Пациенты с СФР считают свое заболевание длительным, оказывающим более негативные последствия во всех сферах жизнедеятельности, эмоционально реагируют на болезнь, преимущественно объясняют развитие заболевания психологическими причинами.

2. Пациенты с СФР, предъявляющие более выраженные жалобы, в большей степени предрасположены к негативной оценке последствий своего заболевания и более негативно эмоционально реагируют на него.

3. У пациентов с СФР независимо от выраженности предъявляемых жалоб представления о длительности и негативных последствиях заболевания, непонимание причин развития связаны с худшим качеством жизни и социального функционирования, а личный контроль за происходящим и контроль лечения – с большей удовлетворенностью жизнью и с более гармоничным функционированием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе стационарного психиатрического (кризисного) отделения ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения г. Москвы и отделения амбулаторной помощи частного Медицинского центра «Ирбис» с 2016 по 2020 г.

Критерии включения: соответствие психопатологического статуса пациента согласно МКБ-10 диагностическим признакам двух классификационных рубрик: соматоформное расстройство (F45) и диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44).

Критерии исключения: сопутствующие органические, включая симптоматические психические расстройства (F0), психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F1), шизофрения и расстройства шизофренического спектра (F2), аффективные расстройства (F3), психические расстройства любых регистров, сопровождающиеся патологическими телесными ощущениями сенесто-козностезиопатического круга, висцеральными галлюцинациями и/или бредовой ипохондрией, соматические расстройства в стадии обострения.

В исследовании приняли участие 100 пациентов с 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). Анализ образовательного уровня показал преобладание ($n=61$) пациентов с высшим образованием по сравнению со средним специальным и средним образованием ($n=34$), с не-

полным средним и высшим образованием (студенты вузов) ($n=5$).

Процедура медицинского обследования всех пациентов осуществлялась клинико-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, Эхо-ЭГ, ЭКГ, УЗИ и др.).

Анализ дифференциально-диагностических характеристик и данных распределения по клинико-нозологическим формам СФР показал более высокую встречаемость ($n=42$) недифференцированного (полиморфного) СФР и соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы ($n=36$) по сравнению с соматизированным ($n=10$), конверсионным ($n=7$) и устойчивым соматоформным болевым ($n=5$) расстройствами.

В связи с тем, что с точки зрения групп-аналитического метода психотерапевтические задачи работы с пациентами с конверсионным расстройством и стойким болевым СФР сопрягаются (вследствие ключевой роли механизмов диссоциации), в данном исследовании небольшие по объему группы этих пациентов были объединены.

Пациенты принимали психотропные препараты в дозах, определяемых в психофармакологической терапии как малые, реже – как средние дозы. Статистически значимых различий ($p>0,05$) между группами сравнения относительно средних доз большинства применявшихся психотропных препаратов не выявлено.

Проявления психопатологической симптоматики оценивались с помощью психодиагностического тестирования пациентов по трем клинико-психологическим методикам.

Шкала скрининга соматоформных симптомов (Screening for Somatoform Symptoms, SOMS-2) [5, 18] представляет собой опросник соматических (телесных) жалоб и включает список симптомов, соответствующих диагнозу соматоформных расстройств. Помимо того, в шкале имеется дополнительный блок вопросов с критериями исключения и коморбидными симптомами. Методика допускает расчет показателя в соответствии с критериями МКБ-10 или DSM-IV. Среднее число жалоб пациентов рассчитывалось нами по критериям МКБ-10.

Опросник качества жизни и удовлетворенности, краткая версия для пациентов с психическими заболеваниями (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-18) [6, 20] – методика оценки субъективной удовлетворенности респондента четырьмя основными жизненными сферами – здоровьем, эмоциональным состоянием, повседневной активностью (активностью в свободное время) и общением.

Опросник восприятия болезни (пересмотренная версия, Illness Perception Questionnaire Revised) [4, 16] включает блоки представлений о заболевании и атрибуции причин болезни. Блок представлений о болезни состоит из двух шкал, относящихся к восприятию течения заболевания (острая/хроническая форма и оценка цикличности заболевания), а также шкалы представлений о негативных последствиях заболевания, возможностях личного контроля за ним и контроля при помощи лечения, общего понимания болезни и эмоциональных репрезентаций. К блоку атрибуции причин болезни относятся атрибуции болезни психологическим причинам, факторам риска/уязвимости, нарушениям иммунной системы, а также неконтролируемым случаям/несчастным случаям.

Шкала оценки поведения в отношении болезни (Scale for the Assessment of Illness Behaviour) [5, 19] была предложена для диагностики различных вариантов так называемого ипохондрического поведения, характерного для пациентов с ипохондрическим расстройством: перепроверка диагноза (шкала проверки диагноза), выражение жалоб окружающим (шкала выражения жалоб), обращение за медицинской помощью (лечение/прием лекарств), изменение жизни из-за болезни (последствия болезни), регулярное сканирование тела на предмет выявления нарушений.

Обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0 и включала описательную статистику, анализ согласованности, корреляционный анализ, методы сравнения групп, а также дисперсионный анализ с повторными измерениями, в том числе попарные сравнения post hoc по критерию Шеффе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представления о болезни и причинах её развития у пациентов с СФР

В обследованной выборке пациентов надежность-согласованность представлений о болезни варьирует от допустимой до достаточной (табл. 1).

Т а б л и ц а 1. Описательная статистика, согласованность и корреляция с возрастом обследованных пациентов с СФР по шкалам представлений о болезни и причинах её развития

Представления о болезни и ее причинах	Среднее значение (балл от 1 до 5)	Стандартное отклонение	Альфа Кронбаха	Корреляция с возрастом
IPQ-R – Длительность заболевания	3,15	0,92	0,87	0,22*
IPQ-R – Цикличность заболевания	2,82	0,89	0,73	0,02
IPQ-R – Негативные последствия заболевания	3,42	0,93	0,81	0,13
IPQ-R – Личный контроль	3,28	0,67	0,63	-0,33**
IPQ-R – Контроль лечения	3,57	0,69	0,70	-0,30**
IPQ-R – Понимание болезни	2,75	1,07	0,84	-0,13
IPQ-R – Эмоциональные репрезентации	3,78	0,95	0,85	0,06
IPQ-R – Атрибуция психологическим факторам	3,39	0,77	0,66	-0,15
IPQ-R – Атрибуция факторам риска	2,67	0,64	0,37	0,10
IPQ-R – Атрибуция иммунной системе	2,45	0,84	0,49	0,07
IPQ-R – Атрибуция случайности	2,35	1,07	0,60	0,21*
IPQ-R – Безличная атрибуция	2,12	0,98	0,74	0,18
IPQ-R – Внешняя атрибуция	2,51	0,82	0,66	0,00

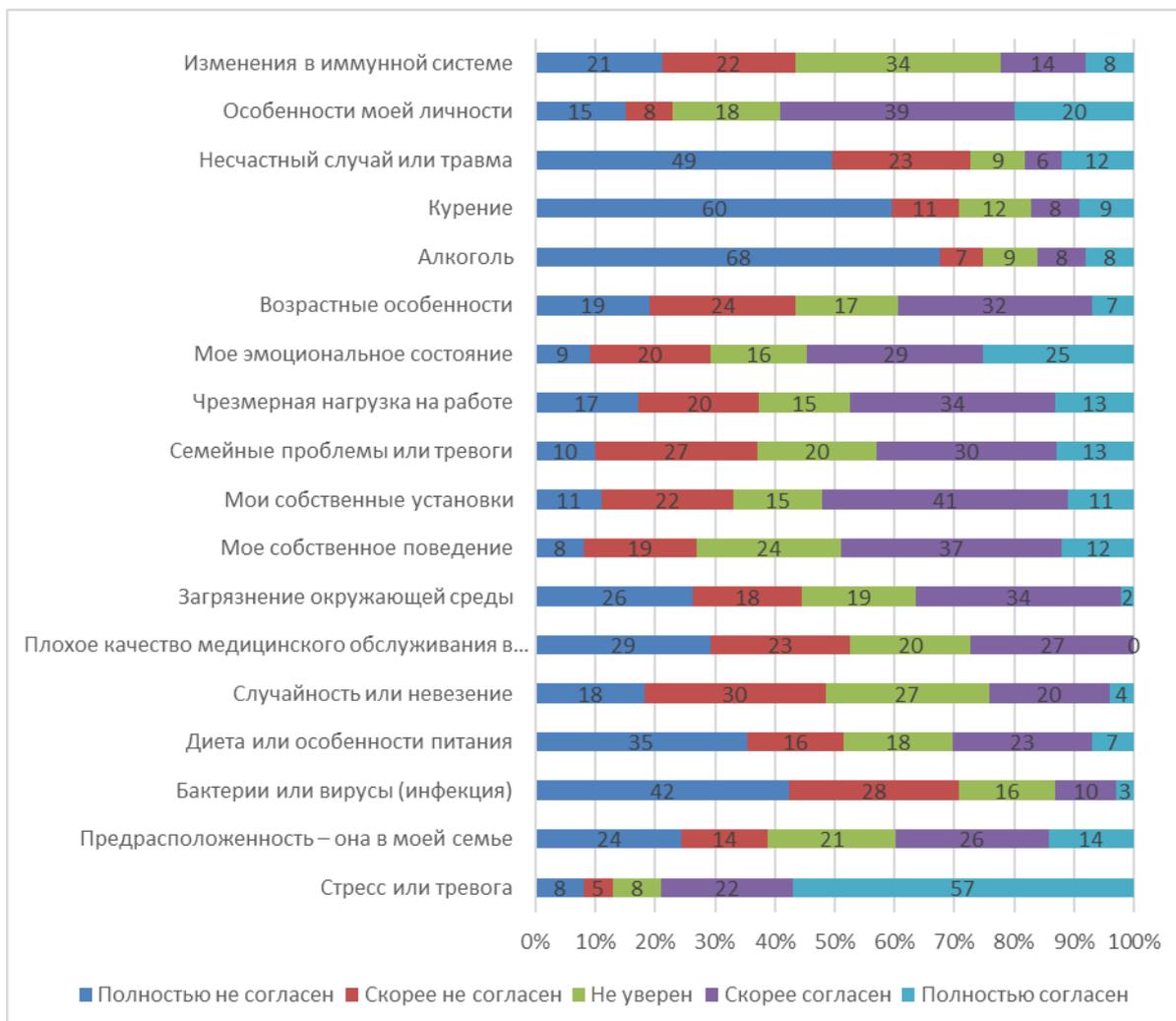
П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$. Курсивом выделены шкалы оригинальной версии, которые не используются далее в работе ввиду их низкой согласованности.

Согласно результатам дисперсионного анализа с повторными измерениями, пациенты различаются по тому, как оценивают различные аспекты болезни ($F=18,08$, $p < 0,01$, $\eta^2=0,15$). Большинство пациентов сообщают об уверенности в профессиональной компетенции врачей и не сомневаются в правильности назначенного лечения, но вместе с тем испытывают выра-

женные эмоциональные переживания по поводу болезни. Большая часть пациентов высказывают мнение, что заболевание негативно сказалось на образе их жизни и считают заболевание длительным, хотя и не циклическим. Реже они считают заболевание циклическим, в свою очередь такие пациенты не понимают причины и течение своего заболевания.

Из шкал субъективных причин болезни только одна шкала (атрибуции психологическим фактором) показала допустимую надежность-согласованность. В остальных случаях согласованность оказалась низкой, что соответствует данным, полученным ранее на выборке пациентов с непсихотическими депрессиями [4]. Вероятно, что причина заключается в том, что данный список первоначально был разработан для пациентов с соматическими заболеваниями, поэтому некоторые из предлагаемых

причин редко выбираются пациентами с психическими заболеваниями, а их структура может быть совершенно другой, нежели при соматических заболеваниях. Действительно, пациенты с СФР часто связывают заболевание с психологическими причинами и редко считают, что болезнь вызвана злоупотреблением алкоголем и табакокурением, снижением иммунитета вследствие болезнетворного воздействия бактерий и вирусов, несчастным случаем или травмой и пр. (рис. 1).



Р и с у н о к 1. Распределение субъективных причин развития заболевания в выборке обследованных пациентов с СФР по данным анализа частот

Ранее мы предполагали, что факторная структура репрезентации причин болезни требует отдельного изучения при разных заболеваниях. У пациентов с СФР факторный анализ методом главных компонент (вращение Varimax) продемонстрировал 3 компонента, объясняющие 50,36% дисперсии данных. Первая компонента включает редкий выбор таких факторов, как алкоголь, курение, несчастный слу-

чай или травма, случайность и невезение, и соответствует безличной атрибуции болезни – случайности и несчастному стечению обстоятельств (факторные нагрузки 0,51-0,86). Хотя употребление алкоголя и курение непосредственно зависят от индивидуального выбора, в данном контексте, где заболевание в незначительной мере связано с ними, такую атрибуцию следует считать безличной.

Вторая компонента соответствует внешней атрибуции болезни – влиянию внешних факторов (окружения и других людей). К ней относятся наследственная предрасположенность в семье, болезнетворное воздействие бактерий и вирусов, особенности и рацион питания, плохое качество медицинского обслуживания в прошлом, экологические проблемы, в частности глобальное загрязнение окружающей среды (факторные нагрузки 0,52-0,81).

Третья компонента полностью соответствует психологическим причинам оригинальной версии опросника (факторные нагрузки на «свою» компоненту 0,43-0,76).

Как показано в таблице 1, при использовании этого факторного решения три шкалы атрибуции причин болезни показывают достаточную согласованность, и поэтому далее в работе рассматривается именно это решение. Для большинства пациентов с СФР характерно признание психологических причин своего заболе-

вания, тогда как безличные причины они упоминают редко ($F=61,12$, $p<0,01$, $\eta^2=0,38$).

По результатам анализа не выявлено гендерных различий в представлениях о причинах и динамике болезни. Не зависели представления о болезни и от уровня полученного образования. Пациенты более старшего возраста склонны рассматривать свое заболевание как более длительное, менее контролируемое и менее склонны верить в позитивные перспективы лечения.

При сравнении пациентов различных клинико-нозологических групп статистически значимые различия относительно репрезентации болезни и её причин выявлены по категориям: эмоциональные репрезентации ($F=3,41$, $p<0,05$, $\eta^2=0,10$) и безличные причины ($F=3,64$, $p<0,01$, $\eta^2=0,10$). Пациенты с хроническим болевым и конверсионным расстройствами сообщают о крайне выраженных негативных эмоциональных реакциях на заболевание, что отличает их от пациентов других групп (рис. 2).

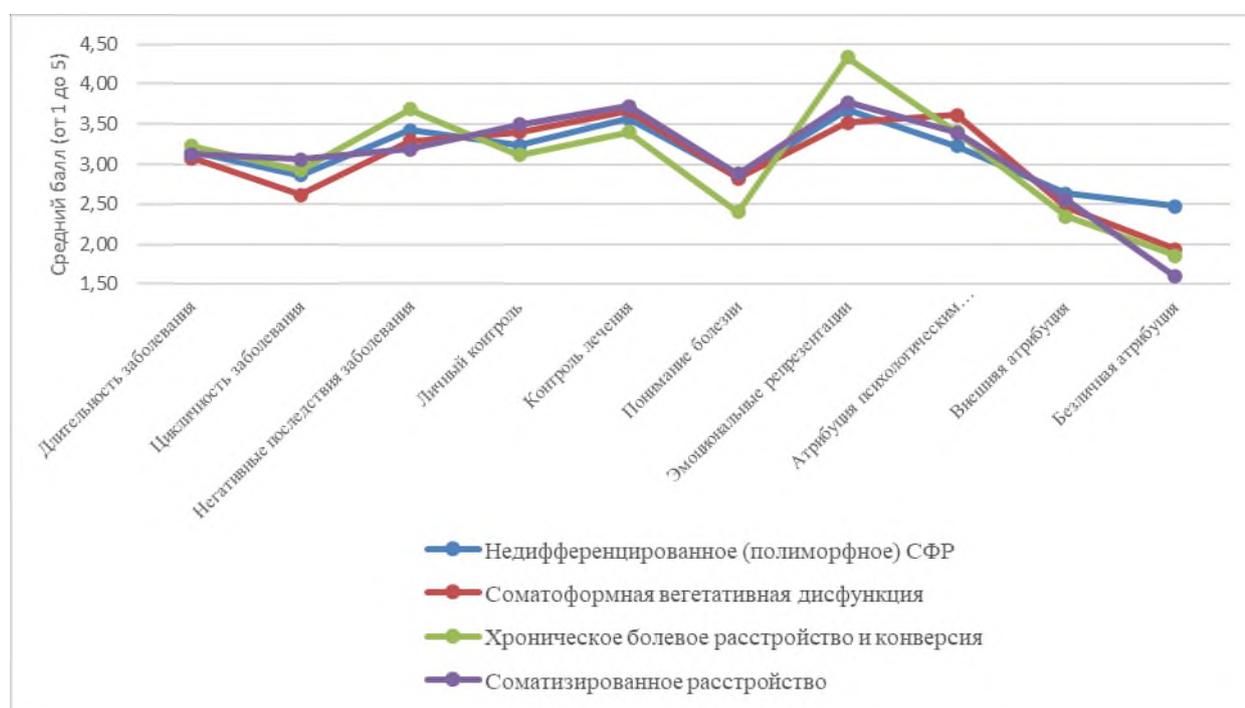


Рисунок 2. Распределение особенностей репрезентации болезни и причин её развития в выборке обследованных пациентов с различными нозологическими формами СФР

По результатам попарного сравнения по критерию Шеффе обнаружено, что у пациентов с хроническим болевым и конверсионным расстройствами показатель эмоциональных репрезентаций оказался статистически значимо ($p<0,05$) выше, чем у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией. Следует отметить, что по критерию Шеффе статистически

значимых различий в попарных сравнениях других клинико-нозологических групп не выявлено. Пациенты с недифференцированным СФР чаще отмечают безличные причины формирования заболевания. В то время как у пациентов с соматизированным расстройством такие оценки причин болезни встречаются с более редкой частотой.

Пациенты, предъявляющие большое количество жалоб на соматоформные симптомы, чаще считают свое заболевание цикличным, оказы-

вающим выраженные негативные последствия, и чаще называют безличные, случайные причины развития заболевания (табл. 2).

Т а б л и ц а 2. Связи представлений о болезни и её причинах с количеством соматических жалоб без медицинского обоснования и удовлетворенностью жизнью у обследованных пациентов с СФР: корреляции / частные корреляции (после статистического контроля количества показателя SOMS)

Шкала репрезентации болезни и причин её развития	SOMS – Скрининг соматоформных симптомов	QLesQ – Удовлетворенность			
		здоровьем	эмоциональным состоянием	повседневной активностью	общением
IPQ-R – Длительность заболевания	0,11	-0,46**/-0,46**	-0,26**/-0,24*	-0,34**/-0,32**	-0,06/-0,04
IPQ-R – Цикличность заболевания	0,24*	-0,02/0,02	-0,08/0,01	0,08/0,14	-0,06/-0,01
IPQ-R – Негативные последствия заболевания	0,26**	-0,55**/-0,55**	-0,54**/-0,50**	-0,50**/-0,48**	-0,34**/-0,30**
IPQ-R – Личный контроль	-0,16	0,30**/0,29**	0,09/0,04	0,16/0,14	-0,06/-0,10
IPQ-R – Контроль лечения	-0,06	0,26*/0,25*	0,35**/0,35**	0,11/0,10	0,21*/0,20*
IPQ-R – Понимание болезни	-0,09	0,27**/0,28**	0,23*/0,22*	0,19/0,18	0,14/0,13
IPQ-R – Эмоциональные репрезентации	0,09	-0,41**/-0,43**	-0,28**/-0,28**	-0,30**/-0,29**	-0,15/-0,13
IPQ-R – Атрибуция психологическим факторам	-0,09	-0,19/-0,19	-0,32**/-0,37**	-0,48**/-0,51**	-0,40**/-0,43**
IPQ-R – Внешняя атрибуция	0,09	0,00/0,01	-0,08/-0,06	-0,09/-0,07	-0,31**/-0,30**
IPQ-R – Безличная атрибуция	0,31**	0,07/0,10	-0,21*/-0,13	0,05/0,11	-0,28**/-0,23*

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

Независимо от выраженности предъявляемых жалоб пациенты, считающие свое заболевание более длительным и вызывающим выраженные негативные последствия в разных социальных сферах, и испытывающие более выраженные негативные эмоциональные переживания и впечатления вследствие болезни, склонны к меньшей удовлетворенности своим здоровьем, эмоциональным состоянием и повседневной активностью. Установлено, что возможность контроля за процессом лечения и лучшее понимание причин и динамики болезни связаны с большей удовлетворенностью здоровьем и эмоциональным состоянием, а личный контроль – с большей удовлетворенностью здоровьем. Пациенты, испытывающие большую уверенность в возможных негативных последствиях заболевания и с меньшей уверенностью в благополучном исходе болезни в результате лечения менее удовлетворены своим общением в сфере социальных коммуникаций.

Любая атрибуция болезни – психологическим причинам, неблагоприятному воздействию внешних факторов или случайному стечению обстоятельств – связана с меньшей удовлетворенностью общением с окружающими. Пациенты, объясняющие болезнь психологическими факторами, выражают меньшую удовлетворенность своим психоэмоциональным состоянием и уровнем активности в повседневной жизни.

Пациенты с более высокой фиксированностью на негативных последствиях заболевания и более эмоционально реагирующие на болезнь, с более высокой частотой предъявляют жалобы врачам на расстройства физического здоровья, более склонны сканировать тело на наличие нарушений и искусственно ограничивать себя и свои желания, придерживаясь жестких предписаний в образе жизни. Пациенты с уверенностью в неизбежных негативных последствиях болезни и пациенты, считающие свое заболевание цикличным, также склонны к поиску различных методов лекарственной поддержки. Возможность осуществлять контроль за ходом лечения и понимание болезни связаны с меньшими ограничениями и изменениями в жизни вследствие болезни. С другой стороны, контроль лечения связан с непрекращающимися попытками уточнить и перепроверять диагнозы.

Пациенты, объясняющие развитие болезни провоцирующим воздействием психологическим причин и внешних факторов, с более высокой частотой выражают жалобы окружающим и чаще сканируют тело с целью подтверждения испытываемых болезненных ощущений. Пациенты с внешней атрибуцией болезни склонны к частой перепроверке установленного диагноза. Безличная атрибуция характерна для пациентов, существенно изменяющих свою жизнь из-за болезни и ограничивающих себя.

Т а б л и ц а 3. Связи представлений о болезни и её причинах с признаками ипохондрического поведения у обследованных пациентов с СФР

Шкала репрезентации болезни и причин её развития	Проверка диагноза	Выражение жалоб	Лечение / прием лекарств	Последствия болезни для жизни	Сканирование тела на предмет нарушений
IPQ-R – Длительность заболевания	-0,09	0,13	0,12	0,03	-0,03
IPQ-R – Цикличность заболевания	0,17	0,09	0,23*	0,18	0,17
IPQ-R – Негативные последствия заболевания	0,07	0,56**	0,29**	0,41**	0,43**
IPQ-R – Личный контроль	0,04	-0,10	-0,01	-0,09	0,04
IPQ-R – Контроль лечения	0,24*	-0,20	-0,08	-0,29**	0,00
IPQ-R – Понимание болезни	-0,09	-0,02	0,18	-0,36**	-0,09
IPQ-R – Эмоциональные репрезентации	0,10	0,40**	0,11	0,30**	0,50**
IPQ-R – Атрибуция психологическим факторам	0,19	0,24*	0,18	0,20	0,25*
IPQ-R – Внешняя атрибуция	0,43**	0,28**	0,08	0,12	0,36**
IPQ-R – Безличная атрибуция	-0,05	0,08	0,08	0,36**	-0,03

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

ОБСУЖДЕНИЕ

Возможности применения опросника восприятия болезни у пациентов с СФР

Опросник восприятия болезни – методика, используемая для исследования представлений о причинах и динамике болезни при различных заболеваниях. Первая его часть направлена на диагностику идентичности болезни, в случае пациентов с СФР она может быть заменена на скрининг соматоформных симптомов, который включает жалобы, имеющие диагностическое значение у этих пациентов [17].

В собственном исследовании применялись второй (представления о болезни) и третий (представления о причинах болезни) блоки опросника. Шкалы второго блока не только продемонстрировали достаточную надежность-согласованность, но и позволили определить серию закономерных связей с выраженностью предъявляемых жалоб и удовлетворенностью качеством жизни, что обосновывает применение этой части методики у пациентов с СФР. Среди шкал третьего блока достаточной степенью надежности-согласованности обладает лишь шкала атрибуции болезни психологическим причинам. Так же, как и в случае пациентов с депрессиями [4], данный результат может объясняться тем, что структура субъективных причин болезни у пациентов с СФР отличается от таковой у пациентов с соматическими заболеваниями. Доказательством для подтверждения этой гипотезы являются результаты факторного анализа, что позволяет обоснованно выделить три группы согласованных причин заболевания у пациентов с СФР: 1) наиболее распространенная атрибуция болезни психологическим причинам (установкам, поведению, эмоциональным переживаниям, нагрузке и пр.),

2) менее распространенная атрибуция внешним причинам (предрасположенность в семье, инфекционное воздействие бактерий и вирусов, особенности питания, плохое качество медицинского обслуживания в прошлом, загрязнение окружающей среды), 3) наиболее редко встречающаяся безличная атрибуция (алкоголь, курение, несчастный случай или травма, случайность и невезение). Полученные результаты позволяют использовать опросник для обследования пациентов с СФР при условии коррекции шкал субъективных причин болезни.

Представления о болезни и причинах её развития у пациентов с СФР

Большинство пациентов с СФР считают свое заболевание имеющим выраженные негативные последствия, эмоционально реагируют и интерпретируют болезнь, недостаточно понимают различия между нормой и патологией состояния. Вместе с тем они более уверены в успешности лечения, признают среднюю длительность заболевания, но отрицают его цикличность. Перечисленные представления (уверенность в негативных последствиях болезни со снижением позитивного восприятия жизни в целом, эмоциональные репрезентации, представления о длительном характере заболевания) связаны с худшей удовлетворенностью качеством жизни в сферах здоровья и эмоций. Полученные нами результаты согласуются с данными предыдущих исследований [9]. Представления о негативных последствиях заболевания в виде тотального сбоя процессов в организме, эмоциональные репрезентации связаны с проявлениями ипохондрического поведения – преувеличенным выражением жалоб, коренным изменением образа жизни и паттернов поведения, постоянным сканированием тела.

С теоретической точки зрения это позволяет предполагать, что речь идет о факторах хронификации заболевания, которые, будучи напрямую не связаны с соматоформными жалобами, провоцируют глубинную неудовлетворенность жизнью и собой, самоограничительную модель поведения, непрерывное сканирование тела под давлением постоянного сомнения и страха, что ухудшает состояние и снижает сопротивляемость болезни.

С практической точки зрения можно имплицитировать, что психолого-психотерапевтическая коррекция, направленная на создание более реалистичной оценки последствий заболевания, отказ от позиции фундаментальных ограничений, улучшение эмоциональной саморегуляции и работу с устранением склонности к катастрофизации проблем, может способствовать психологическому благополучию пациентов и препятствовать фиксации на элементах ипохондрического поведения. Отдельной мишенью практической работы может быть проработка и урегулирование таких компонентов, как жесткий тотальный личный контроль любой ситуации, контроль лечения и понимание болезни. Гармонизация навыков контроля и отношений с окружающим миром способствует достижению большей удовлетворенности здоровьем, ассертивный личный контроль и понимание болезни связаны с обретением оптимального эмоционального состояния. При этом роль контроля лечения неоднозначна, поскольку это связано со склонностью к перепроверкам диагноза. Данная особенность поведенческого реагирования не только отражает общую ориентированность пациентов с СФР на получение медицинской помощи, но и стимулирует их повторно и многократно обращаться по поводу уточнения диагноза, что является проявлением ипохондризации и возможной фиксации на ипохондрических симптомах. Многообещающими мишенями психокоррекционных интервенций нам представляются сферы личного контроля и понимания болезни. Формирование адекватных механизмов эмоциональной и поведенческой регуляции позволит повысить удовлетворенность здоровьем и эмоциональным состоянием.

Ведущей атрибуцией болезни является атрибуция психологическим факторам, тогда как безличная атрибуция встречается редко. При этом атрибуция болезни психологическим факторам связана с худшим эмоциональным состоянием и повседневной активностью, что вызва-

но дисбалансом систем организма. С нашей точки зрения, эта связь двояка. С одной стороны, пациенты с более высокой неудовлетворенностью своим состоянием, склонны этим состоянием объяснять и симптомы дисрегуляции функций организма. С другой стороны, атрибуция болезни психологическим факторам повышает внимание к стрессу и проблемам со здоровьем с излишней фиксацией на них из-за отсутствия удовлетворительных навыков регуляции и возможностей для преодоления жизненных обстоятельств. Говоря метафорически, для пациентов с СФР атрибуция болезни психологическим факторам скорее «оправдывает» их болезнь, нежели способствует автономии и желанию активно менять стрессогенные ситуации, образ жизни, внутренние целевые установки и поведение.

Следует отметить, что внешняя и безличная атрибуция болезни не выглядят более позитивной альтернативой, чем атрибуция психологическим факторам. Внешняя атрибуция может провоцировать неаргументированное обвинение других (здравоохранительской системы в целом и медицинских работников в частности), а безличная атрибуция не только противоречит элементарным медицинским знаниям, но и снижает уверенность в возможности осуществлять личный контроль, поскольку случайностью и несчастным случаем (особенно уже произошедшим) управлять невозможно. Кроме того, как безличная, так и внешняя атрибуция болезни связаны с худшей удовлетворенностью общением и личным взаимодействием с окружением. При внешней атрибуции болезни пациенты наиболее склонны к ипохондрическому поведенческому стилю в силу своей неуверенности и растерянности (перепроверкам диагноза, излишнему выражению жалоб и сканированию тела) с базовой апелляцией жалоб к «авторитетным инстанциям» и поиском оснований для этих обращений. При безличной атрибуции пациенты с СФР, как правило, склонны к пассивно-согласительской позиции в отношении болезни, ограничению и изменению к худшему образа жизни в результате недоверия к окружающим и поступающей информации. Обобщая сказанное, практический фокус психокоррекции следует ориентировать на трансформацию эмоций и представлений о психологических причинах болезни в сторону их реконструктивной репрезентации с акцентом на большей управляемости и формировании личностной автономии.

Представления о болезни и причинах её развития при различных СФР

В одной из недавних публикаций показано [1], что с точки зрения выраженности психопатологической симптоматики наиболее неблагоприятная группа – пациенты с недифференцированным СФР. Наиболее благополучны – и с точки зрения симптоматики, и в аспекте удовлетворенности здоровьем – пациенты с соматизированным расстройством. Как обнаружено в данном исследовании, для пациентов с недифференцированным СФР в наибольшей степени, а для пациентов с соматизированным расстройством в наименьшей мере характерна безличная атрибуция болезни. Мы разделяем позицию, что атрибуция болезни случайности и несчастному случаю у пациентов с недифференцированным СФР является одной из основных мишеней психологического консультирования.

Для пациентов с хроническим болевым и конверсионным расстройствами характерна меньшая выраженность предъявляемых жалоб по сравнению с пациентами с недифференцированным СФР. Вместе с тем они менее удовлетворены состоянием своего здоровья, считают свое тело слабым, не способным выносить даже обычные нагрузки, жалуются на нарушения вегетативной нервной системы [1]. В данном исследовании доказательно обсуждается, что эти пациенты хуже других понимают причины своего заболевания и наиболее эмоционально реагируют на его течение и эмоциональное напряжение. Эти результаты позволяют предполагать, что особенности эмоциональной и телесной регуляции являются ключевой основой для понимания динамики состояния пациентов с хроническим болевым расстройством и конверсией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, пациенты с СФР в целом уверены в позитивных результатах лечения, но не понимают причин и сути болезни и того, что с ними происходит, считают её течение длительным, оказывающим выраженные негативные последствия, эмоционально реагируют на нее. При хроническом болевом синдроме и конверсии на фоне средней выраженности предъявляемых жалоб отмечается наихудшее понимание болезни и наиболее выражена эмоциональная реакция на нее. Ключевыми причинами заболевания они считают психологические причины, тогда как безличная атрибуция болезни встречается редко – чаще всего у пациентов с недифференцированным СФР.

У пациентов с выраженным характером жалоб на соматоформные симптомы преобладает представление о заболевании как о циклическом, с возможностью рецидива и негативными последствиями. Репрезентация болезни как о длительном болезненном процессе, провоцирующем негативные последствия и предрасположенность к выраженному эмоциональному реагированию в виде интенсивных переживаний, а также атрибуция болезни психологическим факторам связаны с худшей удовлетворенностью жизнедеятельностью в различных сферах. Для пациентов, уверенных в предопределенности негативных последствий заболевания, испытывающих тяжёлые переживания в виде тревоги и беспомощности в результате выраженного эмоционального реагирования на болезнь, более других характерны признаки ипохондрического поведения. Возможность преодолеть трудности и снизить значимость проблем, используя личный контроль за ситуацией и контроль лечения, в совокупности с более реалистичным пониманием болезни связаны с большей удовлетворенностью здоровьем. Представления о негативных последствиях, особенностях эмоционального реагирования, личного контроля, понимания болезни и виды атрибуция болезни психологическим факторам выступают главными мишенями для психолого-психотерапевтического консультирования и сопровождения пациентов с СФР.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Авторы выражают благодарность в знак памяти заслуг д.м.н. И.В. Белокрылова за помощь на этапе организации и определения методологии исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование было выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 20-013-00799 «Социально-психологические механизмы соматизации и ипохондризации в информационном обществе».

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Совместное исследование выполнено с соблюдением принципов информированного добровольного согласия и согласно этическим стандартам, разработанным Хельсинской декларацией ВМА для проведения медицинских исследований, и в соответствии с решением Этического комитета МГУ им. М.В. Ломоносова (рег. номер № 3-н, протокол 124-д от 22.01.2016).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Белокрылов И.В., Семиков С.В., Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Групп-аналитическая психотерапия пациентов с соматоформными расстройствами: клиническая эффективность, динамика качества жизни, отношения к болезни и лечению. *Психиатрия*. 2022. Т. 20, 1. С. 76-88. Belokrylov IV, Semikov SV, Tkhostov ASh, Rasskazova EI. Group-analytical psychotherapy of patients with somatoform disorders: clinical efficacy, quality of life dynamics, attitudes towards illness and treatment. *Psychiatry*. 2022;20(1):76-88. DOI <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-76-88> (in Russian).
2. 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. Т. 19, № 3. С. 58-67. Belokrylov IV, Semikov SV, Tkhostov AS, Rasskazova EI. Hypochondriac Beliefs and Behavior in Patients with Somatoform Disorders: Relationship to Somatic Complaints and Subjective Well-Being. *Psikhiatriya*. 2021;19(3):58-67. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-58-67> (in Russian).
3. Ереско Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Карпова Э.Б., Корепанова Т.Г., Крылова Г.С., Тархан А.У., Чехлатый Е.И., Шифрин В.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Пособие для психологов и врачей. СПб., 2005. 25 с. Yeresko DB, Isurina GL, Kaydanovskaya YeV, Karvasarsky BD, Karpova EB, Korepanova TG, Krylova GS, Tarkhan AU, Chekhlaty YeI, Shifrin VB. Alexithymia and methods of its definition in borderline psychosomatic disorders: A guide for psychologists and doctors. St. Petersburg, 2005:25 (in Russian).
4. Рассказова Е.И. 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. С. 123-142. Rasskazova EI. Russian-language approbation of the disease perception questionnaire R. Moss-Morris et al.: approbation on a sample of patients with non-psychotic depression. *Bulletin of the Moscow University. Series 14. Psychology*. 2016;1:123-142 (in Russian).
5. Рассказова Е.И. Клинико-психологический подход к диагностике трудно квалифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2013. № 3. С. 25-32. Rasskazova E.I. Clinical and psychological approach to the diagnosis of difficult-to-qualify symptoms within somatoform disorders. *Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2013;3:25-32 (in Russian).
6. Рассказова Е.И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2012. Т. 9, № 4. С. 81-90. Rasskazova EI. Methodology for assessing the quality of life and satisfaction: psychometric characteristics of the Russian version. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2012;9(4):81-90 (in Russian).
7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М. : Смысл, 2002. 287 с. Tkhostov ASh. *Psychology of body sense*. Moscow: Smysl Publishing House, 2002. 287 (in Russian).
8. Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry*. 1990 Sep;157:404-9. doi: 10.1192/bjp.157.3.404. PMID: 2245272.
9. Frostholm L, Petrie KJ, Ornbøl E, Fink P. Are illness perceptions related to future healthcare expenditure in patients with somatoform disorders? *Psychol Med*. 2014 Oct;44(13):2903-11. doi: 10.1017/S003329171400035X. Epub 2014 Mar 3. PMID: 25066790.
10. Jungmann SM, Witthöft M. Medically unexplained symptoms in children and adolescents: Illness-related self-concept and parental symptom evaluations. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2020 Sep;68:101565. doi: 10.1016/j.jbtep.2020.101565. Epub 2020 Mar 2. PMID: 32171996.
11. Hagger Martin, Orbell Sh. A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health*. 2003;18:141-184. 10.1080/088704403100081321.
12. Hulgaard DR, Rask CU, Risør MB, Dehlholm G. Illness perceptions of youths with functional disorders and their parents: An interpretative phenomenological analysis study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020 Jan;25(1):45-61. doi: 10.1177/1359104519846194. Epub 2019 May 13. PMID: 31079473.
13. Hüsing P, Löwe B, Piontek K, Shedden-Mora M. Somatoform disorder in primary care: The influence of co-morbidity with anxiety and depression on health care utilization. *J Eval Clin Pract*. 2018 Aug;24(4):892-900. doi: 10.1111/jep.12898. Epub 2018 Mar 2. PMID: 29498165.
14. Leventhal H, Brissette I, Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness / In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.) *The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge: New York, 2003. P. 42-65.
15. McAndrew LM, Musumeci-Szabó TJ, Mora PA, Vileikyte L, Burns E, Halm EA, Leventhal EA, Leventhal H. Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process. *Br J Health Psychol*. 2008 May;13(Pt 2):195-204. doi: 10.1348/135910708X295604. Epub 2008 Mar 7. PMID: 18331667.

16. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002;17(1):1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
17. Rief W, Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*. 2003 Nov-Dec;44(6):492-8. doi: 10.1176/appi.psy.44.6.492. PMID: 14597684.
18. Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol*. 1998 Nov;107(4):587-95. doi: 10.1037//0021-843x.107.4.587. PMID: 9830246.
19. Rief W, Ihle D, Pilger F. A new approach to assess illness behaviour. *J Psychosom Res*. 2003 May;54(5):405-14. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00401-4. PMID: 12726894.
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 Sep;14(7):1693-703. doi: 10.1007/s11136-005-2816-9. PMID: 16119181.
21. Wiborg JF, Löwe B. Illness perceptions in patients with somatoform disorders: examining the role of comorbidity. *J Health Psychol*. 2015 Sep;20(9):1166-74. doi: 10.1177/1359105313509843. Epub 2013 Dec 12. PMID: 24335537.

Поступила в редакцию 10.08.2022
Утверждена к печати 28.11.2022

Тхостов Александр Шамилевич, д.п.н., профессор, зав. кафедрой нейро- и патопсихологии МГУ имени М.В. Ломоносова. SPIN-код 6319-0968. ResearcherID I-4782-2012. Scopus Author iD 6603614962. Author ID 444217. ORCID iD 0000-0001-9676-4096.

Рассказова Елена Игоревна, к.п.н., доцент, доцент кафедры нейро- и патопсихологии МГУ имени М.В. Ломоносова. SPIN-код 6340-5005. ResearcherID I-6603-2012. Scopus Author iD 8379943500. ORCID iD 0000-0002-9648-5238. eirasskazova@gmail.com

✉ Тхостов Александр Шамилевич, Tkhostov@gmail.com

UDC 616.8-009.7-039.13:612.821.3:159.942.22

For citation: Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. Ideas about the disease and its causes in patients with somatoform disorders: association with somatic complaints and subjective well-being. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 4 (117): 51-63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-51-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-51-63)

Ideas about the disease and its causes in patients with somatoform disorders: association with somatic complaints and subjective well-being

Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I.

*Lomonosov Moscow State University
Leninskie Gory 1, 119991, Moscow, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. Severe emotional reactions to the disease, an erroneous understanding of the true causes of the disease, a focus on a decrease in the functional state of the body, a low level of personal control are factors in the deterioration of the quality of life and the chronification of both somatic and mental diseases, and in patients with somatoform disorders (SD) they may be associated with more pronounced psycho-emotional instability and features of psychopathological symptoms. **Objective:** identify the features of ideas about the disease and the causes of its formation and dynamics in patients with SD and to determine their association with the severity of psychosomatic complaints and subjective psychological well-being. **Material.** Based on the psychiatric (crisis) department of the A.K. Eramishantsev City Clinical Hospital of the Moscow Department of Health and the outpatient department of the private Medical Center “Irbis” between 2016 and 2020 100 patients aged 18-68 years, male and female, diagnosed according to ICD-10 SD (F45) and dissociative (conversion) disorder (F44) were examined. **Methods.** A battery of psychodiagnostic tests was used: the Somatoform Symptom Screening Scale, the Quality of Life and Satisfaction Questionnaire, the Disease Perceptions Questionnaire, and the Health Behavior Assessment Scale. **Results.** In patients with SD, despite their formally expressed confidence in the need for treatment, their mood for therapy of behavioral disorders and satisfaction with its results, the mechanisms for understanding the formation, development and prognosis of the disease are disturbed. The tendency of patients with SD to psycho-emotional experiences explains the stereotype of ideas about the disease: the lack of a correct interpretation of specific facts causes absence of self-confidence and confidence in others, an attitude towards a long course of the disease, and an overestimation of the negative consequences of the disease. In chronic pain syndrome and conversion against the background of complaints of moderate severity, there is an erroneous one-sided understanding of the real causes of the disease, a pronounced emotional response in the form of in-confidence in a possible improvement in the course of the disease and avoidance of cooperation with the therapist. Patients with SD consider various psychological factors to be the key factors determining the onset, development, and outcome of the disease. Impersonal attribution of the disease is more common in patients with undifferentiated SD. The idea of the disease as a cyclical and deepening process, caused by a series of adverse random events and characterized by negative consequences, prevails in patients with more pronounced complaints of somatoform symptoms. The representation of the disease as a long-term process of a life test, with irreparable consequences for the body, with a pronounced emotional reaction to a “dangerous” disease, projective attribution of the disease by external psychological factors determines the worst satisfaction with life and social functioning. Patients who are confident in the negative consequences of the disease and with a pronounced emotional reaction to it are characterized by signs of hypochondriacal behavior with an exaggerated focus on themselves and personal problems. The ability to establish constant personal control over the course of therapy, an adequate understanding of the disease is associated with greater satisfaction with health. **Conclusions.** Ideas about negative consequences, emotional response, personal control, understanding of the disease and attribution of the disease by a psychological factor are targets for psycho-correctional work with a contingent of patients with SD.

Keywords: somatoform disorders, subjective psychological well-being, representation of the disease, ideas about the causes and dynamics of the disease.

Received August 10.2022

Accepted November 28.2022

Tkhostov Alexander Sh., MD, Professor, Head of the Department of Neuro- and Pathopsychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. SPIN-code 6319-0968. ResearcherID I-4782-2012. Scopus Author iD 6603614962. Author ID 444217. ORCID iD 0000-0001-9676-4096.

Rasskazova Elena I., PhD, docent of the Department of Neuro- and Pathopsychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. SPIN-code 6340-5005. ResearcherID I-6603-2012. Scopus Author iD 8379943500. ORCID iD 0000-0002-9648-5238. eirasskazova@gmail.com

✉ Tkhostov Alexander Sh, Tkhostov@gmail.com