

## Клинико-психологический подход к диагностике трудноквалифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств

Е.И. Рассказова

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,  
Научный центр психического здоровья РАМН

**Резюме.** Работа посвящена клинико-психологическому подходу к определению, классификации и диагностике трудно квалифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств, а также психологических и поведенческих факторов, лежащих в основе симптомообразования (таких, как поведение болезни, дисфункциональные убеждения о здоровье и болезни и т.п.). Основной акцент в обзоре делается на международные работы. Согласно существующим данным, по крайней мере часть трудностей диагностики, характерная для клинического подхода, обусловлена недоучетом психологических и поведенческих факторов и механизмов симптомообразования и хронификации симптомов. Обосновывается эвристичность дополнения клинического взгляда клинико-психологическим подходом открывает новые возможности. К настоящему моменту в клинической психологии накоплен целый ряд надежных и валидных инструментов, способствующих уточнению диагноза, а также позволяющих выявить потенциальные факторы хронификации заболевания.

**Ключевые слова:** трудно квалифицируемые симптомы в рамках соматоформных расстройств, клинико-психологический подход, соматизация, ипохондризация, конверсия, психологические и поведенческие факторы

### Clinical-psychological approach to the diagnostics of difficultly qualified symptoms of somatoform disorders

E.I. Rasskazova

Lomonosov Moscow State University, Mental Health Research Center of RAMS

**Summary.** The paper is devoted to the clinical psychological approach to the definition, classification and diagnostics of difficultly qualified symptoms of somatoform disorders as well as psychological and behavioral factors affecting forming of the symptoms (illness behavior, dysfunctional beliefs about health and illness etc.). The main emphasis in the review is made on international research. According to existing data, at least part of the difficulties in clinical diagnostics could be attributed to the underestimation of the role of psychological and behavioral factors and mechanisms of the symptom development. Possibilities of the clinical-psychological view that could be additive to the clinical approach are discussed. Nowadays there are a number of reliable and valid psychological instruments that are helpful for differential diagnostics and revealing potential factors of illness perpetuation.

**Key words:** difficultly qualified symptoms of somatoform disorders, unexplained somatic symptoms, clinical psychological approach, somatization, hypochondrization, conversion, psychological and behavioral factors.

По данным эмпирических исследований, от 25 до 60% соматических жалоб, с которыми пациенты обращаются к врачу, не имеют достаточных биологических и физиологических объяснений (см., например, [14]). В 10% случаев эти симптомы носят множественный и стабильный характер [32], а среди тех, кто часто обращается к врачам, к этой группе относится каждый пятый. Дополняют эту картину данные о том, что психические заболевания все чаще диагностируются в сети общесоматического профиля [2]. Такая трудно квалифицируемая соматической медициной симптоматика заставляет обращаться к другим областям науки в поисках факторов ее этиологии и патогенеза, создавая особую проблемную область, давно привлекающую исследователей разных наук (unexplained medical

complaints). Речь идет симптомах, характерных, в первую очередь, для соматоформных расстройств. Психология становится одним из «адресатов» вопросов, которые стоят перед врачами.

Несмотря на выраженный интерес исследователей к этой области (например, только за 2011–2012 гг. было опубликовано более 250 работ по соматизации\*), следует отметить несколько существенных ограничений. Работы, выполненные в рамках медицинского дискурса, в большинстве случаев опираются на критерии классификаций болезни (МКБ-10 и DSM-IV), которые, как было неоднократно показано [18; 22; 41], не исчерпывают имеющейся феноменологии и не учитывают многих психологических и поведенческих аспек-

\* Работа поддержана грантом РФФИ № 12-06-31165.

тов. Кроме того, отмечаются трудности дифференциации различных рубрик классификации [9, 22]. Собственно психологические и клинико-психологические исследования, напротив, опираются либо на исторически сложившиеся представления о соматизации, конверсии и диссоциации (см. [14]), либо на широкие и нейтральные конструкты — «субъективные соматические жалобы» [41], «необъясненные симптомы». В обоих случаях возникают трудности операционализации и диагностики, а во втором случае — также и трудности дальнейшего осмысления полученных результатов в рамках медицинской терминологии. Говоря метафорически, в результате «ответ» психологов врачам может оказаться непонятым. Дополнительное ограничение связано с тем, что многие мировые модели и полученные данные не получают должного внимания российских исследователей. В результате, несмотря на значительный прогресс отечественной психосоматики и психологии телесности в последние десятилетия (например, [4, 5, 6, 8, 10]), интеграция научных знаний в этой области осложняется.

Данная работа посвящена клинико-психологическому подходу к определению, классификации и диагностике соматических симптомов, не имеющих достаточных органических оснований, а также психологических и поведенческих факторов, призванных объяснить процессы симптомообразования (таких как поведение болезни, дисфункциональные убеждения о здоровье и болезни и т.п.). Основной акцент в обзоре делается на международные работы, менее известные российскому читателю. Центральными для нас являлись понятия соматизации, конверсии, ипохондризации и (в меньшей степени вследствие небольшого количества эмпирических клинико-психологических исследований) диссоциации.

#### **Определение и диагностика соматических симптомов, не имеющих достаточных органических оснований, в рамках клинического подхода**

*Клинические критерии диагностики в соответствии с МКБ-10 и DSM-IV*

В американской классификации психических расстройств четвертого пересмотра DSM-IV [38] категоризация соматических симптомов, не имеющих достаточных органических оснований, зависит от их природы, количества и продолжительности. Соматоформные расстройства подразделяют на наличие симптомов соматических заболеваний (слабость, боль и т.п.), не связанных с физическими нарушениями. В эту группу включено соматизированное расстройство — современный аналог истерии с множеством соматических симптомов, а также конверсионное расстройство, при котором наблюдается неврологическая симптоматика (конвульсии, потери чувствительности, нарушения движений). Помимо соматизированного и конверсионного расстройств к группе соматоформных относятся недифференцированное соматоформное расстройство, болевое расстрой-

ство, ипохондрическое и дисморфофобическое расстройство. При этом наличие симптомов, не имеющих достаточных органических оснований, не является решающим для диагностики ипохондрического и дисморфофобического расстройств. Диссоциативные расстройства составляют отдельную категорию, для которой характерны специфические нарушения памяти, восприятия, идентичности, а также феномены деперсонализации и дереализации.

В международной классификации болезней десятого пересмотра МКБ-10 [39] конверсионное расстройство относится к диссоциативным расстройствам, тогда как соматизированное расстройство включено в группу соматоформных расстройств.

К числу немаловажных моделей исследований в этой области относятся соматоформные вегетативные дисфункции, при которых большие, как правило, ищут помощи в русле соматической медицины, что осложняет дифференциальную диагностику.

Интересно, что именно в отношении соматоформных расстройств демонстрируется прогностическая и теоретическая значимость критерия симптоматологического сходства в классификации [7].

#### **Источники диагностических трудностей**

Несмотря на стройность клинических критериев, использование их на практике значительно осложняется вследствие следующих трудностей.

1. *«Узость» критериев.* Многие исследователи говорят о неоправданно узких критериях, принятых в международных классификациях, что не позволяет охватить всю феноменологию. В практических целях Дж. Эскобар [18] предложил выделять сокращенное соматизированное расстройство (abridged somatization disorder), которое в соответствии с DSM-IV следует диагностировать при трех симптомах у мужчин и пяти — у женщин [33].

2. *Коморбидность и трудности дифференциации.* Отмечается выраженная коморбидность как расстройств «внутри» группы, характеризующейся соматическими симптомами, не имеющими достаточных органических оснований [16, 19, 36], так и соматоформных расстройств с другими психическими заболеваниями [7, 13, 22, 40]. В частности, результаты эмпирических исследований позволили некоторым исследователям отстаивать необходимость включения в DSM-IV ипохондрических расстройств в группу тревожных расстройств [27]. Другой пример — у большинства пациентов с ипохондрическим расстройством наблюдаются множественные симптомы соматизации, тогда как при соматизированном расстройстве полная картина ипохондрики достаточно редка [25]. Немаловажно, что оценка тревоги в отношении здоровья и когнитивных убеждений позволяет относительно четко дифференцировать больных с соматизированным расстройством с и без ипохондрической

симптоматики, что свидетельствует о необходимости клинико-психологической дифференциальной диагностики.

3. Другая диагностическая проблема связана с тем, сколько различных соматических жалоб предъявляет больной [22]. В. Хиллер предлагает разделять моносимптоматическое и полисимптоматическое соматоформное расстройство, поскольку они характеризуются различной клинической картиной. Например, у пациентов с болевым расстройством наличие дополнительного соматизированного расстройства связано с более выраженными и аффективно заряженными болевыми ощущениями, большими нарушениями функционирования из-за боли и худшим прогнозом в лечении. Кроме того, многие исследователи говорят о важности учета не только количества, но и выраженности симптомов, чего не позволяют современные классификации.

4. Следует отметить, что список симптомов соматизированного расстройства различается в разных классификациях: так, в DSM-IV предлагается 33 потенциальных соматических симптома соматизированного расстройства, в МКБ-10 – 14 симптомов для соматизированного расстройства и 16 симптомов для соматоформной автономной дисфункции. Эмпирические исследования показывают, что некоторые из этих симптомов крайне редки (что, однако, не лишает их диагностической важности: если они наблюдаются у пациента, они могут быть важным индикатором), а некоторые достаточно слабо позволяют разделить больных с соматизированным расстройством и без него [22]. Нередко говорят о недостаточной представленности желудочно-кишечных, сердечно-сосудистых и респираторных симптомов, на которые нередко жалуются пациенты с соматоформными расстройствами.

Выявление единых или специфических для различных заболеваний психологических механизмов формирования соматических симптомов, не имеющих достаточных органических оснований, позволило бы указать на то, какие клинические признаки должны рассматриваться в качестве системообразующих и какими психологическими признаками должна быть дополнена диагностика. Клинико-психологическая квалификация симптомов подразумевает психологический анализ переживаний, отношений и реакций личности.

#### **Соматизация, конверсия, диссоциация, ипохондризация: возможности клинико-психологического подхода**

*На пути интеграции клинического и психологического подходов: система диагностических критериев для психосоматических исследований*

Трудности дифференциации расстройств, характеризующихся соматическими симптомами, не имеющими достаточных органических оснований, в соответствии с критериями DSM-IV и МКБ-10 привели к разработке системы диагностических критериев для психосоматических исследований (ДКПИ, Diagnostic Criteria for Psychosomatic Re-

search, DCPR, [37]). Особенностью системы является учет, с одной стороны, разнообразия феноменологии психических нарушений, связанных с соматическими заболеваниями, а с другой стороны, психологических факторов, которые позволяют дифференцировать соответствующие нарушения. Необходимость оценки психологических факторов соматоформных расстройств подтверждается как исследованиями когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей этих больных, так и данными об эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии. Система ДКПИ включает критерии для диагностики 12 кластеров: алекситимия, поведение типа А, фобия болезни, танатофобия, тревога в отношении здоровья (ипохондриа), отрицание болезни, функциональные соматические симптомы, вторичные по отношению к психическому заболеванию, устойчивая соматизация, симптомы конверсии, ежегодная реакция (anniversary reaction), раздраженное настроение, деморализация. В отличие от классических систем классификаций данная система направлена на диагностику субсиндромальных особенностей, в том числе субъективных переживаний и реакций больного. Несмотря на проработанность критериев, позволяющих выявить и дифференцировать различные феномены, сама классификация методологически неоднородна. Так, в ее состав включены феномены, возникающие параллельно или связанные с реакцией и оценкой соматических ощущений/заболевания (алекситимия, деморализация), поведенческие и личностные факторы риска заболеваний (поведение типа А, раздраженное настроение) и феномены, связанные с формированием соматических симптомов (устойчивая соматизация, симптомы конверсии). В соответствии с нашими целями дифференциации соматизации, конверсии, ипохондризации следует отметить несколько моментов.

1. Системообразующими для диагностики *ипохондрического расстройства* являются три компонента: когнитивный (ошибочная интерпретация телесных ощущений, ведущая к убеждениям о болезни), аффективный (страх наличия заболевания) и поведенческий (связанные с убеждениями и эмоциями стресс и нарушения функционирования в социальной сфере, на работе и т.п.). Предполагается, что эти компоненты позволяют четко отличить ипохондрию от других расстройств, при этом не включая симптоматику, которая может встречаться при ипохондрии (тревога в отношении здоровья, страх смерти), но не является ни необходимой, ни достаточной для диагноза.

2. Несмотря на то, что *фобия болезни* часто возникает вторично при ипохондрии, в системе ДКПИ предлагается выделять ее как самостоятельный диагноз в связи с тем, что она нередко встречается при отсутствии других психических заболеваний, а также отличается специфическими чертами. Отношение между ипохондрией и фобией болезни такое же, как между генерализованным тревожным расстройством и паническими атаками. Так, в отличие от ипохондрии фо-

бия определенной болезни практически никогда не «переходит» на другую болезнь. Кроме того, страхи манифестируют в форме эпизодический атак, как это бывает при фобии, тогда как при ипохондрии они выражаются в форме хронической тревоги.

3. Критерии *соматизации*, по сравнению с DSM-IV и МКБ-10, в системе ДКПИ расширены: необходимо не наличие симптомов разных нозологий, а возбуждение автономной нервной системы, сопутствующее функциональной симптоматике.

4. Если в DSM-IV *конверсионное* расстройство диагностируется на основе количества симптомов, то в системе ДКПИ акцент сделан на доминирующие клинические и клинико-психологические черты и включает попытки установить психологический смысл симптома.

В целом несомненным достоинством классификации является попытка вычленив системообразующее звено синдрома и учет психологических и поведенческих черт, а также сопоставимость с клиническими классификациями. Однако, помимо уже отмеченной методологической неоднородности, система ДКПИ характеризуется разноразмерностью критериев: например, четыре черты симптомов конверсии относятся к разным с психологической точки зрения явлениям (характер жалоб, черты личности, история симптомов). Более того, как будет показано ниже, гистрионные черты личности хотя и приписываются традиционно больным конверсионными расстройствами, по всей видимости, не являются специфическими для них.

По нашему мнению, хотя современный этап развития данной области не позволяет ни провести полноценный клинико-психологический анализ соответствующих синдромов как закономерной констелляции симптомов, ни выявить особенности организации симптомов, некоторые шаги к более четким определениям и критериям диагностики могут быть сделаны.

#### **Конверсия, соматизация, ипохондрия, диссоциация: клинико-психологический анализ**

Клинико-психологический анализ проблемы трудноквалифицируемых соматических симптомов осложняется смешением в определениях данных о факторах, процессах и особенностях, полученных в разные периоды истории науки и нередко соответствующих разным расстройствам. Особенно это касается понятий конверсии, соматизации и диссоциации, которые изначально развивались в рамках исследования истерии и рассматривались как феномены, имеющие единую природу.

Следует четко различать внешние проявления заболевания (например, соматические симптомы), расстройства (соматизированное, конверсионное, ипохондрическое и т.п.) и процессы/механизмы, лежащие в основе симптомообразования (например, соматизация, конверсия). В отличие от определения заболевания определение механизма

распространяется на норму и носит отпечаток тех теоретических воззрений, в рамках которых он был предложен.

Исследования *внешних проявлений* позволяют охватить максимально широкую область явлений и облегчают процессы операционализации, однако их результаты практически несопоставимы с клиническими критериями. Анализ на уровне *расстройств*, напротив, предполагает диагностику в соответствии с принятыми в мире системами классификаций и выявление психологических факторов и механизмов, стоящих за соответствующими заболеваниями.

Рассмотрение *процессов и механизмов* соматических симптомов, не имеющих достаточных органических оснований, тесно связано с исследованиями истерии в конце XIX – начале XX века (см. [14]). Так, термин «диссоциация» был предложен П. Жане для описания спонтанного сужения внимания у истерической личности при столкновении с психотравматическими событиями. Как следствие, возникает «разрыв» между некоторой частью воспоминаний и основными знаниями о себе, а также игнорирование некоторых источников сенсорной информации при невозможности волевого контроля над этими процессами. Термин «конверсия» был предложен Й. Брейером и З. Фрейдом, во многом под влиянием идей П. Жане, для описания «конвертации» сознательного переживания негативного аффекта в соматический симптом, который либо был у человека во время психотравмы, либо является ее символическим выражением. Изначально симптом выполняет функцию защиты от негативного аффекта (первичная выгода), хотя после его возникновения человек может начать извлекать дополнительные преимущества (вторичная выгода). Механизм «соматизации» предложен Ф. Александером [1] под влиянием идей З. Фрейда: учитывая важную роль внутреннего конфликта и невыраженных эмоций, термин не предполагает символического смысла симптома. Наконец, активное развитие представлений об «ипохондризации» в психологии связано с идеями изменения и нарушения внимания к телу и телесной перцепции, а также ошибочной интерпретации симптомов (например, концепция соматосенсорной амплификации А. Барского, [12]).

Современные терминологические границы при понимании процессов конверсии, соматизации, диссоциации и ипохондрии во многом определяются соответствующими теориями, а не клиническими критериями. Так, соматизация определяется как склонность переживать и выражать психологический стресс в форме соматических симптомов, а также поиск медицинской помощи по поводу этих симптомов [23], тогда как конверсия предполагает, кроме этого, наличие вытесненного конфликта и символического смысла симптома. При таком понимании понятия в значительной степени «пересекаются».

Другое следствие длительного исторического пути развития конструктов – большое количество дополнительных признаков, приписываемых

им имплицитно или эксплицитно. Так, конверсия связывается со специфическими личностными чертами и внушаемостью, соматизация рассматривается как «соматическое выражение» депрессии. Как согласно принципу коморбидности [22], так и в соответствии с эмпирическими данными [23], соматизация не может быть сведена к подтипу депрессии, и депрессивные симптомы не являются необходимыми при соматоформных расстройствах. Аналогично, хотя исторически истерия связывалась с театральностью, эгоцентричностью и манипулятивным поведением, в настоящее время эти особенности относятся к диагностике гистрионного расстройства личности и могут не проявляться при конверсионных расстройствах [16]. Наконец, экспериментальные данные не подтверждают повышенной реакции больных соматизированным расстройством на суггестию негипнотического характера [14].

#### **Психологические факторы трудноквалифицируемых соматических симптомов в рамках соматоформных расстройств**

Последующие эмпирические исследования способствовали дальнейшему оформлению конструкций конверсии, соматизации, ипохондризации. Во-первых, принципы вторичной выгоды получили активное развитие в медицинских и социологических работах в рамках близких терминов «нарушение поведения при заболевании» (abnormal illness behavior, [30]), «поведение болезни» (illness behavior, [28]), «роль больного» (sick role, [29]), что способствовало широкому распространению конструкта соматизации. Во-вторых, было показано, что когнитивные (например, соматосенсорная амплификация, ошибочная интерпретация телесных ощущений, атрибуция причин заболевания) и эмоциональные (например, тревога в отношении здоровья и болезни) факторы могут использоваться для дифференциальной диагностики больных с различными диагнозами (в том числе в рамках категории соматоформных расстройств), а в некоторых случаях могут рассматриваться как факторы этиологии и патогенеза [17, 20, 21, 26, 34]. Наконец, результаты исследований копинг-стратегий больных с соматоформными расстройствами [3], хотя и не позволяют установить направление связи, дают возможность рассматривать совладающее поведение как возможный фактор, определяющий качество жизни и особенности функционирования больных. Тем не менее, полноценный психологический анализ трудноквалифицируемых соматических симптомов требует внимания к содержанию переживаний у конкретных больных, их мотивационно-личностной сфере, особенностям саморегуляции при заболевании. Хотя обзор работ в этой области выходит за рамки данной статьи (см., например, [3]), психологическая квалификация обладает большим потенциалом как для дифференциальной диагностики, так и для понимания механизмов формирования и хронификации симптомов.

#### **Диагностика и квалификация соматических симптомов в рамках соматоформных расстройств, а также поведенческих и психологических факторов их развития и хронификации**

На основе этих данных в мировой клинической психологии предложен и валидизирован целый ряд методов диагностики и квалификации как самих соматических симптомов, так и психологических и поведенческих факторов, влияющих на их развитие и хронификацию [22]. Несмотря на то что многие из методик не имеют официально признанной российской версии и их разработка является задачей дальнейших исследований, ниже приведен обзор наиболее распространенных инструментов с учетом психометрических показателей (табл. 1).

«Золотым» стандартом остается метод клинического интервью на основе МКБ-10 и DSM-IV. Его очевидным преимуществом являются четкая структура и стандартизация. Однако клинические интервью не позволяют гибкого подхода к диагностике и достаточно длинны. Часть этих проблем преодолевается в специфических программах и чеклистах, ориентированных на диагностику соматоформных расстройств [22]. Наиболее распространенной, надежной и валидной скрининговой методикой соматоформных расстройств признан скрининг соматоформных расстройств, существующий в двух вариантах [32]: SOMS-2 направлен на диагностику заболевания, тогда как SOMS-7 – на оценку выраженности симптоматики и динамики состояния.

Разработка и применение психологических методов диагностики связаны с необходимостью учета эмоциональных, когнитивных, поведенческих и психосоциальных аспектов расстройств [22]. Например, частое посещение врачей и участие в обследованиях являются важной чертой соматоформного расстройства, что предполагает оценку поведения болезни. Нарушение интерпретации соматических симптомов также требует отдельного внимания в процессе диагностики. Условно можно выделить несколько групп клинико-психологических опросников (см. табл. 1). Первая группа клинико-психологических инструментов направлена на выявление ипохондрических расстройств и ориентирована, в первую очередь, на выявление субъективных переживаний (непринятия диагноза) и поведения (повторные посещения врача и обследования) больных. Вторая группа методик ориентирована на выявление когнитивных убеждений, связанных с соматизацией и ипохондризацией. Третья группа инструментов направлена на диагностику поведения болезни, выражающегося в частом поиске медицинской помощи, недоверии врачам и дополнительной верификации диагнозов.

\* Поскольку достаточные или высокие показатели надежности-согласованности и ретестовой надежности, а также факторная валидность (соответствие шкал методики эмпирической структуре факторов) характерны для всех указанных методик, эти данные в таблице опущены.

**Таблица 1. Методы диагностики и квалификации соматических симптомов, не имеющих достаточных органических оснований, а также поведенческих и психологических факторов их развития и хронификации**

	Объект диагностики	Название, структура и психометрические характеристики методики
Структурированные и полуструктурированные клинические интервью, чеклисты		
1	Психические заболевания, в том числе соматоформные расстройства	Структурированное клиническое интервью, соответствующее критериям DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID). Комплексное международное диагностическое интервью, результаты которого могут быть интерпретированы как в соответствии с DSM-IV, так и в соответствии с МКБ-10 (Composite International Diagnostic Interview, CIDI). В отношении валидности рассматривается как «золотой» стандарт [22]. Программа диагностики соматоформных расстройств (Somatoform Disorders Schedule, SDS), учитывающая критерии DSM-IV и критерии МКБ-10. Разработана на основе CIDI, но в большей степени учитывает клинические данные. Международный диагностический чеклист (International Diagnostic Checklist, IDCL), включающий две разные версии для DSM-IV и МКБ-10 и рекомендованный ВОЗ для ежедневного обследования пациентов. Гибкий подход к диагностике
Скрининговые методики (стандартизованные опросники)		
2	Соматоформные расстройства	Скрининг соматоформных расстройств (Screening for Somatoform Disorders, SOMS, [32]) – субъективная оценка необъясненных врачами симптомов за последние два года, а также дополнительные критерии включения и исключения, соответствующие DSM-IV и МКБ-10. Корреляции со шкалой соматизации SCL-90R, индексом Уитли и опросником депрессивности Бека [32]. По сравнению со структурированным клиническим интервью чувствительность – 82 %, специфичность – 85 %
Стандартизованные опросники (клинико-психологические инструменты)		
3	Ипохондрические расстройства	Индекс Уитли (Whitley Index, WI, [31]) состоит из 14 пунктов, относящихся к трем шкалам: уверенность в заболевании, озабоченность соматической сферой и фобия болезни. Шкала установки в отношении болезни (Illness Attitude Scale, IAS, [24]) состоит из 29 пунктов, относящихся к двум субшкалам – тревоги в отношении здоровья и поведения болезни. По сравнению с критериями DSM-IV, чувствительность методик 71 % для индекса Уитли и 72 % для шкалы установки в отношении болезни, специфичность – 80 % и 79 % соответственно [22]. Методика тревоги в отношении здоровья (Health Anxiety Inventory, HAI, [35]) создавалась специфически для пациентов с ипохондрическими расстройствами и включает 64 пункта в полной версии и 18 пунктов – в сокращенной версии [11]. Позволяет дифференцировать больных ипохондрическими расстройствами с и без коморбидного панического расстройства от больных паническими расстройствами, социофобией и испытуемыми контрольной группы. Чувствительна к улучшениям в состоянии в ходе когнитивно-бихевиоральной терапии
4	Дисфункциональные убеждения и соматосенсорная амплификация	Шкала соматосенсорной амплификации (Somatosensory Amplification Scale, [12]) состоит из 10 пунктов. Выраженность соматосенсорной амплификации у больных соматической клиники позволяет предсказать выраженность ипохондрии (объясняя 31% дисперсии данных) и соматизации (12 %). Опросник когнитивных представлений о теле и здоровье (Cognitions About Body and Health Questionnaire, CABAH, [34]), состоит из 39 утверждений. Субшкалы: катастрофизация при интерпретации телесных симптомов, автономные ощущения, телесная слабость, непереносимость телесных симптомов, привычки, связанные со здоровьем, соматосенсорная амплификация. Опросник когнитивных убеждений коррелирует с индексом Уитли и индексом соматизации по DSM-IV. Первые четыре шкалы методики позволяют дифференцировать пациентов с соматоформными расстройствами
5	Поведение болезни <sup>1</sup>	Шкала оценки поведения болезни (Scale for the Assessment of Illness Behavior, SAIB, [33]). 26 пунктов, пять шкал: проверка диагноза, выражение жалоб, лечение / прием лекарств, последствия болезни (влияние болезни на поведение в других сферах жизни), сканирование тела на предмет нарушений. Баллы по шкалам согласуются с врачебными оценками поведения болезни и повышены у больных с соматизированным синдромом и депрессией, по сравнению с испытуемыми контрольной группы

1 Мы не приводим описание достаточно широко распространенного опросника поведения болезни (Illness Behavior Questionnaire, IBQ, Pilowski, Spence, 1983), поскольку он нередко критикуется за слабую связь выделяемых категорий с современным определением соматоформных расстройств (Hiller, Janca, 2003) и направленность на диагностику не поведения, а субъективного опыта (Rief et al., 2003).

## Выводы

Таким образом, клинико-психологический анализ проблемы трудноквалифицируемых соматических симптомов позволяет предположить, что, по крайней мере часть трудностей диагностики, характерная для клинического подхода, обусловлена недоучетом психологических и поведенческих факторов и механизмов симптомообразования и хронификации симптомов. Соответственно, дополнение клинического взгляда психологическим подходом открывает новые возможности и критерии диагностики (поведение болезни, дисфункциональные убеждения о здоровье и болезни и т.п.). К настоящему моменту в клинической психологии накоплен целый ряд надежных и валидных инструментов, способствующих уточнению диагноза, а также позволяющих выявить потенциальные факторы хронификации заболевания.

Для многих методик разработка соответствующих русскоязычных версий является задачей дальнейших исследований.

Тем не менее следует отметить, что применение клинико-психологического подхода требует четкого разведения определений и представлений, относящихся к разным уровням анализа (клиническим критериям, теоретическим представлениям, эмпирическим данным) и рефлексии по поводу черт, имплицитно приписываемых тем или иным диагностическим категориям. Дальнейшее развитие данной области мы видим в углублении и становлении собственно психологического подхода, центральным для которого является содержательный анализ переживаний больного, особенностей его мотивационно-личностной сферы и реагирования на заболевания и потенциал которого в дифференциальной диагностике трудно недооценить.

## Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. — М.: ЭКСМО-Пресс. — 2002. — 320 с.
2. Андрющенко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети: Автореф. дисс ... д. мед.н. — М. — 2011. URL: <http://www.psychiatry.ru/diss/2011/186>
3. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом. Теория и психодиагностика. — СПб: Речь. — 2011. — 191 с.
4. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ. — 2002. — 608 с.
5. Николаева В.В. Особенности личности при соматических заболеваниях / В кн: Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. — М.: SvR-Argus. — 1995. — С. 207–245.
6. Психосоматика: телесность и культура. Учебное пособие для вузов. // Под ред. В.В.Николаевой. — М.: Академический проект. — 2009. — 311 с.
7. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению моделей) / В сб.: Ипохондрия и соматоформные расстройства // Под ред. А.Б. Смулевича. — М. — 1992. — С. 8–17. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/23/chapter/3>
8. Трифонова Е.А., Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Практическое руководство. — СПб: Речь. — 2011. — 272 с.
9. Тиганов А.С. Место соматоформных расстройств в классификации психических болезней / В сб.: Ипохондрия и соматоформные расстройства // Под ред. А.Б. Смулевича. — М.: 1992. — С. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/23/chapter/2>
10. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл. — 2002. — 288 с.
11. Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., Valentiner, D.P. The Short Health Anxiety Inventory: psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample // Cognitive Therapy and Research. — 2007. — V. 31. — P. 871–883.
12. Barsky, A. J., Wyshak, G. Hypochondriasis and somatosensory amplification // British Journal of Psychiatry. — 1990. — V. 157. — P. 404–409.
13. Bornstein, R.F., Gold, S.H. Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: a meta-analytic review // Journal of Psychopathology and Behavior Assessment. — 2008. V. 30. — P. 154–161.
14. Brown, R.J. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model // Psychological Bulletin. — 2004. — V.130(5). — P. 793–812.
15. Brown, R.J., Schrag, A., Krishnamoorthy, E., Trimble, M.R. Are patients with somatization disorder highly suggestible? // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2008. — V. 117. — P. 232–235.
16. Crimlisk, H.L., Ron, M.A. Conversion hysteria: history, diagnostic issues and clinical practice // Cognitive Neuropsychiatry. — 1999. — V. 4 (3). — P. 165–180.
17. Drahovzal, D. N., Sewart, S.H., Sullivan, M.J.L. Tendency to catastrophize somatic sensations: pain catastrophizing and anxiety sensitivity in predicting headache // Cognitive Behavior Therapy. — 2006. — V. 35 (4). — P. 226–235.
18. Escobar, J.I., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Karno, M. Somatic Symptoms Index (SSI): a new and abridged somatization construct: prevalence and epidemiological correlates in two large community samples // Journal of nervous and mental disorders. — 1989. — V. 177. — P. 140–146.
19. Feinstein, A. Conversion disorder: advances in our understanding // Canadian Medical Association Journal. — 2011. — V. 183 (8). — P. 915–920.

20. Gropalis, M., Bleichhardt, G., Hiller, W., & Witthoft, M. Specificity and modifiability of cognitive biases in hypochondriasis. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. — 2012. — May 7. doi: 10.1037/a0028493. URL: [psycnet.apa.org/psycarticles/2012-12075-001.pdf](http://psycnet.apa.org/psycarticles/2012-12075-001.pdf)
21. Hiller, W., Cebulla, M., Korn, H.-J., Leibbrand, R., Roers, B., Nilges, P. Causal symptom attributions in somatoform disorder and chronic pain // *Journal of Psychosomatic Research*. — 2010. — V. 68. — P. 9–19.
22. Hiller, W., Janca, A. Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments // *Acta Neuropsychiatrica*. — 2003. — V.15. — P. 167–179.
23. Hurwitz, T.A. Somatization and conversion disorder // *Canadian Journal of Psychiatry*. — 2004. — V.49(3). — P. 172–178.
24. Kellner, R. A symptom questionnaire // *Journal of Clinical Psychiatry*. 1987. 48. P. 268–274.
25. Leibbrand, R., Hiller, W., Fichter, M.M. Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders? // *Journal of Clinical Psychology*. — 2000. — V. 56 (1). — P. 63–72.
26. Martinez, M.P., Belloch, A., Botella, C. Somatosensory amplification in hypochondriasis and panic disorder // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. — 1999. — V.6. — P. 46–53.
27. Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., Sharpe, M. Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. // *American Journal of Psychiatry*. — 2005. — V.162. — P. 847–855.
28. Mechanic, D. The concept of illness behaviour // *Journal of Chronic Diseases*. — 1962. — V. 15. — P. 189–194.
29. Parsons, T. *The social system*. London: Routledge & Kegan Pau. — 1951. — 404 p.
30. Pilowsky I. Abnormal illness behaviour // *British Journal of Medical Psychology*. — 1969. — V. 42 (4). — P. 347–351.
31. Pilowski, I., Spence, N.D. *Manual for the Illness Behavior Questionnaire (IBP)*. 2nd ed. Adelaide: Author. — 1983. — 192 p.
32. Rief W., Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders // *Psychosomatics*. — 2003. — V. 44. — P. 492–498.
33. Rief W., Hiller W., Margraf J. Cognitive Aspects of Hypochondriasis and the Somatization Syndrome // *Journal of Abnormal Psychology*. — 1998. — V.107(4). — P. 587–595.
34. Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., Zech, T. Causal illness attributions in somatoform disorders. Associations with comorbidity and illness behavior // *Journal of Psychosomatic Research*. — 2004. — V.57. — P. 367–371.
35. Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M.C., Clark, D.N. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis // *Psychological Medicine*. — 2002. — V. 32. — P. 843–853.
36. Sar, V., Islam, S., Ozturk, E. Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. — 2009. — V. 63. — P. 670–677.
37. Sirri, L., Fabbri, S., Fava, G., Sonino, N. New strategies in the assessment of psychological factors affecting medical conditions // *Journal of personality assessment*. — 2007. — V. 89 (3). — P. 216–228.
38. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington (DC): American Psychiatric Association. — 1994. — 992 p.
39. *The ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders*. Geneva: World Health Organization. — 1994. — 248 p.
40. Weck, F., Bleichhardt, G., Witthoft, M., Hiller, W. Explicit and implicit anxiety: differences between patients with hypochondriasis, patients with anxiety disorders, and healthy controls // *Cognitive Therapy Research*. — 2011. — V.35. — P. 317–325.
41. Ursin, H. Sensitization, somatization and subjective health complaints // *International Journal of Behavioral Medicine*. — 1997. — V.4 (2). — P. 105–116.

#### Сведения об авторе

**Елена Игоревна Рассказова** — кандидат психологических наук, доцент Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, младший научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН. E-mail: [e.i.rasskazova@gmail.com](mailto:e.i.rasskazova@gmail.com)