

ОБЗОРНО-АНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Е. И. Рассказова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В последнее время в психиатрии и соматической медицине отмечается повышение интереса исследователей к психологическим и поведенческим факторам, участвующим в этиологии и патогенезе ипохондрических расстройств (ИР). Данная работа посвящена обобщению современных психологических подходов к ИР. В первой части рассматривается место психологических феноменов в диагностике ИР: демонстрируется необходимость установления иерархических и системных связей между развитием и динамикой соматических симптомов, не имеющих органических оснований, генерализованной тревоги и тревоги в отношении здоровья. Во второй части анализируются факторы, предрасполагающие к ИР, — соматосенсорная амплификация, тревога в отношении здоровья, мотивационно-личностные факторы, «поведение в болезни», «ипохондрический» дискурс, принятый в современном обществе. С позиций психологии телесности и культурно-исторического подхода в психосоматике обсуждаются особенности динамики симптоматики при доминировании каждого из факторов. Рассматривается возможность построения психологической модели ипохондрии.

Ключевые слова: ипохондрическое расстройство, соматосенсорная амплификация, тревога в отношении здоровья, «поведение в болезни», психология телесности, психологическая модель ипохондрии.

There is a growing interest in psychiatry and somatic medicine to the cognitive approach in psychology was associated with an increased interest in the psychological and behavioral factors involved in the etiology and pathogenesis of hypochondriacal disorders (HD). The paper gives a review of modern psychological approaches to hypochondriasis. First, we analyze the role of psychological phenomena in the diagnostics of HD demonstrating necessity of hierarchical and system relationships between development and dynamics of unexplained somatic symptoms, generalized anxiety and health anxiety. Second, four factors possibly precipitating, triggering or perpetuating disease are analyzed: somatosensory amplification, health anxiety, motivational and personality factors, illness behavior, “hypochondriac” discourse adopted in contemporary society. The

Рассказова Елена Игоревна — канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, мл. науч. сотр. НЦПЗ РАМН. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

dynamics of hypochondriacal symptoms when each of the four factors dominate in the clinical picture is discussed from body regulation psychology approach and cultural-historical approach in psychosomatics. Possibilities of developing and validating a psychological model of hypochondriasis are suggested.

Key words: hypochondriasis, somatosensory amplification, health anxiety, illness behavior, body regulation psychology, psychological model of hypochondriasis.

В повседневной практике врач более чем половине пациентов ставит диагноз и выдает лист нетрудоспособности на основе их субъективных жалоб (Ursin, 1997), а во многих случаях предъявляемые жалобы являются ключевым или единственным фактором, определяющим назначение лечения. Между тем существующие эмпирические данные не подтверждают оправданность безоговорочного доверия пришедшему на прием человеку. По данным клинических исследований, 25—60% называемых пациентами симптомов не имеют под собой достаточных биологических и физиологических причин (см., напр.: Brown, 2004), а согласно популяционным данным, когда людей просили отметить в списке¹ симптомы, которые они обнаруживали у себя за последние два года, но причины которых врач установить не смог, среднее количество таких «необъясненных» симптомов достигало 3,35 (Rief et al., 2001). Кроме того, само обращение за помощью может определяться не столько тяжестью состояния, сколько тревогой по поводу здоровья, ошибочной интерпретацией своих ощущений (Barsky, Wyshak, 1990) и привычным «поведением в болезни» (*illness behavior* — Mechanic, 1962), которые являются типичными при *ипохондрических расстройствах* (ИР). С экономической точки зрения наличие ИР в несколько раз увеличивает как стоимость лечения больного, так и «нагрузку» на систему здравоохранения (см.: Brown, 2004). При этом ИР относительно широко распространены: как в соответствии с международной классификации болезней десятого пересмотра МКБ-10 (The ICD-10..., 1994), так и по американской классификации психических расстройств четвертого пересмотра DSM-IV (The Diagnostic..., 1994), субъективные жалобы, характерные для ИР, встречаются в 7% случаев (Rief et al., 2001).

В последнее время в психиатрии (Волель, 2009) и соматической медицине (Андрющенко, 2011) отмечается повышение интереса исследователей к психологическим и поведенческим факторам, участвующим в этиологии и патогенезе ИР. Ожидается, что выявление и включение в систему диагностики и терапии психологических компонентов будет способствовать лучшему пониманию закономер-

¹ Список симптомов формулировался в соответствии с критериями соматоформных расстройств МКБ-10 и DSM-IV.

ностей развития и хронификации заболевания, а также эффективности лечения. Данная работа посвящена обобщению современных психологических подходов к ИР. Основная задача статьи — рассмотрение места различных факторов в структуре ИР и возможностей их использования для дифференциальной диагностики.

1. Место психологических феноменов в клинической диагностике ипохондрического расстройства

Как в МКБ-10 (The ICD-10..., 1994), так и в DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual..., 1994) ИР относят к группе соматоформных расстройств. При этом, в отличие от большинства заболеваний, включенных в эту группу (например, соматизированного расстройства, недифференцированного соматоформного расстройства, устойчивого соматоформного болевого расстройства), ключевым критерием диагностики является не наличие определенных соматических симптомов, не имеющие органического объяснения, а эмоциональные особенности — тревога в отношении здоровья, определяющая поведение больных (Hiller, Janca, 2003). Такое «особое» положение ипохондрии сложилось давно: еще в XIX в. ее хорошо отличали от истерии (Crimlisk, Ron, 1999). Диагноз «ипохондрия» чаще ставился мужчинам, сама болезнь не имела столь четкого начала, не связывалась с получением «первичной выгоды» в форме психической защиты от осознания травматических переживаний и дополнялась тревогой и множественными соматическими жалобами.

В отечественной психиатрии традиционно обсуждаются гетерогенность и метасиндромальная природа ИР (см., напр.: Фильц, 1993), которая может проявляться в сочетании с другими расстройствами, определяющими ее структурную организацию, и реализоваться в рамках различных констелляций аутопсихических и соматопсихических нарушений. Понимание ипохондрии как сложной структуры, формирующейся в результате перекрывания коэнестезиопатических и сопряженных с ними нарушений телесного самосознания (Волель, 2009), позволяет предположить детальную классификацию ИР, учитывающую специфические для каждой группы клинико-психологические особенности телесного самосознания и отношения к болезни, а также поведенческие проявления.

С клинико-психологической точки зрения, эта сложность структуры симптомов поднимает вопрос о механизмах симптомообразования при ипохондрии и роли тревоги в отношении здоровья (первичный или вторичный симптом, по каким механизмам происходит его развитие) в этиологии и патогенезе заболевания. Здесь следует отметить два момента. Во-первых, хотя необъясненные соматические симптомы не являются необходимыми для постановки диагноза, они встречаются при ипохондрии настолько часто, что в

большинстве случаев встает вопрос о коморбидном диагнозе соматизированного или недифференцированного соматоформного расстройства (Leibbrand et al., 2000). Более того, ИР могут быть связаны с интенсивностью симптомов и редуцироваться при их снижении: так, анализ 57 исследований (Fishbain et al., 2009) показал, что вероятность ИР связана с интенсивностью хронической боли, а лечение боли приводит к снижению этой вероятности. Напротив, при соматизированном расстройстве полная картина ипохондрии достаточно редка: высказываются даже предположения, что ИР являются специфическим аспектом соматоформных расстройств (там же). Иными словами, эпидемиологические данные дают основания предполагать, что тревога в отношении здоровья, характерная для ИР, часто является вторичным симптомом — в том смысле, который вкладывал в это понятие Л.С. Выготский (2003) — по отношению к соматоформной симптоматике, формирующейся при определенных условиях. Во-вторых, критерий наличия/отсутствия тревоги в отношении здоровья определяет тесную связь ИР с тревожными расстройствами (Hiller, Janca, 2003). С одной стороны, экспериментальные исследования (Weck et al., 2011) не позволяют выявить различия между больными тревожным и ипохондрическим расстройствами по уровню эксплицитной и имплицитной тревоги², с другой стороны, собственно ипохондрические убеждения при тревожных расстройствах также встречаются чаще, чем в норме, хотя и реже, чем при ипохондрии. Если в рамках клинического подхода эти данные привели к обсуждению вопросов о возможности квалификации ипохондрии как тревожного расстройства (см.: Mayo et al., 2005), клинко-психологический дискурс требует установления иерархических и системных связей между развитием и динамикой генерализованной тревоги и тревоги в отношении здоровья.

В настоящее время можно выделить два вида клинко-психологических исследований, направленных на решение указанных задач. Первый подразумевает выявление тех психологических и поведенческих факторов, которые могут быть учтены в комплексной дифференциальной диагностике ипохондрических расстройств. Второй включает разработку психологических моделей ИР и выдвижение гипотез о возможных механизмах симптомообразования и структуре симптомов. Рассмотрим эти варианты.

2. Психологические и поведенческие факторы ИР

В рамках первого направления исследований одна из наиболее известных попыток учета психологических факторов, уникальных

² Эксплицитная тревога оценивалась при помощи опросников, имплицитная — в экспериментальном задании.

для ИР, реализована при разработке так называемых реструктурированных клинических шкал *MMPI-2* (второй версии Миннесотского мультифазного исследования личности). Подход основан на статистическом анализе личностных особенностей в норме и при психических заболеваниях, и его цель — выявление блока нарушений, специфических для разных заболеваний (Tellegen et al., 2008), но не для психопатологии в целом. Ключевой компонент ИР, установленный на основе серии факторных анализов пунктов, входящих в клиническую шкалу ипохондрии (*Hs*), представлял собой соматические жалобы разного рода. Поскольку этот результат малоинформативен с точки зрения факторов симптомообразования и не позволяет определить уникальные особенности ИР по сравнению с другими соматоформными расстройствами, альтернативное направление исследований было связано с экспертным, а не статистическим выделением критериев диагностики.

Такой экспертный подход был реализован при разработке системы диагностических критериев для психосоматических исследований (ДКПИ, *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research — DCPR*; Sirri et al., 2007), предлагающейся в качестве альтернативы МКБ-10 и DSM-IV. В целом система ДКПИ включает критерии для диагностики 12 кластеров, необходимость выделения которых обосновывается данными о когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностях больных и эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии психосоматических расстройств (например, таких, как алекситимия, поведение типа А, фобия болезни). В отличие от классических систем классификаций данная система направлена на диагностику субсиндромальных особенностей, в том числе субъективных переживаний и реакций больного.

К несомненным преимуществам системы относится попытка выделить системообразующие компоненты и соответствующие им виды расстройств. Однако даже поверхностный обзор показывает неоднородность данной классификации с методологической точки зрения: 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 необъясненных соматических симптомов (устойчивая соматизация, симптомы конверсии).

Тем не менее для нас интерес представляет выделение двух кластеров, связанных с ипохондризацией (ИР и фобия болезни), и их дифференциация с кластерами, чьими ключевыми признаками служит наличие необъясненных соматических симптомов (соматизация и симптомы конверсии). Системообразующими для диагностики ИР

(таблица) считаются три компонента: когнитивный (ошибочная интерпретация телесных ощущений, ведущая к убеждениям о болезни), аффективный (страх наличия заболевания) и поведенческий (стресс и нарушения функционирования в социальной сфере, на работе и т.п., связанные с убеждениями и эмоциями). Предполагается, что эти компоненты позволяют четко отличить ИР от других расстройств, при этом не учитывая симптоматику, которая может встречаться при ИР (тревога в отношении здоровья, страх смерти), но не является ни необходимой, ни достаточной для диагноза. В отличие от ИР фобия болезни считается самостоятельным заболеванием, которое может возникать вторично как следствие ИР, но может встречаться и при отсутствии других психических заболеваний. В отличие от ИР фобия определенной болезни практически никогда не «переходит» на другую болезнь, а страхи манифестируются в форме эпизодических атак, как это бывает при фобии, тогда как при ИР они выражаются в форме хронической тревоги.

**Критерии диагностики ипохондрии и фобии болезни
в соответствии с системой диагностических критериев
для психосоматических исследований
(из: Sirri et al., 2007, p. 218—219)**

Категории	Необходимые и достаточные критерии
Ипохондрия	<p>А. Озабоченность страхами о наличии или возможном развитии серьезного заболевания, основанная на ошибочной интерпретации телесных симптомов.</p> <p>В. Озабоченность сохраняется, несмотря на медицинские обследования и повторную диагностику.</p> <p>С. Критерий А не имеет бредовой природы и не ограничен только озабоченностью внешностью (как при дисморфофобическом расстройстве).</p> <p>Д. Озабоченность вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальном функционировании, работе или другой важной сфере функционирования.</p> <p>Е. Длительность нарушения минимум 6 месяцев.</p> <p>Ф. Озабоченность не объясняется генерализованным тревожным расстройством, обсессивно-компульсивным расстройством, паническим расстройством, депрессивным эпизодом, тревогой расставания или другим соматоформным расстройством.</p>
Фобия болезни	<p>А. Устойчивый бесосновательный страх наличия специфического заболевания (например, СПИД, рак). Сомнения остаются, несмотря на медицинские обследования и повторную диагностику.</p> <p>В. Страхи чаще проявляются в форме атак, а не в форме постоянной тревоги, как при ипохондрии; панические атаки могут быть коморбидны.</p> <p>С. Объект страхов не меняется со временем, продолжительность симптомов более 6 месяцев.</p>

В целом за разделением ипохондрии и фобии болезни имплицитно подразумевается полиморфизм ИР, при котором на первый план могут выходить различные нарушения и факторы. Несмотря на то что идея полиморфизма имеет однозначные клинические подтверждения (Волель, 2009), лишь немногие психологические исследования были направлены на дифференциацию факторов и механизмов, лежащих в основе разных форм ипохондрии. Отчасти это происходило из-за отсутствия единой психологической модели ИР.

В рамках второго направления исследований было выделено несколько психологических и поведенческих факторов, претендующих на ключевую роль в симптомообразовании. К ним относятся: соматосенсорная амплификация, тревога в отношении здоровья, «поведение в болезни», мотивационно-личностные, эмоциональные и социокультурные факторы.

2.1. Соматосенсорная амплификация

Понятие соматосенсорной амплификации было предложено для объяснения ипохондрического расстройства А. Барским (Barsky, Wyshak, 1990). Ипохондрия рассматривалась как нарушение восприятия и когнитивных процессов, при котором, с одной стороны, нарастает чувствительность к соматическим ощущениям, а с другой — отмечается склонность ошибочно интерпретировать эти ощущения как доказательство соматического заболевания. В более поздних работах в структуре соматосенсорной амплификации выделяют три компонента (Martinez et al., 1999): чрезмерное внимание (*hypervigilance*) к телу; склонность выбирать и фокусировать внимание на слабых и редких соматических ощущениях; склонность рассматривать ощущения как опасные и свидетельствующие о серьезном заболевании. В дальнейшем симптомы усиливаются посредством двух механизмов. Во-первых, внимание людей избирательно направляется на те телесные ощущения и события (например, результаты обследований), которые подтверждают их гипотезу, т.е. возникает «порочный круг» на когнитивном уровне. Во-вторых, страх серьезного заболевания вызывает тревогу и целую серию связанных с ней соматических ощущений, которые точно также ошибочно приписываются серьезному заболеванию, т.е. формируется «порочный круг» на эмоциональном уровне. Все остальные симптомы рассматриваются в этой концепции как вторичные. Искажения телесного опыта провоцируют ипохондрика к постоянным руминациям по поводу своего здоровья и тела, частым «проверкам» ощущений и симптомов и к невозможности отвлечься на другие события. Кроме того, в поисках помощи такие больные все чаще приходят к врачам и требуют обследований. Из-за неспособности врачей объяснить их симптомы больные недовольны лечением, нередко раздражены

и склонны обращаться за подтверждением своего диагноза к другим специалистам и в другие учреждения.

Как предположения о соматосенсорной амплификации, так и представления о механизмах хронификации были подтверждены в эмпирических исследованиях. Так, А. Барски и Дж. Вышек установили, что больные ипохондрией, по сравнению со здоровыми испытуемыми, воспринимают многие ощущения как более сильные, неприятные и мешающие жизни, склонны ошибочно интерпретировать их как признаки серьезной болезни и не учитывать другие факторы, такие как чрезмерная нагрузка, недостаточный сон, сидячий образ жизни и т.п. (Barsky, Wyshak, 1990). Следует отметить, что соматосенсорная амплификация характерна и для других психических заболеваний с соматическими симптомами, например для панического расстройства (Martinez et al., 1999). Однако у лиц с ИР она связана с концентрацией на телесных симптомах и тревогой по поводу здоровья, а у больных с паническим расстройством — с уровнем депрессии и тревогой по поводу здоровья. Иными словами, можно предположить, что роль соматосенсорной амплификации в симптомообразовании при разных заболеваниях различается, хотя есть и неспецифические черты, в частности ее тесная связь с тревогой в отношении здоровья.

Важную роль соматосенсорной амплификации в формировании ИР подтверждают также экспериментальные и корреляционные исследования в норме и при психических заболеваниях. Было показано, что склонность к ипохондризации коррелирует с чувствительностью (и гиперчувствительностью) в сенсорной сфере — как в норме, так и при нарушениях (например, при хронической боли). При выраженном страхе болезни у испытуемых (пациентов с жалобами на боль и пациентов с психическими заболеваниями) снижены пороги болевой чувствительности. Наконец, экспериментальные манипуляции, изменяющие представления испытуемых о причинах их ощущений, способствуют снижению дистресса и возбуждения, а ложная атрибуция симптомов заболеванию усиливает симптоматику. Например, если испытуемым после рентгена говорили, что облучение может вызывать кардиологические заболевания, у 8% возникали новые жалобы на проблемы в области сердца, хотя объективных изменений не наблюдалось.

В исследованиях А. Барски (Barsky, Wyshak, 1990) было установлено, что выраженность соматосенсорной амплификации у больных соматической клиники позволяет предсказать склонность к ипохондрическим жалобам (объясняя 31% дисперсии данных). Учет историй заболевания в семье, заболеваний в детстве и страха старения и смерти позволял улучшить предсказание ипохондризации до 50% объясняемой дисперсии. В отношении ИР эффект соматосенсорной амплификации оставался значимым как у мужчин, так и у женщин

(хотя был сильнее у женщин) после контроля влияния других факторов — возраста, семейного положения. При этом амплификация была более тесно связана с уверенностью в заболевании и страхом заболевания (16% и 18% объясняемой дисперсии соответственно) и менее тесно — с концентрацией на теле (4% объясняемой дисперсии).

Таким образом, особенности восприятия и интерпретации физических ощущений связаны с ипохондризацией и могут рассматриваться как факторы возникновения и хронификации заболевания.

2.2. Тревога в отношении здоровья

В концепциях, ставящих «во главу угла» тревогу в отношении здоровья, предполагается, что при ИР выраженная эмоциональная реакция на стимулы, связанные с болезнью, приводит к развитию или усилению соответствующих симптомов через механизмы избирательного внимания. Определенную поддержку эта гипотеза получает в исследованиях нормы. Так, К. Шилдс и К. Мерфи сравнили эффективность выполнения здоровыми испытуемыми заданий на внимание при положительных, отрицательных, нейтральных и связанных со здоровьем и болезнью стимулах и показали, что все испытуемые (как с высоким, так и с низким уровнем тревоги в отношении здоровья) выполняют задание значимо хуже, если стимулы связаны со здоровьем и болезнью. Иными словами, такие стимулы в норме «отвлекают» всех испытуемых (Shields, Murphy, 2011). Кроме того, при высоком уровне тревоги в отношении здоровья испытуемые лучше запоминают связанные со здоровьем слова и быстрее дают им эмоциональную оценку, чем нейтральным словам, тогда как испытуемые с низким уровнем тревоги о здоровье оценивают нейтральные слова быстрее, нежели слова, связанные со здоровьем (Ferguson et al., 2007).

Однако наиболее значительные результаты были получены (Gropalis et al., 2012) при сравнении времени реакции на слова, связанные с болезнью, слова, связанные с паникой, и слова, представляющие соматические жалобы, в четырех группах испытуемых (больных с ипохондрическими, соматоформными, паническими расстройствами и испытуемых контрольной группы). У больных с ИР (без коморбидных панических атак) скорость реакции на слова всех трех групп была замедлена, в том числе на слова, связанные с паникой, что может свидетельствовать об общем возбуждении автономной нервной системы, приближающей этих больных к больным паническими атаками. Когнитивно-бихевиоральная терапия (в течение 4 месяцев) приводила к улучшению реакции у больных с ИР и с соматоформными расстройствами, тогда как при панических расстройствах и в контрольной группе эффект был невысок. Только при панических расстройствах были обнаружены специфические нарушения внимания (в отношении

слов, связанных с паникой); в остальных случаях не было значимых различий между реакциями на слова трех типов (хотя реакции на них отличались от реакции на нейтральные слова).

Таким образом, особенности эмоциональной реакции на стимулы, связанные со здоровьем и болезнью, и личностная значимость таких стимулов могут рассматриваться как факторы, связанные с ИР (их развитием и хронификацией). Однако круг стимулов, вызывающих соответствующую эмоциональную реакцию при ИР, по-видимому, значительно шире и может включать стимулы, связанные с тревогой и паникой в целом.

2.3. «Поведение в болезни»

Истоки представлений о «поведении в болезни» (*illness behavior* — Mechanic, 1962) восходят к предложенному З. Фрейдом конструкту «вторичной выгоды», под которой понималось получение пациентом какой-либо выгоды (финансовой, в межличностных отношениях, в работе и т.п.) от продолжающейся болезни. Разработка данного конструкта в медицинских и социологических работах привела к созданию целой серии близких терминов: «нарушение поведения при заболевании» (*abnormal illness behavior* — Pilowski, 1969), «роль больного» (*sick role* — Parsons, 1951).

В настоящее время термин «поведение в болезни» используется для описания любых используемых пациентом способов совладания с болезнью (Rief et al., 2003), однако в практике эмпирических исследований акцент ставится на дисфункциональные способы. К типичным нарушениям поведения относятся чрезмерный поиск медицинской помощи, убеждение врачей в необходимости дополнительных обследований, принятие ненужных лекарств, избегание физической нагрузки, частое обращение за больничными листами. Обзор работ показывает, что нарушение поведения при заболевании — типичный признак всех соматоформных расстройств и в первую очередь — ИР. В соответствии с существующими данными, «поведение в болезни» может развиваться при разных соматических заболеваниях, но оно не всегда связано с их объективной тяжестью, а зависит от когнитивных убеждений пациентов и коррелирует с уровнем тревоги и депрессии. Например, то, возвращаются ли больные к работе и нормальному функционированию после инфаркта миокарда, не определяется биологическими особенностями самого инфаркта (см.: Rief et al., 2003).

В популяционном исследовании 2507 жителей Германии (Rief et al., 2005) было показано, что все аспекты «поведения в болезни» в клинических группах (паническое расстройство, соматический синдром, депрессии, депрессивный синдром) были выражены сильнее, чем в контрольной группе. При паническом расстройстве значения были повышены по всем шкалам; при соматическом синдроме — по всем,

кроме верификации диагноза; при депрессивных синдромах — по шкалам предъявления симптомов и последствий болезни. Обращение за медицинской помощью было наиболее характерно для больных с паническими расстройствами. Баллы по шкале потребности в лечении позволяли предсказать количество посещений врача, баллы по шкале последствий болезни — количество дней, пропущенных по листу нетрудоспособности и в связи с госпитализацией.

Таким образом, «поведение в болезни» может рассматриваться как фактор хронификации ИР, однако он не является специфическим именно для ИР — те же особенности могут быть свойственны широкому кругу соматических и психических заболеваний.

2.4. Мотивационно-личностные и эмоциональные факторы ипохондри

Переживание соматических симптомов (вне зависимости от наличия под ними органических оснований) неразрывно связано с процессами личностно-смысловой переработки, что ставит вопрос о личностных, мотивационных и смысловых факторах ИР. Можно выделить несколько направлений исследования данной проблемы³.

Во-первых, фокусом многих исследований является *осмысление и особенности (в том числе личностные) организации телесного опыта* при соматоформных расстройствах. В отличие от концепции соматосенсорной амплификации здесь в качестве ключевого фактора выступает не столько искажение интрацептивного опыта самого по себе, сколько изменение его смысла. В частности, было показано, что сама внутренняя телесность переживается и осмысливается больными (Рупчев, 2001; Фильц, 1993) иначе, нежели здоровыми испытуемыми, особенно это касается переживания контролируемости и проницаемости границ телесности (Бескова, 2006). Изменения в семантической структуре интрацептивных значений рассматриваются в тесной взаимосвязи со смысловым уровнем отношения к собственному заболеванию (Ефремова, 1991).

Во-вторых, исследования отношения к телесному опыту открывают путь для выявления *особенностей личности и самосознания*, детерминирующих это отношение (см.: Дорожевец, Соколова, 1991) и предположительно определяющих особенности проявления ИР. Так, в исследовании О.В. Ефремовой (1991) было показано, что для больных с истерическим компонентом в синдроме характерны эгоцентрические установки, демонстративность, конверсионная симптоматика и

³ Следует отметить, что большая часть работ посвящена соматоформным расстройствам в целом (Бескова, 2006; Рупчев, 2001; Холмогорова, Гаранян, 1996, 2008) или особенностям ипохондрического развития при соматических заболеваниях (например, Бескова, Волель, 2008), что ограничивает возможности прямого применения полученных результатов к ИР.

получение «вторичной выгоды» из заболевания. Согласно результатам других эмпирических исследований, для больных с ИР характерны устойчивые искажения образа Я на телесном и категориальном уровнях самосознания (Рычкова, 1997), а также дисгармоничное развитие подструктур ценностно-смыслового уровня саморегуляции деятельности (Сапарова, 1989). Косвенно о необходимости учета смысловой регуляции при ипохондрии свидетельствуют и данные о зависимости усиления ипохондрических тенденций в норме от особенностей постановки и реализации целей в сфере здоровья (Lecsi et al., 1996), а именно от склонности к социальному сравнению, самопоощрению и самонаказанию в процессе их достижения.

В-третьих, данные о трудностях в *понимании и выражении собственных эмоций* и установлении глубоких межличностных отношений при соматоформных расстройствах (Холмогорова, Гаранян, 1996) позволяют авторам предполагать важную роль подавленных эмоций и алекситимии в симптомообразовании, хотя эти предположения касаются в первую очередь соматических жалоб и требуют уточнения в силу неспецифичности таких механизмов.

2.5. Социокультурные факторы ипохондризации

С позиций культурно-исторического подхода важным фактором, усиливающим риск симптомообразования и способствующим хронификации ипохондрии, является широкое распространение и авторитетность медицинского дискурса в отношении тела (Тхостов, Райзман, 2005). Ценность «заботы о себе» и сопутствующих социальных практик связана со специфической объективацией телесности, запускающей механизмы избирательного внимания к телесным ощущениям, искажающей как процессы телесной перцепции, так и процессы означения ощущений в форме симптомов заболевания. Это дало исследователям возможность говорить об «ипохондрическом дискурсе», который может провоцировать развитие ИР в популяции. Выделяется несколько моделей, в рамках которых телесность становится объектом медицинского описания: модель «угрозы» и необходимости профилактики, модель сохранения здоровья и «чудесного» оздоровления, модель телесных процессов как источника субъективных переживаний и межличностных отношений (в рамках рекламного дискурса). Транслируемые через информационные системы, они сопряжены с навязыванием индивиду «ипохондрической позиции» в качестве единственно возможной и социально одобряемой. А.Ш. Тхостов и Е.М. Райзман говорят даже об «ипохондрическом давлении культуры». При этом социокультурные факторы не рассматриваются в качестве причины ИР (там же), но могут определять особенности переживания и предъявления жалоб, оформления симптомов, а также патогенез заболевания. В контексте упоминавшейся проблемы первичности/вторичности ипохондриче-

ских и соматоформных симптомов интересны представления авторов этого подхода о том, что ипохондрический миф может не иметь связи с чувственной тканью. Возникновение соматических симптомов и жалоб является конечным, не обязательным (хотя и, по данным эпидемиологии, частым) этапом влияния ипохондрического дискурса.

Следует отметить, что, несмотря на эвристичность данной концепции, ее эмпирическая проработка требует дальнейших исследований.

3. Сопоставительный анализ психологических моделей с позиций культурно-исторического подхода в психосоматике

При всей своей «полифоничности» приведенные модели, на наш взгляд, потенциально допускают интеграцию: так, во всех случаях авторы указывают на важность учета особенностей телесной регуляции, когнитивно-аффективных взаимодействий, отношения к болезни, принимая различные звенья в качестве системообразующих. Ниже будет представлена попытка такого сопоставительного анализа и интеграции на основе культурно-исторического подхода в психосоматике и психологии телесности (Николаева, Арина, 1996; Тхостов, 2002). Выбор подхода обусловлен, с одной стороны, тем, что представления о формировании и динамике внутренней картины болезни (ВКБ) (Николаева, 1995; Тхостов, Арина, 1990) эксплицитно или имплицитно присущи большинству из указанных моделей, а с другой стороны, тем, что, на наш взгляд, данное направление позволяет дифференцировать различные векторы симптомообразования и хронификации заболевания.

Следует указать несколько моментов, ставших для нас исходными (рисунок).

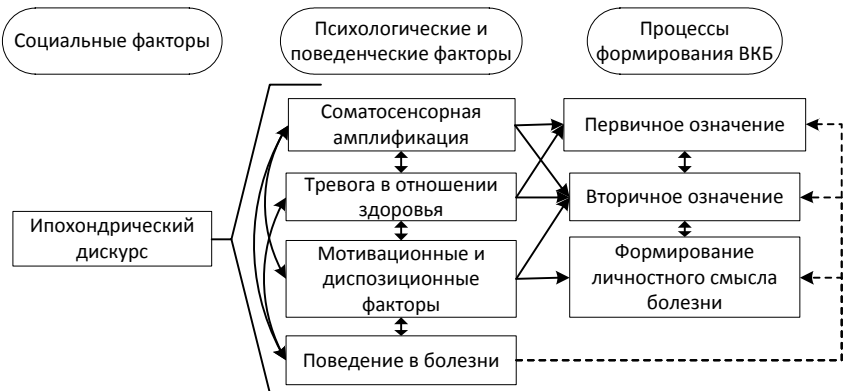


Схема взаимодействия психологических и поведенческих факторов ипохондрии с позиций культурно-исторического подхода в психосоматике

Во-первых, все выделенные психологические и поведенческие факторы находятся в динамическом взаимодействии. Подчеркнем, что на данном этапе мы не претендуем на четкость границ между факторами (этот вопрос требует дальнейших исследований), а ограничиваемся предположением о содержательных различиях этих конструктов и различиях в их операционализации на эмпирическом уровне анализа. Не имея возможности полностью осветить направления взаимовлияния, приведем лишь несколько примеров. В частности, согласно экспериментальным исследованиям, переживание тревоги изменяет пороги чувствительности к интрацептивным стимулам и усиливает когнитивные искажения при переработке информации (т.е. влияет на соматосенсорную амплификацию), тогда как соматосенсорная амплификация, актуализируя процессы оценки симптомов (в том числе на основе прошлого опыта и социального сравнения), может вызывать переживание тревоги в отношении здоровья. «Поведение в болезни» не только явно зависит от психологических факторов, но и может вторично приводить к изменениям представлений о себе (когда вывод о том, кто я и чего я хочу, делается на основе рефлексии собственных действий), провоцировать тревогу (например, за счет частого посещения врачей, дающих противоречивые рекомендации) и сенситизацию (при частых обращениях внимания на телесные ощущения). Во-вторых, ипохондрический дискурс рассматривается как метаобразование, которое в той или иной мере интериоризируется человеком и оказывает лишь косвенное влияние на процессы формирования ВКБ. При этом его влияние может различаться в зависимости от того, какие психологические и поведенческие факторы играют роль медиаторов. Так, ипохондрический дискурс может сказаться исключительно на поведении — в этом случае речь идет о поведении, которое с точки зрения субъекта социально желательно, но его основания не рефлексированы и не встраиваются в ценностно-смысловую систему личности. Другой вариант: тот же дискурс может приводить к формированию плохо рефлексированной тревоги в отношении здоровья, не сопряженной с мотивационными перестройками или соматосенсорной амплификацией (например, основанной на отсылках к внешним событиям: «в газетах же пишут...»). В-третьих, мы не включили в модель семейные факторы, поскольку все известные нам исследования либо носят ретроспективный характер (напр.: Холмогорова, Гараян, 2008), либо выполнены на модели соматоформных расстройств и концентрируются не на ипохондрии, а на формировании соматических жалоб (Craig et al., 2004). На наш взгляд, векторы влияния семейных факторов на процессы формирования ВКБ требуют дальнейшего уточнения в эмпирических исследованиях.

Учитывая сказанное, можно выделить несколько направлений прямого влияния психологических факторов на процессы первичного, вторичного означения и формирования личностного смысла болезни⁴. Во-первых, изменение интрацепции и внимания к телесным ощущениям в структуре соматосенсорной амплификации влияет на процессы первичного означения, приводя к появлению и усилению соматических ощущений, а изменения интерпретации ощущений вызывают изменения в процессах вторичного означения (Martinez et al., 1999). Во-вторых, тревога в отношении здоровья, с одной стороны, имеет телесный компонент, который может участвовать в первичном означении, и, с другой стороны, играет роль в формировании мифа болезни. Наконец, мотивационные и диспозиционные факторы помимо их решающего влияния на структуру личностного смысла болезни могут воздействовать на процессы вторичного означения: так, неразрывная связь самосознания и когнитивно-аффективного стиля личности неоднократно демонстрировалась в исследованиях на самых разных моделях (Соколова, 1995).

Существующие исследования рассматривают «поведение в болезни» как фактор хронификации заболевания, оставляя открытым вопрос о возможном прямом воздействии поведения на процессы формирования ВКБ. Тем не менее, основываясь на данных о роли активности (Biddle, Mutrie, 2008) и копинг-стратегий в ситуации заболевания (Трифонова и др., 2011), можно предположить, что особенности «поведения в болезни» могут напрямую влиять на все уровни ВКБ. Так, телесные ощущения зависят от активности человека, что подтверждает участие поведения в процессах первичного означения. Кроме того, согласно экспериментальным данным, особенности функционального и эмоционального состояния, вызванного поведением, влияют на процессы восприятия информации и ее когнитивной переработки, что может являться одним из механизмов, по которым поведение оказывает влияние на формирование мифа болезни. Наконец, можно предполагать роль «поведения в болезни» и в процессах формирования личностного смысла — например, постоянные визиты к врачу усиливают субъективную значимость здоровья и болезни.

В целом, согласно данной рабочей модели, психологические и поведенческие факторы могут оказывать как прямое, так и косвенное влияние на формирование и динамику ипохондрической симптоматики (т.е. быть в разных случаях первичными или вторичными), причем само воздействие может происходить на разных уровнях формиро-

⁴ В соответствии с авторской моделью (Тхостов, Арина, 1990) процессы рассматриваются как взаимовлияющие. Например, соматические ощущения и жалобы могут быть результатом вторичного означения и не опираться на чувственную ткань (Тхостов, Райзман, 2005).

вания ВКБ. Теоретически это задает возможность разных вариантов развития ипохондрии и разных вариантов ее клинических проявлений, что согласуется с представлениями об ипохондрии, принятыми в современной психиатрии (Волель, 2009). Клинико-психологическая проверка этих предположений требует лонгитюдных и экспериментальных исследований, совмещающих диагностику соматосенсорной амплификации, эмоционального реагирования на стимулы, связанные с болезнью, мотивационных и личностных особенностей, социокультурных факторов и «поведения болезни» с последующим сопоставлением альтернативных моделей. Задачу дальнейших исследований мы видим не просто в развитии интегративной психологической модели, включающей все эмпирически верифицированные факторы ипохондрии, но в выявлении структуры этих факторов, особенностей их иерархических взаимосвязей и взаимодействия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Андрющенко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2011. URL: <http://www.psychiatry.ru/diss/2011/186> [**Andrjushhenko, A.V.** (2011). *Psihicheskie i psihosomaticheskie rasstrojstva v uchrezhdenijah obshhesomaticheskoj seti*: Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. Moskva. URL: <http://www.psychiatry.ru/diss/2011/186>]

Бескова Д.А. Клинико-психологические характеристики внешней и внутренней границ телесности: на модели соматоформных расстройств: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2006. [**Beskova, D.A.** (2006). *Kliniko-psihologicheskie harakteristiki vneshnej i vnutrennej granic telesnosti: na modeli somatofornnyh rasstrojstv*: Diss. ... kand. psihol. nauk. Moskva]

Бескова Д.А., Волель Б.А. Клинико-психологическая характеристика ипохондрических развитий у больных с кардиологической и онкологической патологией // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 2. С. 26—34. [**Beskova, D.A., Volel', B.A.** (2008). *Kliniko-psihologicheskaja harakteristika ipohondricheskikh razvitij u bol'nyh s kardiologicheskoj i onkologicheskoj patologiej. Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*, 2, 26—34]

Волель Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2009. [**Volel', B.A.** (2009). *Nebredovaja ipohondrija pri somaticheskikh, psihicheskikh zabolevanijah i rasstrojstvah lichnosti (psihosomaticheskie sootnoshenija, psihopatologija, terapija)*: Diss. ... dokt. med. nauk. Moskva]

Выготский Л.С. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003. [**Vygotskij, L.S.** (2003). *Osnovy defektologii*. S.-Peterburg: Lan']

Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследование образа физического Я: некоторые результаты и размышления // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М.: Философское общество СССР, 1991. С. 71—74. [**Dorozhevec,**

А.Н., Sokolova, E.T. (1991). Issledovanie obraza fizicheskogo Ja: nekotorye rezul'taty i razmyshlenija. In: *Telesnost' cheloveka: mezhdisciplinarnye issledovanija* (ss. 71—74). Moskva: Filosofskoe obshhestvo SSSR]

Ефремова О.В. Субъективная семантика интрацепции при ипохондрических синдромах: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1991. [**Efremova, O.V.** (1991). *Sub'ektivnaja semantika intracepcii pri ipohondricheskikh sindromah*: Avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. Moskva]

Николаева В.В. Особенности личности при соматических заболеваниях // Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. С. 207—357. [**Nikolaeva, V.V.** (1995). *Osobennosti lichnosti pri somaticheskikh zabolevanijah*. In: Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. *Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstrojstvah i somaticheskikh zabolevanijah* (ss. 207—357). Moskva: SvR-Argus]

Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1996. № 2. С. 8—17. [**Nikolaeva, V.V., Arina, G.A.** (1996). *От традиционной психосоматики к психологии телесности*. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija. 14. Psihologija*, 2, 8—17]

Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств): Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2001. [**Rupchev, G.E.** (2001). *Psihologicheskaja struktura vnutrennego telesnogo opyta pri somatizacii (na modeli somatiformnyh rasstrojstv)*: Avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. Moskva]

Рычкова О.В. Особенности самосознания у пациентов с ипохондрическим синдромом: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1997. [**Rychkova, O.V.** (1997). *Osobennosti samosoznaniya u pacientov s ipohondricheskim sindromom*: Avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. Moskva]

Сапарова И.А. Особенности смысловой регуляции деятельности при ипохондрических состояниях разного генеза: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1989. [**Saparova, I.A.** (1989). *Osobennosti smyslovoj reguljacii dejatel'nosti pri ipohondricheskikh sostojanija raznogo geneza*: Avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. Moskva]

Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах // Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. С. 27—206. [**Sokolova, E.T.** (1995). *Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstrojstvah*. In: Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. *Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstrojstvah i somaticheskikh zabolevanijah* (ss. 27—206). Moskva: SvR-Argus]

Трифонова Е.А., Вассерман Л.И., Шелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: Практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. [**Trifonova, E.A., Vasserman, L.I., Shhelkova, O.Ju.** (2011). *Psihologicheskaja diagnostika i korrekcija v somaticheskoi klinike: Prakticheskoe rukovodstvo*. S.-Peterburg: Rech']

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. [**Thostov, A.Sh.** (2002). *Psihologija telesnosti*. Moskva: Smysl]

Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к

болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: Сб. науч. тр. Л.: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1990. С. 32—38. [Thostov, A.Sh., Arina, G.A. (1990). Teoreticheskie problemy issledovanija vnutrennej kartiny bolezni. In: *Psihologičeskaja diagnostika otnošenija k bolezni pri nervno-psihicheskih i somaticheskih zabolevanijah: Sb. nauch. tr.* (ss. 32—38). Leningrad: Leningr. nauch.-issled. psihonevrol. in-t]

Тхостов А.Ш., Райзман Е.М. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект // Психологический журнал. 2005. Т. 26. № 2. С. 102—107. [Thostov, A.Sh., Rajzman, E.M. (2005). Sub'ektivnyj telesnyj opyt i ipohondrija: kul'turno-istoričeskij aspekt. *Psihologičeskij žurnal*, 26, 2, 102—107]

Фильц А.О. Проблема небредовой ипохондрии: Дисс. ... докт. мед. наук. Москва, 1993. URL: <http://www.psychiatry.ru/diss/1993/102> [Fil'c, A.O. (1993). *Problema nebredovoj ipohondrii*: Diss. ... dokt. med. nauk. Moskva. URL: <http://www.psychiatry.ru/diss/1993/102>]

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и динамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3. С. 59—71. [Holmogorova, A.B., Garanjan, N.G. (1996). Integracija kognitivnogo i dinamičeskogo podhodov na primere psihoterapii somatofornnyh rasstrojstv. *Moskovskij psihoterapevtičeskij žurnal*, 3, 59—71]

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии. Ч. 2. // Современная терапия психических расстройств. 2008. № 3. С. 21—30. [Holmogorova, A.B., Garanjan, N.G. (2008). Somatizacija: sovremennye traktovki, psihologičeskie modeli i metody psihoterapii. Ch. 2. *Sovremennaja terapija psihicheskih rasstrojstv*, 3, 21—30]

Barsky, A.J., Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404—409.

Biddle, S.J.H., Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions*. 2nd ed. London; N.Y.: Routledge.

Brown, R.J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130, 5, 793—812.

Craig, T.K.J., Bialas, I., Hodson, S., Cox, A.D. (2004). Intergenerational transmission of somatization behavior: 2. Observations of joint attention and bids for attention. *Psychological Medicine*, 34, 199—209.

Crimlisk, H.L., Ron, M.A. (1999). Conversion hysteria: history, diagnostic issues and clinical practice. *Cognitive Neuropsychiatry*, 4, 3, 165—180.

Ferguson, E., Moghaddam, N.G., Bibby, P.A. (2007). Memory bias in health anxiety is related to the emotional valence of health-related words. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 3, 263—274.

Fishbain, D.A., Lewis, J.E., Gao, J., Cole, B., Rosomoff, S. (2009). Is chronic pain associated with somatization/hypochondriasis? An evidence-based structured review. *Pain Practice*, 9, 6, 449—467.

Gropalis, M., Bleichhardt, G., Hiller, W., Witthoft, M. (2012). Specificity and modifiability of cognitive biases in hypochondriasis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. May 7. doi: 10.1037/a0028493

Hiller, W., Janca, A. (2003). Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 167—179.

Lecci, L., Karoly, P., Ruehlman, L., Lanyon, R. (1996). Goal-relevant dimensions of hypochondriacal tendencies and their relation to symptom manifestation and psychological distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 42—52.

Leibbrand, R., Hiller, W., Fichter, M.M. (2000). Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders? *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1, 63—72.

Martinez, M.P., Belloch, A., Botella, C. (1999). Somatosensory amplification in hypochondriasis and panic disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 46—53.

Mayou, R., Kirmayer, L.J., Simon, G., Kroenke, K., Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162, 847—855.

Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189—194.

Parsons, T. (1951). *The social system*. London: Routledge.

Pilowsky I. (1969). Abnormal illness behavior. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 4, 347—351.

Rief, W., Hessel, A., Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatics Medicine*, 63, 595—602.

Rief, W., Ihle, D., Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 405—414.

Rief, W., Martin, A., Klaiberg, A., Braehler, E. (2005). Specific effects of depression, panic and somatic symptoms on illness behavior. *Psychosomatic Medicine*, 67, 596—601.

Shields, C., Murphy, K. (2011). Selective attention and health anxiety: ill-health stimuli are distracting for everyone. *Cognitive Therapy Research*, 35, 241—252.

Sirri, L., Fabbri, S., Fava, G., Sonino, N. (2007). New strategies in the assessment of psychological factors affecting medical conditions. *Journal of Personality Assessment*, 89, 3, 216—228.

Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, ..., Kaemmer, B. (2008). *The MMPI-2 Restructured Clinical scales: Development, validation, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1994.

The ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders. Geneva: World Health Organization, 1994.

Weck, F., Bleichhardt, G., Witthoff, M., Hiller, W. (2011). Explicit and implicit anxiety: differences between patients with hypochondriasis, patients with anxiety disorders, and healthy controls. *Cognitive Therapy Research*, 35, 317—325.

Ursin, H. (1997). Sensitization, somatization and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 2, 105—116.

Поступила в редакцию

12.01.13