

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕГО ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ПРИ СОМАТОФОРМНЫМ РАССТРОЙСТВАХ

Василенко Т.Д.¹, Мангушев Ф.Ю.²

¹ *Василенко Татьяна Дмитриевна*

доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой общей и клинической психологии, декан факультетов клинической психологии, социальной работы, экономики и менеджмента; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Карла Маркса, 3, Курск, 305041, Россия. Тел.: (4712) 58-81-32.

E-mail: tvasilenko@yandex.ru

² *Мангушев Филипп Юрьевич*

аспирант кафедры общей и клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Карла Маркса, 3, Курск, 305041, Россия. Тел.: (4712) 58-81-32.

E-mail: mangushevfj@gmail.com

Аннотация

В статье представлены результаты исследования телесного опыта при соматоформных расстройствах. Актуальность данной работы обусловлена высокой распространенностью этого расстройства при его сложности в диагностике врачами общемедицинских учреждений, а также невысокой эффективности психофармакологического лечения. Актуальными являются и исследования телесности, которые позволяют рассматривать состояние здоровья или болезни в единстве соматических, когнитивных, смысловых и социальных аспектов, тем самым реализуя биопсихосоциальную модель в изучении расстройств. Таким образом, цель исследования — изучить особенности внутреннего телесного опыта при соматоформных расстройствах.

В исследовании приняли участие 24 женщины, имеющие верифицируемый диагноз «соматоформные расстройства», в возрасте от 35 до 50 лет (средний возраст 41 год), которые составили экспериментальную группу, и 24 здоровые женщины в возрасте от 34 до 48 лет (средний возраст 39 лет), которые составили контрольную группу. Все испытуемые дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. В экспериментальную группу вошли пациентки с такими формами соматоформных расстройств, как соматизированное расстройство (с преобладанием предъявления сердечно-сосудистой симптоматики) и соматоформная вегетативная дисфункция. В исследовании применялись: Торонтская алекситимическая шкала (методика адаптирована в институте им. В.М. Бехтерева); «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова; шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (ШПАНА); тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева. Для статистического анализа нами были выбраны непараметрический критерий для двух несвязанных (независимых) выборок U Манна — Уитни.

Рассмотрение телесного опыта при соматоформных расстройствах в контексте особой жизненной ситуации показало, что больные характеризуются повышенным вниманием к телесным ощущениям и склонности интерпретировать их не как нормальные физиологические реакции, а как признаки патологии. Также выявляется двойственность и некоторая противоречивость в соотношении телесных ощущений и своего соматического состояния у больных соматоформными расстройствами. В структуре переживания телесного опыта преобладает негативный аффект при трудности в выражении эмоций, а показатель жизнестойкости имеет неадаптивно низкие значения. У больного отсутствует убеждение в том, что вовлеченность в происходящее дает шанс найти нечто действительно стоящее и интересное для личности. Они ощущают себя отвергнутыми, «вне» жизни, «запертыми» в состоянии болезни и дискомфортных ощущений.

Ключевые слова: телесность; телесный опыт; соматоформные расстройства; индивидуально-психологические свойства личности; интрацептивные ощущения; жизненная ситуация; аффект; жизнестойкость.

УДК 159.923: 616.89

Библиографическая ссылка

Василенко Т.Д., Мангушев Ф.Ю. Особенности внутреннего телесного опыта при соматоформных расстройствах // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 1. – С. 7. doi: 10.24411/2219-8245-2018-11071

Поступила в редакцию: 17.12.2017 Прошла рецензирование: 12.01.2018 Опубликовано: 28.01.2018

В настоящее время отмечается неуклонный рост невротических и психосоматических расстройств [4; 13]. Среди психосоматических и невротических нарушений особое место занимают соматоформные расстройства [13; 15]. Актуальность данной работе придаёт и факт обращения пациентов с соматоформными расстройствами к специалистам общей практики с низким результатом медицинской помощи [10].

Актуальными являются и исследования телесности, которые позволяют рассматривать состояние здоровья или болезни в единстве соматических, когнитивных, смысловых и социальных аспектов. По определению Д.А. Бесковой, «телесность — феноменологическая реальность, представляющая собой сочетание психосоциальных аспектов телесного бытия субъекта в физическом мире». По ее мнению, «телесность» имеет характер высшей психической функции и является феноменом не только восприятия, но и самосознания, формирующегося в совместной деятельности с другими людьми; также о телесности составлено представление как о культурно-детерминированном и психологически опосредованном явлении [1; 9]. Т.С. Леви также считает необходимым рассматривать телесность в единстве онтогенетического и индивидуального, социокультурного и исторического развития, как «одухотворенное тело», составляющее индивидуально-психологический и смысловой компоненты уникального человеческого существа [6].

Соматоформные расстройства — это неврозы, клиническая картина которых определяется расстройствами соматопсихической сферы (вегетативные неврозы, висцеровегетативные неврозы, системные неврозы, нейроциркуляторная дистония, вегетососудистая дистония), которые характеризуются часто беспокоящими физическими симптомами, по поводу которых больной требует медицинского обследования, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия физической болезни как основы данных расстройств; негативным отношением больного к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами; элементами демонстративности в поведении, направленными на привлечение внимания, напористым и драматическим характером жалоб; при этом имеющиеся расстройства не носят характер ипохондрического бреда и в какой-то степени поддаются коррекции [11; 12].

Стоит отметить и этиологию данного расстройства. Большое влияние на формирование соматоформных расстройств оказывают психоэмоциональные факторы в сочетании с затруднением в эмоциональном выражении (алекситимии), а также личностные особенности, что приводит к переживанию психологического стресса на физиологическом уровне [14; 15]. Больной начинает испытывать специфические телесные ощущения, переживания, формируется их когнитивная оценка, собирается информация о его состоянии, формируется субъективное отношение к заболеванию, что в итоге составляет структуру внутренней картины болезни [5]. Особенно стоит отметить, что внутренняя картина болезни включает также и эмоциональную составляющую [8; 16]. А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян показано, что больные соматоформными расстройствами отличаются от здоровых более высоким уровнем запрета на выражение чувств, прежде всего страха, фиксацией на негативных переживаниях и стремлением выглядеть благополучными, низким уровнем социальной поддержки, суженным эмоциональным словарем и трудностями в распознавании различных эмоций [17].

Переживание частых, зачастую болезненных ощущений с последующими безрезультатными обращениями в общемедицинские учреждения выражается в острых эмоциональных реакциях, которые приводят к усилению симптоматики ввиду особенности этиологии расстройства.

Таким образом, применительно к изучению особенностей телесного опыта в ситуации соматоформных расстройств мы реализуем исследование переживания и осмысления телесного опыта как особой жизненной ситуации, и в фокусе внимания нашего исследования оказываются не только специфические телесные ощущения, но и особенности переживания этих ощущений личностью. Процессы интеграции телесного опыта как жизненного события в субъективную картину жизненного пути личности объясняют возникающие вследствие этого трансформации, сопровождающиеся дезадаптивными процессами [2; 3].

Цель исследования — изучить особенности внутреннего телесного опыта при соматоформных расстройствах.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 24 женщины, имеющие верифицируемый диагноз «соматоформные расстройства», в возрасте от 35 до 50 лет (средний возраст 41 год), которые составили экспериментальную группу, и 24 здоровые женщины в возрасте от 34 до 48 лет (средний возраст 39 лет), которые составили контрольную группу.

Все испытуемые дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В исследовании применялись: Торонтская алекситимическая шкала (методика адаптирована в институте им. В.М. Бехтерева); «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова; шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (ШПАНА); тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева.

Для статистического анализа нами были выбраны непараметрический критерий для двух несвязанных (независимых) выборок U Манна — Уитни.

Результаты исследования

Особенности выбора дескрипторов интрацептивных ощущений в исследуемых группах отражены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели значимости различий дескрипторов интрацептивных ощущений

	p-level	СФР		Здоровые	
		Mean	SD	Mean	SD
Знакомые ощущения	0,015715*	25	9,76	17	7,91
Болезненные ощущения	0,032284*	18	8,45	7	3,73
Опасные ощущения	0,043778*	14	6,35	5	2,12
Важные ощущения	0,031003*	12	6,88	3	1,41
Часто испытываемые ощущения	0,001131*	14	5,02	1,5	0,69

Примечание: * — статистически значимые различия; Mean — среднее значение; SD — стандартное отклонение; СФР — соматоформные расстройства.

Мы можем наблюдать, что различия в словаре ощущений у больных соматоформными расстройствами и у здоровых обнаружены на высоком уровне статистической значимости при определении ими словаря часто испытываемых ощущений. Также различия выявлены при определении ими словаря знакомых, болезненных, опасных и важных ощущений.

Отмечается повышение общего числа выбираемых дескрипторов в группе с соматоформными расстройствами по сравнению с группой здоровых испытуемых. У больных СФР происходит соматосенсорное усиление, то есть присутствует выраженная тенденция воспринимать телесные ощущения как чрезмерно интенсивные, потенциально опасные, неприятные и при этом часто испытываемые. Помимо этого, они характеризуется повышенным вниманием к телесным ощущениям и склонности интерпретировать их не как нормальные физиологические реакции, а как признаки патологии. Важно отметить, что в структуре обычного самочувствия значительный вес имеют психические дескрипторы тревожно-депрессивного качества. Также выявляется двойственность и некоторая противоречивость в соотношении телесных ощущений и своего соматического состояния у больных соматоформными расстройствами. Многие испытуемые при внешнем согласии с психогенной природой собственных ощущений (для всех испытуемых из экспериментальной группы пребывание в стационаре является повторным) относят многие дескрипторы к группе опасных и важных, отмечая, что они могут указывать на серьезное соматическое заболевание.

Средние значения преобладания позитивного или негативного аффекта отражены в таблице 2.

Таблица 2

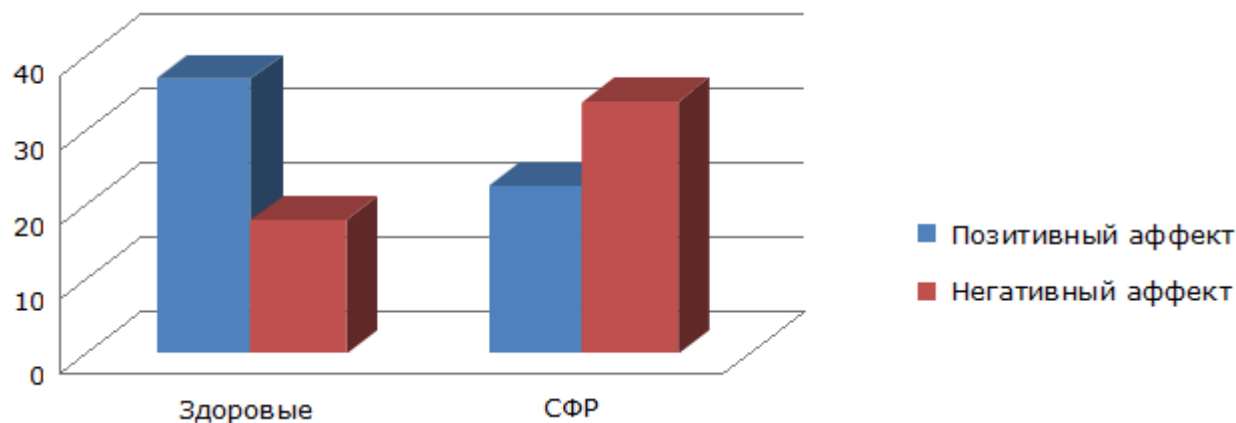
Показатели позитивного и негативного аффекта

	p-level	СФР		Здоровые	
		Mean	SD	Mean	SD
* Позитивный аффект	0,004575*	6,7	22,6	7,04	37,2
* Негативный аффект	0,001629*	5,7	34	4,5	18,25

Примечание: * — статистически значимые различия; Mean — среднее значение; SD — стандартное отклонение; СФР — соматоформные расстройства.

Обнаруженные статистически значимые различия на высоком уровне позволяют утверждать о связи между наличием соматоформных заболеваний и преобладанием негативного аффекта у больного. Контрольная группа демонстрирует значительное доминирование позитивного аффекта над негативным, что, на наш взгляд, можно в некоторой степени считать нормой здоровой жизненной позиции.

Полученные данные соотносятся с результатами исследования интрацептивных ощущений, в котором было выявлено преобладание дескрипторов тревожно-фобического качества. В процессе клинической беседы также отмечается преобладание негативного аффекта, заострение внимания на ситуации заболевания, проблемах личной жизни, высказывание страхов относительно будущего. На гистограмме 1 наглядно продемонстрированы полученные результаты.



Гистограмма 1. Сравнение полученных результатов в средних значениях в контрольной и экспериментальной группах по результатам опросника «ШПАНА».

Средние значения преобладания позитивного или негативного аффекта отражены в таблице 3.

Таблица 3

Показатель алекситимии

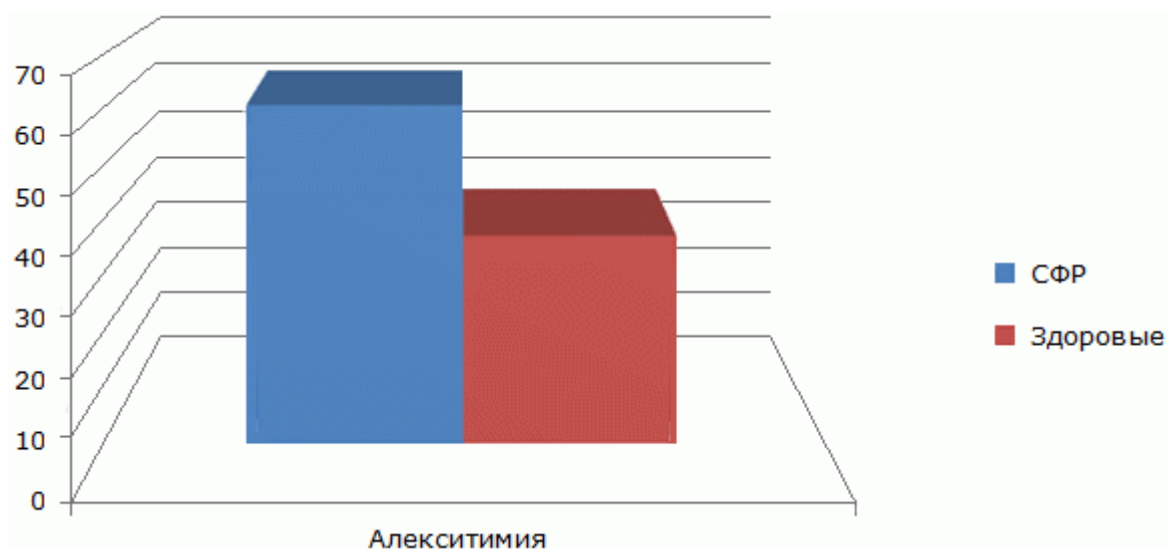
	p-level	Mean	
		СФР	Здоровые
Алекситимия	0,001294*	63,375	39,625

Примечание: * — статистически значимые различия; Mean — среднее значение; SD — стандартное отклонение; СФР — соматоформные расстройства.

Мы можем наблюдать за тем, что различия в уровне алекситимии у больных соматоформными расстройствами и у здоровых обнаружены на высоком уровне статистической значимости.

Следует предположить, что соматоформные расстройства и алекситимия играют важную роль в травматическом опыте и при установках по отношению к эмоциям. Именно после негативного сенсорного телесного опыта и негативной аффективности алекситимия приобретает стойкий характер соматизированных симптомов. После этого возникает отрицательное подкрепление, обусловленное хронической тревожностью, которое сопровождается и провоцируется индивидуально-личностными особенностями и длительным состоянием дистресса (при различных физических и социально-психологических влияниях). Ведь именно заболеванию часто предшествуют стрессовые события или хронические перегрузки, которые проявляются в виде постоянных конфликтов, долгого заболевания и/или же смерти близкого. При всем перечисленном необходима адаптация к новой жизненной ситуации, однако сами пациенты, как правило, не устанавливают связи между своей болезнью и высоким уровнем пережитого стресса или же уверены, что стресс способствовал возникновению соматического заболевания, характер которого специалисты никак не могут выяснить.

На гистограмме 2 наглядно продемонстрированы полученные результаты.



Гистограмма 2. Сравнение полученных результатов в средних значениях по шкале алекситимии.

Сравнение полученных результатов в средних значениях по показателям теста жизнестойкости приведено в таблице 4.

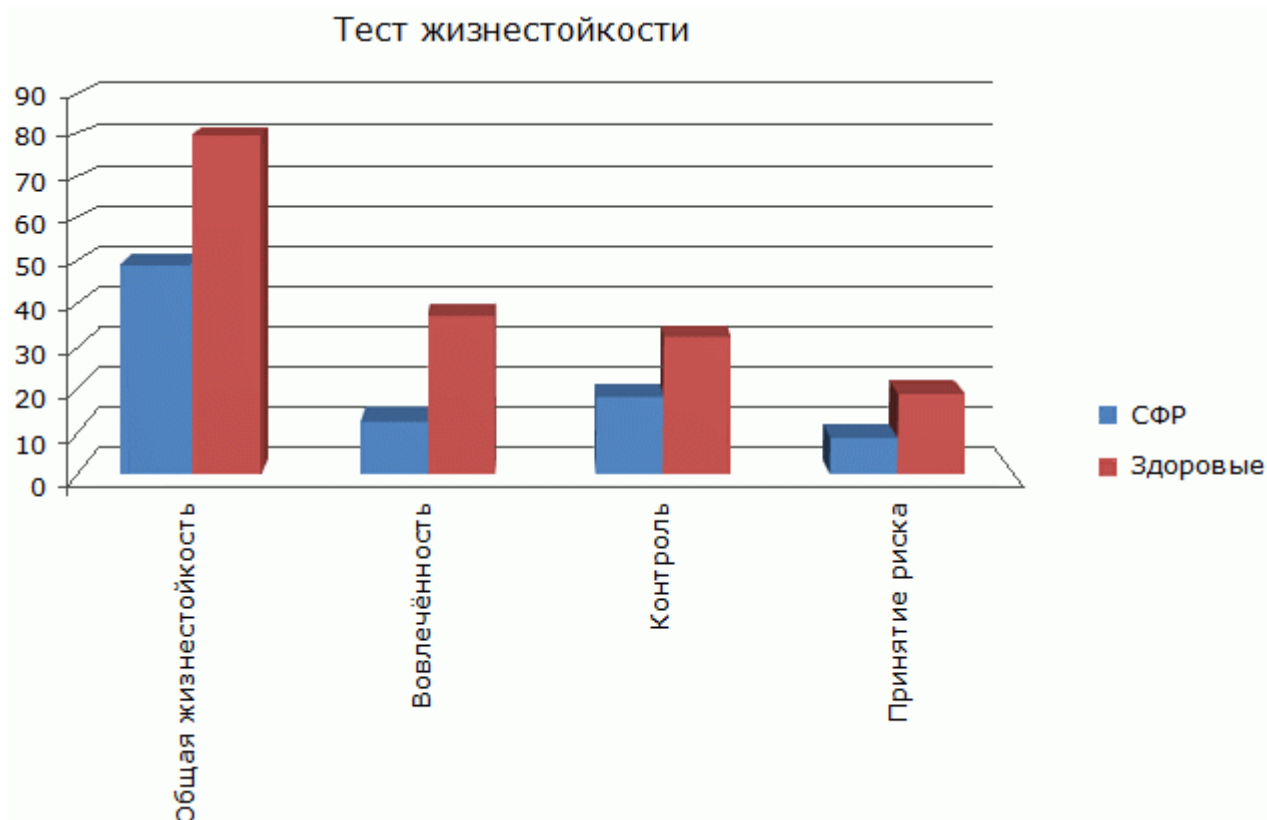
Таблица 4

Показатели теста жизнестойкости

Показатель	p-level	СФР		Здоровые	
		Mean	SD	Mean	SD
Общая жизнестойкость	0,000778*	20,3	12,5	80,5	20,4
Вовлечённость	0,002762*	12,75	6,0	38,12	7,7
Контроль	0,001629*	18,75	5,9	33,1	8,3
Принятие риска	0,001131*	8,875	4,7	19,25	5,0

Примечание: * — статистически значимые различия; Mean — среднее значение; SD — стандартное отклонение; СФР — соматоформные расстройства.

Нами получены статистически значимые различия на высоком уровне как по общему уровню жизнестойкости, так и по всем трём её отдельным компонентам. Это позволяет сделать вывод о том, что в ситуации заболевания соматоформными расстройствами у больного отсутствует убеждение в том, что вовлеченность в происходящее дает шанс найти нечто действительно стоящее и интересное для личности. Они ощущают себя отвергнутыми, «вне» жизни. Также такие больные не считают, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Они затрудняются извлекать опыт, новые знания и умения из позитивного либо негативного опыта. Чувствуют себя отвергнутыми, бездеятельными в отношении борьбы со своим заболеванием. На гистограмме 3 наглядно продемонстрированы полученные результаты.



Гистограмма 3. Сравнение полученных результатов в средних значениях по показателям теста жизнестойкости.

Заключение

Рассмотрение телесного опыта при соматоформных расстройствах в контексте особой жизненной ситуации показало, что больные характеризуются повышенным вниманием к телесным ощущениям и склонности интерпретировать их не как нормальные физиологические реакции, а как признаки патологии. В структуре переживания телесного опыта преобладает негативный аффект при трудности в выражении эмоций, а показатель жизнестойкости имеет неадаптивно низкие значения.

Литература

1. Бескова Д.А., Тхостов А.Ш. Телесность как пространственная структура // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М.: АСТ, 2005. – С. 236–252.
2. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: Курск. гос. мед. университет, 2011. – 575 с.
3. Василенко Т.Д. Психология телесности: процессуально-смысловой подход // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 49–55.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
5. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л.: Медицина, 1980. – 184 с.
6. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М.: АСТ, 2005. – С. 410–433.

7. Мариллов В.В. Частная психопатология: учеб. пособие для вузов. – М.: Академия, 2004. – 400 с.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Моск. гос. университет, 1987. – 168 с.
9. Николаева В.В., Арина А.Г. Принципы синдромного анализа в психологии телесности // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: сб. докл. / под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. – М., 1998. – С. 75–82.
10. Пережогин Л.О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика. – М., 2015. – 22 с.
11. Погосов А.В., Погосова И.А., Богушевская Ю.В. Психосоматические расстройства: учебное пособие. – 2-е изд., доп. – Курск: Курск. гос. мед. университет, 2008. – 212 с.
12. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М.: Минздрав России, 1998.
13. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / под ред. В.И. Симаненкова. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 335 с.
14. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2000. – № 2. – С. 36–40.
15. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии. Часть 1 // Современная терапия психических расстройств. – 2008. – № 2. – С. 31–35.
16. Штрахова А.В., Куликова Е.В. Психодинамический аспект исследования структуры личности как фактора риска психосоматических нарушений. Часть 1 // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2012. – № 31. – С. 97–104.
17. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств) / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, П. Шайб [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 1(6) [Электронный ресурс] – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 07.12.2017).

The features of inner bodily experience in somatoform disorders

Vasilenko T.D.¹, Mangushev Ph.Yu.²

¹ *Vasilenko Tatiana Dmitrievna*

doctor of psychology, professor, head of the department of general and clinical psychology; Kursk State Medical University, 3 Karl Marx str., 305041, Kursk, Russia. Phone: +7 (4712) 58-81-32.

E-mail: tvasilenko@yandex.ru

² *Mangushev Philip Yur'evich*

post-graduate student of the department of general and clinical psychology; Kursk State Medical University, 3 Karl Marx str., 305041, Kursk, Russia. Phone: +7 (4712) 58-81-32.

E-mail: mangushevfpj@gmail.com

Abstract

The study involved 24 women with a verifiable diagnosis of somatoform disorders aged 35 to 50 years (average age 41 years) who made up the experimental group and 24 healthy women aged 34 to 48 years (average age 39 years) who constituted a control group.

All subjects gave voluntary informed consent to participate in the study.

The study used the Toronto Alexithymia scale (adapted at the Bekhterev Institute); "Selection of Descriptors of Intraceptive Sensations" by A.Sh. Thostov; a scale of positive affect and negative affect (SOPANA); hardness test by D.A. Leontiev.

The obtained results suggest the presence of specific features of bodily experience in the group with somatoform disorders, expressed in a special dictionary of introceptive sensations, the prevalence of negative affect and a decrease in hardiness.

Key words: corporeality; bodily experience; somatoform disorders; individual psychological characteristics of personality; introceptive sensations; life situation; affect; hardiness.

For citation

Vasilenko T.D., Mangushev Ph.Yu. The features of inner bodily experience in somatoform disorders. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 1, p. 7. doi: 10.24411/2219-8245-2018-11071 [in Russian, in English].

Received: December 17, 2017

Accepted: January 12, 2018

Publisher: January 28, 2018

Currently there is a steady increase in neurotic and psychosomatic disorders [2; 14]. Among psychosomatic and neurotic disorders, a special place is occupied by somatoform disorders [4; 14]. The relevance of this work is also attached to the fact that patients with somatoform disorders are treated by specialists in general practice, with a low result of medical care [11].

Relevant are those studies of corporeality that allow us to consider the state of health or disease in the unity of somatic, cognitive, semantic and social aspects. According to D.A. Beskova's definition, "corporeality is a phenomenological reality that is a combination of psychosocial aspects of the body being of a subject in the physical world". In her opinion, "corporeality" has the character of a higher mental function and is a phenomenon not only of perception but also of self-consciousness formed in a joint activity with other people; also corporeality forms a representation as a cultural-deterministic and psychologically mediated phenomenon [1; 10]. T.S. Levi also thinks it necessary to consider corporality in the unity of ontogenetic and individual, sociocultural and historical development, as a "spiritualized body" that makes up the individual psychological and semantic components of a unique human being [7].

Somatoform disorders are neuroses, the clinical picture of which is determined by disorders of the somatopsychic sphere (vegetative neuroses, viscerovegetative neuroses, systemic neuroses, neurocirculatory dystonia, vegetovascular dystonia) that are characterized by: frequent disturbing physical symptoms, about which the patient requires medical examination, despite the presence of objective evidence of the absence of physical illness as the basis of these disorders; negative attitude of the patient to attempts of explaining these disorders' psychological reasons; elements of demonstrativeness in behavior aimed at attracting attention, assertive and dramatic nature of complaints; while the existing disorders do not have the character of hypochondriac delirium and are to some extent amenable to correction [3; 12].

It is worth noting the etiology of this disorder. A great influence on the formation of somatoform disorders is exerted by psychoemotional factors combined with difficulty in emotional expression, alexithymia, as well as personal characteristics, which leads to the experience of psychological stress, at the physiological level [4; 15]. The patient begins to experience specific bodily sensations, experiences, their cognitive evaluation is formed, information about his condition is collected, the subjective attitude to the disease is formed, which ultimately makes up the structure of the internal picture of the disease [6]. It is especially worth noting that the internal picture of the disease also includes the emotional component [9; 13]. A.B. Kholmogorova and N.G. Garanyan showed that patients with somatoform disorders differ from healthy people by a higher level of prohibition on expression of feelings, primarily fear, fixation on negative experiences and the desire to look prosperous, low level of social support, narrow emotional vocabulary and difficulties in recognizing various emotions [5].

The experience of frequent, often painful sensations with subsequent unsuccessful treatment in general medical institutions, is expressed in acute emotional reactions that lead to increased symptoms, in view of the peculiarities of the etiology of the disorder.

Thus, with reference to the study of the features of bodily experience in the situation of somatoform disorders, we realize the study of the experience and comprehension of bodily experience as a special life situation, the focus of our research is not only specific bodily sensations, but also the experience of these feelings by the person. The processes of the integration of bodily experience as a life event into a subjective picture of a person's life path are explained by the resulting transformations, accompanied by disadaptive processes [16; 17].

The purpose of the study was to study the features of internal bodily experience in somatoform disorders.

Materials and methods of research

The study involved 24 women with a verifiable diagnosis of somatoform disorders aged 35 to 50 years (average age 41 years) who made up the experimental group and 24 healthy women aged 34 to 48 years (average age 39 years) who constituted a control group.

All subjects gave voluntary informed consent to participate in the study.

The study used the Toronto Alexithymia scale (adapted at the Bekhterev Institute); "Selection of Descriptors of Intraceptive Sensations" by A.Sh. Thostov; a scale of positive affect and negative affect (SOPANA); hardiness test by D.A. Leontiev.

For statistical analysis we selected a nonparametric Mann–Whitney U test for two independent samples.

Results of the study

Peculiarities of the choice of descriptors of introceptive sensations in the study groups are reflected in Table 1.

Table 1

Indicators of the significance of differences in descriptors of intraceptive sensations

	p-level	SFD		Healthy	
		Mean	SD	Mean	SD
Familiar sensations	0.015715*	25	9.76	17	7.91
Painful sensations	0.032284*	18	8.45	7	3.73
Dangerous sensations	0.043778*	14	6.35	5	2.12
Important sensations	0.031003*	12	6.88	3	1.41
Frequent sensations	0.001131*	14	5.02	1.5	0.69

Note: * — statistically significant differences; SD — standard deviation; SFD — somatoform disorders.

We can observe that differences in the sensation vocabulary in patients with somatoform disorders and in healthy individuals are found at a high level of statistical significance in the determination of the vocabulary of frequently experienced sensations. Differences were also found in the determination of their familiar, painful, dangerous and important experience vocabulary.

There is an increase in the total number of selectable descriptors in the group with somatoform disorders in comparison with the group of healthy subjects. In patients with SFD, somatosensory enhancement occurs, that is, there is a pronounced tendency to perceive bodily sensations as excessively intense, potentially dangerous, unpleasant and frequently experienced. In addition, they are characterized by increased attention to bodily sensations and a tendency to interpret them not as normal physiological responses, but as signs of pathology. It is important to note that in the structure of ordinary well-being, mental descriptors of an anxiety-depressive quality have considerable weight. Also, there is a duality and some inconsistency in correlating bodily sensations and their somatic state in patients with somatoform disorders. A lot of subjects with external agreement with the psychogenic nature of their own sensations (for all subjects from the experimental group, hospital stay is repeated) classify many descriptors as dangerous and important, noting that they can indicate a serious physical illness.

The mean values of the predominance of positive or negative affect are reflected in Table 2.

Table 2

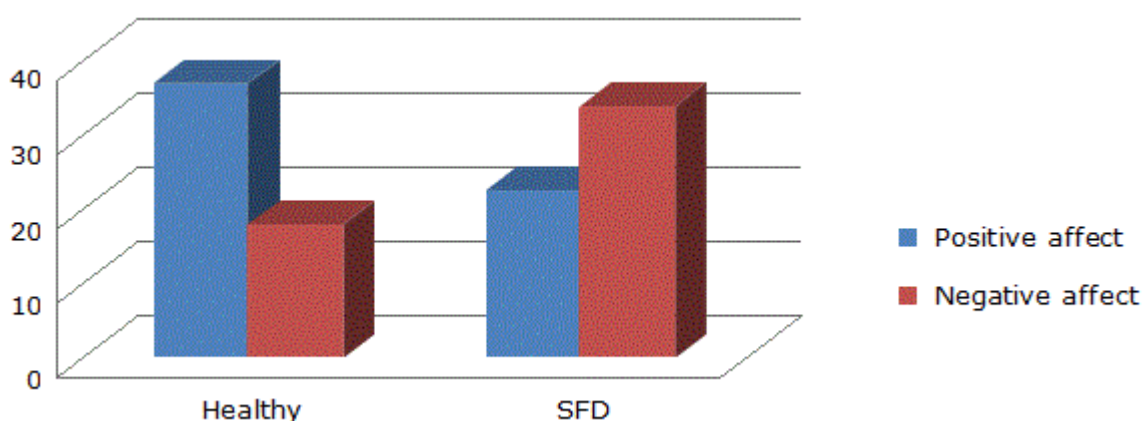
Indicators of positive and negative affect

	p-level	SFD		Healthy	
		Mean	SD	Mean	SD
Positive affect	0.004575	6.7	22.6	7.04	37.2
Negative affect	0.001629	5.7	34	4.5	18.25

Note: * – statistically significant differences; SD – standard deviation;
SFD – somatoform disorders.

The detected high level statistically significant differences allow us to state the relation between the situation of a somatoform disease and the predominance of a negative affect in the patient. The control group demonstrates a significant predominance of positive affect over the negative, which, in our opinion, can be to some extent considered the norm of a healthy attitudes.

The obtained data correlate with the results of the study of introceptive sensations, in which the predominance of anxious-phobic quality descriptors was revealed. During the process of clinical interview a predominance of negative affect, a sharp focus on the situation of the disease, problems of personal life, and the expression of fears about the future were also noted. Histogram 1 clearly demonstrates the results.



Histogram 1. Comparison of the results obtained in the mean values in the control and experimental groups according to the results of the SOPANA questionnaire.

The mean values of the predominance of positive or negative affect are shown in Table 3.

Table 3

The alexithymia index

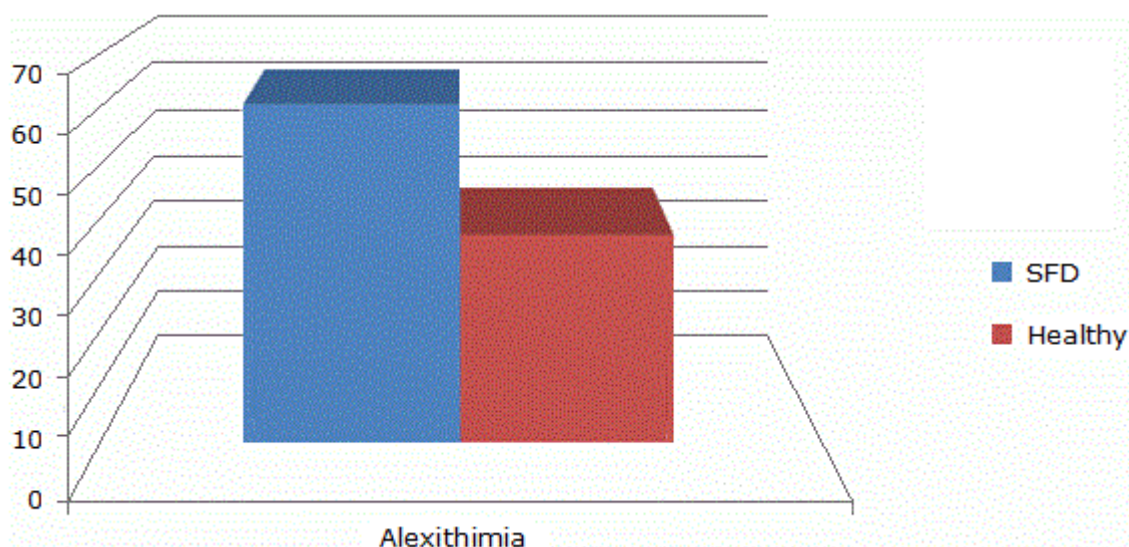
	p-level	Mean	
		SFD	Healthy
Alexithymia	0.001294*	63.375	39.625

Note: * – statistically significant differences; SD – standard deviation; SFD – somatoform disorders.

One can observe that differences in the level of alexithymia in patients with somatoform disorders and in healthy individuals are found at a high level of statistical significance.

It must be assumed that alexithymia and somatoform disorders play an important role in the traumatic experiences and attitudes towards emotions. It is after negative sensory bodily experience and negative affectivity that alexithymia acquires a persistent nature of somatized symptoms. Then there is a negative reinforcement, caused by chronic anxiety, accompanied and triggered by individual personality traits and prolonged state of distress (with various physical and social and psychological effects). After all, the disease is often preceded by stressful events or chronic overloads, which are expressed in the form of permanent conflicts, in the form of a long illness and/or death of a loved one, and adaptation to a new life situation is necessary. However, the patients themselves usually do not establish a connection between their illness and the high level of stress experienced, or they are sure that stress has contributed to the onset of a somatic disease, the nature of which specialists can not figure out.

Histogram 2 clearly demonstrates the results.



Histogram 2. Comparison of the results obtained in mean values on the alexithymia scale.

Comparison of the results obtained in the mean values for the indicators of the hardiness test are shown in Table 4.

Table 4

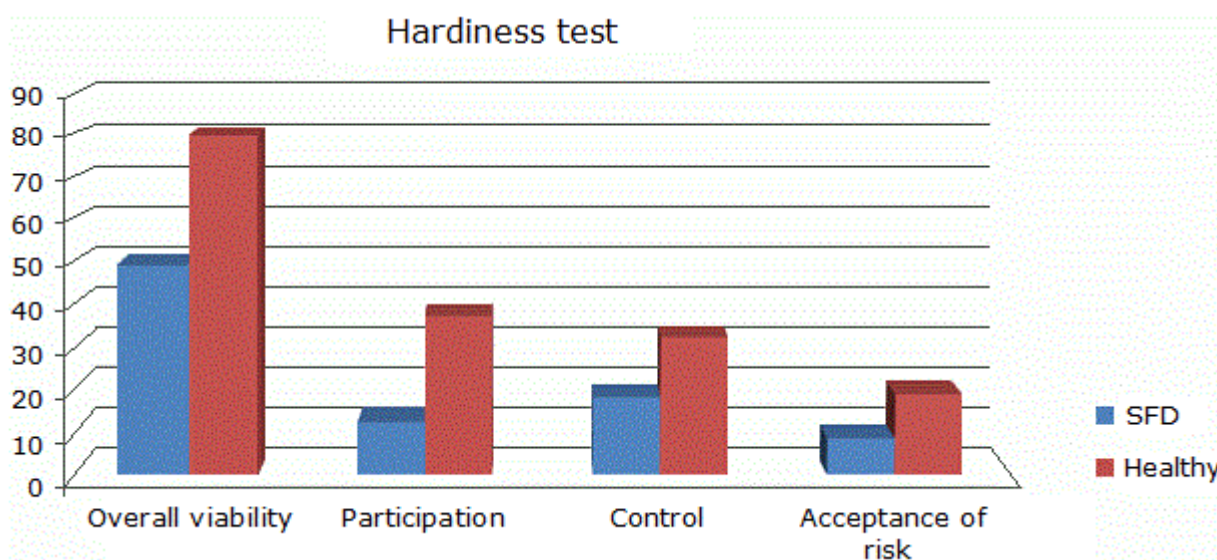
The indicators of the hardiness test

Indicator	p-level	SFD		Healthy	
		Mean	SD	Mean	SD
General hardiness	0.000778*	20.3	12.5	80.5	20.4
Involvement	0.002762*	12.75	6.0	38.12	7.7
Control	0.001629*	18.75	5.9	33.1	8.3
Acceptance of risk	0.001131*	8.875	4.7	19.25	5.0

Note: * — statistically significant differences; SD — standard deviation; SFD — somatoform disorders.

We obtained high level statistically significant differences both on the general level of hardiness and in all three of its individual components. This allows us to conclude that in the situation of a somatoform disorder the patient does not have the conviction that involvement in the event gives a chance to find something that is truly worthwhile and interesting for the person. They feel rejected, "outside" of life. Also, such patients do not believe that the struggle allows to influence the outcome of what is happening, even if this influence is not absolute, and success is not guaranteed. They find it difficult to extract experience, new knowledge and skills from positive or negative experiences. They feel rejected, passive against the fight against their disease.

Histogram 3 clearly demonstrates the results.



Histogram 3. Comparison of the results obtained in the mean values for the indicators of the hardiness test.

Conclusion

Examination of bodily experience in somatoform disorders in the context of a special life situation has shown that patients are characterized by increased attention to bodily sensations and a tendency to interpret them not as normal physiological reactions but as signs of pathology. Negative affect with difficulty in the expression of emotions predominates in the structure of bodily experience, and the indicator of hardiness is desadaptively low.

References

1. Beskova D.A., Tkhostov A.Sh. *Telesnost' kak prostranstvennaya struktura* [Corporeality as the spatial structure]. In: V.P. Zinchenko, T.S. Levi, eds. *Psikhologiya telesnosti mezhdushoi i telom* [The psychology of corporeality between body and soul]. Moscow, AST Publ., 2005, pp. 236–252.
2. Isaev D.N. *Emotsionalnyi stress, psikhosomaticheskie i somatopsikhicheskie rasstroistva u detei* [Emotional stress, psychosomatic and somatopsychic disorders in childhood]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2005. 400 p.
3. Kazakovtsev, B.A., Golland V.B., eds. *Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00 – F99). Klass V MKB-10, adaptirovanniy dlya ispolzovaniya v rossiiskoi federatsii* [Mental and behavioral disorders (F00 – F99). ICD-10 Class V, adapted for use in the Russian Federation]. Moscow, Minzdrav Rossii Publ., 1998.
4. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Somatization: modern interpretations, psychological patterns and psychotherapeutic methods. Part I. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*, 2008, no. 2, pp. 31–35 [in Russian].
5. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Scheib P., Wirsching M. Emotions and mental health in social and family context (on the model of somatoform disorders). *Med. psihol. Ross.*, 2011, no. 1 (6) [in Russian]. Available at: <http://www.mprj.ru> (accessed 7 December 2017).
6. Kvasenko A.V., Zubarev Yu.G. *Psikhologiya bol'nogo*. Leningrad, Meditsina Publ., 1980. 184 p.
7. Levi T.S. *Psikhologiya telesnosti v rakurse lichnostnogo razvitiya* [The psychology of corporeality from the perspective of personal development]. In: V.P. Zinchenko, T.S. Levi, eds. *Psikhologiya telesnosti mezhdushoi i telom* [The psychology of corporeality between body and soul]. Moscow, AST Publ., 2005, pp. 410–433.
8. Marilov V.V. *Chastnaya psikhopatologiya* [Specific psychopathology]. Moscow, Akademiya Publ., 2004. 400 p.
9. Nikolaeva V.V. *Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku* [The influence of chronic disorders on psyche]. Moscow, Mosk. gos. universitet Publ., 1987. 168 p.
10. Nikolaeva V.V., Arina A.G. Principles of syndrome analysis in the psychology of corporeality. In: Khomskaya E.D., Akhutina T.V., eds. *I mezhdunarodnaya konferentsiya pamyati A.R. Luriya: sbornik dokladov* [I International conference in memory of A.R. Luria: collection of reports]. Moscow, 1998, pp. 75–82 [in Russian].
11. Perezhogin L.O. *Somatoformnye rasstroistva. diagnostika, lechenie, profilaktika* [Somatoform disorders. Diagnosis, treatment, prophylaxis]. Moscow, 2015. 22 p.
12. Pogosov A.V., Pogosova I.A., Bogushevskaya Yu.V. *Psikhosomaticheskie rasstroistva* [Psychosomatic disorders]. Kursk, Kursk. gos. universitet Publ., 2008. 212 p.
13. Shtrakhova A.V., Kulikova E.V. Psychodynamic aspect of the study of personality structure as a risk factor of psychosomatic disorders. Part I. *Vestnik YuUrGU. Seriya: Psikhologiya*, 2012, no. 31, pp. 97–104 [in Russian].
14. Simanenkova V.I., ed. *Psikhosomaticheskie rasstroistva v praktike terapevta* [Psychosomatic disorders in general practice]. St. Petersburg, Spetslit Publ., 2008. 335 p.
15. Smulevich A.B. Psychosomatic disorders (clinic, therapy, organization of health care provision). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina*, 2000, no. 2, pp. 36–40 [in Russian].

16. Vasilenko T.D. *Zhiznennyi put' lichnosti: vremya i smysl chelovecheskogo bytiya v norme i pri somaticheskoi patologii* [An individual's life path: time and meaning of a human being under normal conditions and in cases of somatic pathology]. Kursk, Kursk. gos. universitet Publ., 2011. 575 p.

17. Vasilenko T.D. The psychology of corporeality: procedural meaning-based approach. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*, 2013, no. 4, pp. 49–55 [in Russian].