

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УДК 159.974.2

## ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ ТЕЛЕСНОСТИ ПРИ НЕБРЕДОВОЙ ИПОХОНДРИИ

Т.А. Желонкина, С.Н. Ениколопов, Б.А. Волель

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук (Москва, Россия)

**Аннотация.** Ввиду недостаточности психологических работ, посвященных изучению взаимосвязи восприятия тела и ипохондрических состояний, было проведено исследование особенностей внутренней телесности у пациентов, имеющих небредовую ипохондрическую симптоматику, и здоровых лиц. Показана дифференцированная когнитивная репрезентация телесного опыта и эмоциональное принятие тела в контрольной группе. Пациенты с ипохондрическим расстройством наряду с дифференцированностью когнитивной репрезентации внутреннего тела отличались эмоциональной нестабильностью в отношении тела: принятием и неудовлетворенностью телесными ощущениями. Когнитивная репрезентация внутреннего тела у больных с шизотипическим расстройством личности и небредовой ипохондрической симптоматикой связана с восприятием тела как неэффективного инструмента функционирования во внешнем мире, пациенты отчуждены от своего тела, в связи с чем телесные сенсации вызывают тревогу о здоровье и страх смерти.

**Ключевые слова:** внутренняя телесность; тревога о здоровье; небредовая ипохондрия; ипохондрическое расстройство; шизотипическое расстройство личности.

Ипохондрические состояния занимают особое место в клинической психиатрии и психологии. Несмотря на ряд психиатрических работ, посвященных этой проблематике [1–5], исследование ипохондрий в психологической парадигме не является столь обширным. Вместе с тем актуальным представляется выявление психологических факторов генеза и развития ипохондрий, что необходимо для лучшего понимания механизмов формирования ипохондрии и выбора наиболее подходящего пути помощи таким больным.

Ипохондрическое расстройство в соответствии с МКБ-10 относится к регистру невротических расстройств и интерпретируется как вариант соматоформных расстройств. Согласно МКБ-10 отличительной чертой расстройства являются тревога и страх наличия серьезного заболевания. По данным исследований последних лет [4, 6, 7], подоб-

ная характеристика ипохондрического расстройства является чрезмерно обширной, недостаточно квалифицирующей границы и варианты ипохондрических расстройств. Изучение небредовой ипохондрии (НИ) с клинико-психиатрических позиций позволяет определить это расстройство как «самостоятельное психопатологическое образование, формирующееся в результате перекрывания двух рядов – коэнестезиопатического и сопряженного с ним нарушения телесного самосознания личности (соматоперцептивная психопатия)» [7. С. 310].

В психологии также исследуется связь ипохондрических состояний и восприятия тела [8–13]. Большая часть зарубежных концепций в основе ипохондрии видит нарушение когнитивного процесса интерпретации телесных симптомов. А. J. Barsky, G. Wyshak [14] предложили конструкт «соматосенсорной амплификации», суть которого заключается в особом, настороженном наблюдении за телесными проявлениями и дальнейшем искаженном толковании полученной информации. Согласно когнитивно-бихевиоральной модели в основе ипохондрии лежат дисфункциональные убеждения о здоровье и болезни, ввиду которых любые телесные проявления трактуются как угрожающие жизни, а эмоциональное состояние характеризуется повышенной тревогой в отношении здоровья («health anxiety») [15–17].

В отечественной клинической психологии изучение телесности, связи восприятия тела и ипохондрических состояний традиционно базируется на методологии культурно-исторического подхода [18]. Телесность трактуется как означенный опыт интрацептивных ощущений, формирующийся под влиянием социокультурных факторов [9, 10, 19]. Конструкт внутренней телесности как совокупности представлений и репрезентации знаний о своем внутреннем теле также указывает на тесную связь с интрацептивными ощущениями и их метафоричностью [11]. Подразумевая, таким образом, когнитивную схему телесного опыта, внутренняя телесность тем не менее, в отличие от конструкта «соматосенсорной амплификации», включает в себя аффективные компоненты и фантазийные образы. В таком случае эмоциональный компонент отношения к телу представляет собой континуум от принятия своего тела (эго-синтонность, «Я есть тело») до отчуждения от него (эго-дистонность, «У меня есть тело») [11].

Наряду с проведенными исследованиями внутренней телесности [11, 12, 19, 20] обнаруживается дефицит исследований, направленных на изучение эмоционального отношения к телу и репрезентации телесного опыта через образные, невербальные представления у пациентов с НИ.

В основу рабочей гипотезы положено представление о неоднородной структуре внутренней телесности, состоящей не только из когнитивных репрезентаций, но и эмоциональных компонентов. Гипотезой исследования стало предположение о наличии различий в когнитивной репрезентации и аффективном компоненте внутреннего телес-

ного опыта у больных с НИ и здоровых лиц. При этом предполагается гетерогенность типов восприятия тела среди пациентов, что в том числе связано с клиническими формами проявления НИ.

Целью данного исследования стало изучение особенностей телесной сферы больных, имеющих небредовую ипохондрическую симптоматику.

В соответствии с целью исследования был поставлен ряд задач:

1. Выявление нормальной когнитивной репрезентации и аффективного компонента внутренней телесности.
2. Выявление особенностей когнитивной репрезентации и аффективного компонента внутренней телесности у больных с НИ.
3. Определение типов восприятия тела среди пациентов с НИ.

### **Материалы и методы исследования**

*Критерии включения.* Экспериментальную группу составили 30 пациентов, имеющих небредовую ипохондрическую симптоматику, у 23 – в рамках шизотипического расстройства личности (ШРЛ) (F21.8 по МКБ-10), у 7 – в структуре ипохондрического расстройства (ИР) (F45.2). Небредовая ипохондрическая симптоматика реализовалась в форме выраженной тревоги за здоровье, панических атак, настороженного наблюдения за своим телом и восприятия телесных ощущений как признака наличия или развития серьезного заболевания. Больные находились на лечении в отделениях по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАМН, профессор А.Б. Смулевич) НЦПЗ РАМН (директор – академик РАМН, профессор А.С. Тиганов). В группу вошли пациенты в возрасте от 19 до 62 лет, 16 мужчин, 14 женщин.

*Критерии исключения.* В исследование не вошли больные, имеющие органические психические расстройства (F00-F09), расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19), шизофрению и бредовые расстройства (F20, F22-F29), умственную отсталость (F70-F79).

Группу сравнения составили 30 человек, не обращавшихся за помощью психиатра и не имевших соматических жалоб на момент обследования. Контрольная группа была аналогична экспериментальной по межполовому, возрастному и количественному составам.

В ходе исследования с испытуемыми проводилась клиническая беседа, направленная на уточнение их отношения к телу. Затем испытуемым предлагалось выполнить ряд методик:

1. Методики, направленные на оценку когнитивной репрезентации «внутреннего тела»:

а) САВАh (Cognition about Body and Health Questionnaire – Опросник когнитивных установок о теле и здоровье) [21] для выявления особен-

ностей отношения к болезни, здоровью и телу (в настоящее время проводится адаптация русскоязычной версии методики совместно с канд. психол. наук, м.н.с. НЦПЗ РАМН Е.И. Рассказовой). Опросник включает шкалу соматосенсорной амплификации (в настоящее время проводится адаптация русскоязычной версии методики совместно с канд. психол. наук, м.н.с. НЦПЗ РАМН Е.И. Рассказовой);

б)  $HAQ^*$  (Health Anxiety Questionnaire – Опросник тревоги о здоровье) [16] применялся для оценки уровня тревоги о здоровье, выраженности страха смерти, выявления здоровьесберегающего поведения;

в) SHAI (Short Health Anxiety Inventory – Краткий опросник тревоги о здоровье) [15] использовался для выявления уровня тревоги о здоровье, бдительности к телесным сенсациям. Методика переведена на русский язык и адаптирована нами и коллегами, психометрический анализ русскоязычной версии опросника показал пригодность методики для оценки конструкта тревоги о здоровье [22];

г) методика «Сегменты» [23]. Испытуемому предлагался рисунок человека, разделенный на 13 областей. С помощью процедуры попарного сравнения пациенты последовательно выбирали из двух возможных ту зону тела, которую считали наиболее важной и значимой в теле человека.

2. Методика, направленная на изучение аффективного компонента внутренней телесности, а именно: «Цветовой тест отношений» [24], в рамках которого проводилось косвенное (невербальное) исследование эмоционального отношения к телу (принятия-отвержения), неосознаваемое представление о здоровье и болезни.

3. Телесность как одна из базовых структур личности, формирующаяся в течение всего жизненного пути, оказывает особое влияние на личность в целом. В этой связи в исследование были включены методики, направленные на изучение личности:

а) пятифакторный опросник «NEO-FFI» [25] в адаптации С.Д. Бирюкова, М.В. Бодунова для оценки базовых личностных факторов;

б) методика оценки личностной и ситуативной тревожности [26] в адаптации Ю.Л. Ханина [27];

в) методика «Индекс жизненного стиля» [28] в адаптации Е.С. Романовой и Л.Р. Гребенникова [29] для диагностики защитных механизмов личности.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS19. Для выявления значимых различий использовался непараметрический критерий Манна–Уитни, достоверным признавался уровень  $p < 0,05$ .

## **Результаты исследования**

Изучение когнитивной репрезентации тела с помощью опросника САВАh позволило выделить следующие особенности восприятия тела

у пациентов с НИ в сравнении с контрольной группой: достоверно выше для больных с НИ оказались значения по шкалам «Непереносимость телесных ощущений» и «Соблюдение здорового образа жизни» (рис. 1). Результаты согласуются с данными, полученными W. Rief и W. Hiller [21], в соответствии с которыми для больных ипохондрией характерен специфический когнитивный стиль – нетерпение к телесным ощущениям, что определяет постоянный поиск медицинской помощи («doctor-shopping»).

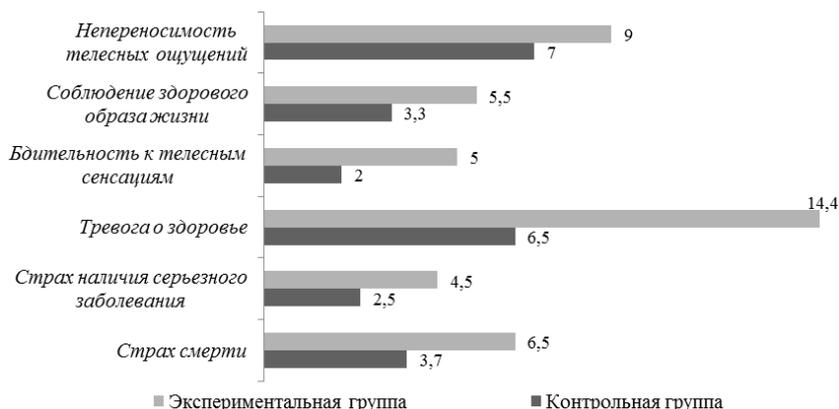


Рис. 1. Достоверные различия средних значений по опросникам SAVAh, SHAI, NAQ между экспериментальной и контрольной группами

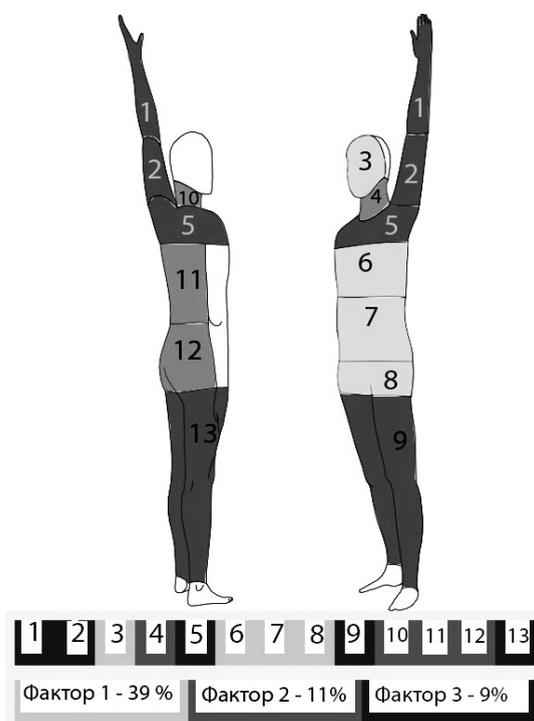
Помимо непереносимости телесных ощущений, в когнитивной структуре внутренней телесности пациентов НИ выражена более высокая бдительность и настороженность к телесным ощущениям (SHAI). По результатам исследования А.А. Abramowitz [15], бдительность к телесным проявлениям становится триггерным механизмом тревоги о здоровье. В данном исследовании получены результаты, подтверждающие это предположение: уровень тревоги о здоровье оказался значимо выше в экспериментальной группе (рис. 2). Характерными для пациентов НИ оказались страх наличия серьезного заболевания и его последствий, а также более высокие значения по шкале страха смерти (NAQ). Достоверных различий по шкале соматосенсорной амплификации обнаружено не было.

Изучение представлений о субъективной значимости отдельных телесных зон проводилось с использованием методики «Сегменты». При сравнении контрольной и группы пациентов с ИР достоверных различий обнаружено не было. Восприятие значимости телесных зон в группе больных ШРЛ имело ряд особенностей по сравнению с группой здоровых лиц. Так, области, содержащие жизненно важные органы, – грудная клетка, живот, голова – обладали меньшей значимостью для лиц с ШРЛ.

Для получения схемы репрезентации «внутреннего тела» по результатам методики проводился эксплораторный факторный анализ с применением косоугольного вращения. Использование данного статистического метода позволило объединить предъявляемые в методике 13 телесных зон в группы (или факторы), которые, предположительно, входят в структуру «внутреннего тела». Факторный анализ данных группы здоровых лиц позволил выделить трехфакторную структуру, объясняющую 58,8% дисперсии (табл. 1). Первый фактор объединил области, содержащие жизненно важные органы (голова, грудная клетка, область живота), второй – область шеи, спины, третий – плечевой пояс, области рук и ног.

Т а б л и ц а 1

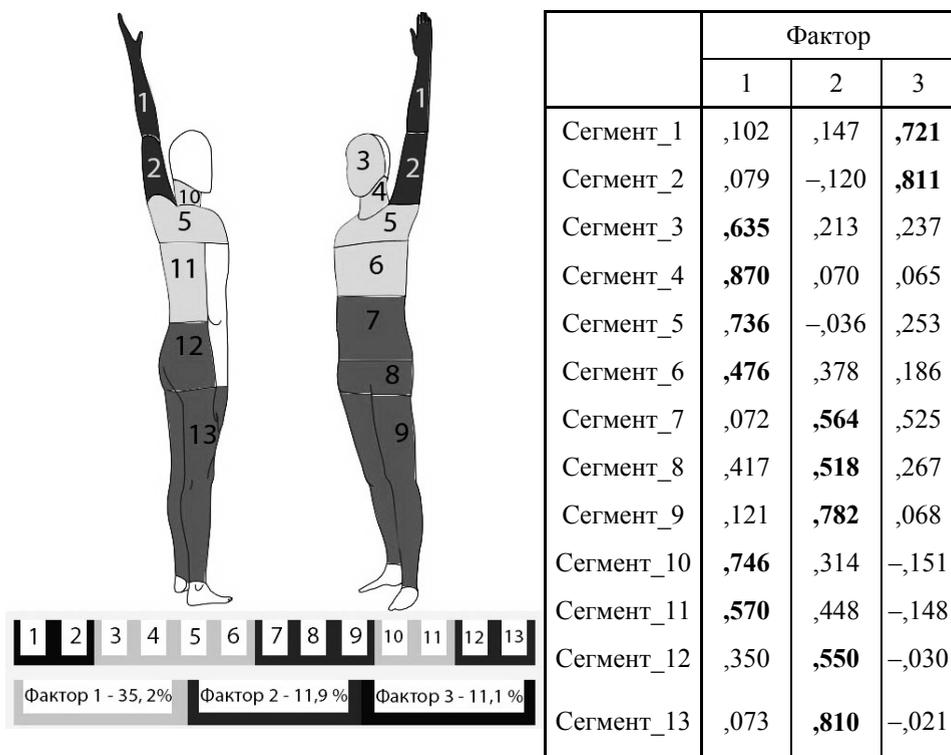
**Результаты факторного анализа в группе здоровых лиц:  
объединение переменных в факторы, таблица факторных нагрузок**



	Фактор		
	1	2	3
Сегмент_1	,115	-,225	<b>,806</b>
Сегмент_2	-,087	-,056	<b>,665</b>
Сегмент_3	<b>,824</b>	-,003	,101
Сегмент_4	,336	<b>,727</b>	,163
Сегмент_5	,142	,231	<b>,679</b>
Сегмент_6	<b>,620</b>	,097	,381
Сегмент_7	<b>,695</b>	,243	,290
Сегмент_8	<b>,745</b>	,313	,024
Сегмент_9	,269	,370	<b>,733</b>
Сегмент_10	,256	<b>,725</b>	,169
Сегмент_11	,464	<b>,542</b>	,324
Сегмент_12	,210	<b>,451</b>	,291
Сегмент_13	,160	,399	<b>,529</b>

Схожая структура была получена на выборке пациентов ИР (табл. 2). Три фактора объясняли 58,2% дисперсии; в состав первого вошли области, содержащие жизненно важные органы, – область головы, шеи, плечевого пояса, грудной клетки и спины, второго – зоны живота и ног, третьего – области рук.

**Результаты факторного анализа в группе пациентов с ипохондрическим расстройством: объединение переменных в факторы, таблица факторных нагрузок**



Факторная структура для больных ШРЛ оказалась отличной от предыдущих групп и объясняла 67,1% дисперсии. При этом первый фактор включил в себя зоны рук и ног, второй – области шеи, плечевого пояса, грудной клетки и живота, третий – область головы (табл. 3).

Такое распределение телесных зон и выделение области головы как отдельного фактора позволяет предположить, что для этой группы пациентов тело представляет собой отчужденный объект, инструмент для функционирования во внешнем мире. Данное предположение подтвердилось при исследовании аффективного компонента внутренней телесности.

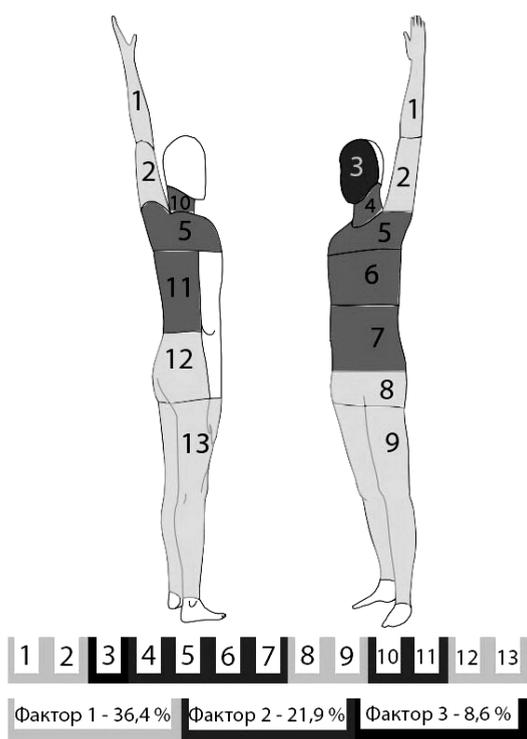
По результатам применения методики «Цветовой тест отношений» (табл. 4) при подборе цветов для категорий «тело» испытуемые контрольной группы выбирали основные цвета (преимущественно красный и желтый), пациенты ИР – основные контрастные цвета (желтый и синий). В группе больных ШРЛ дополнительный цвет (серый) встречался наряду с основными цветами (красный).

Категория «здоровье» представлена основными цветами в группах здоровых лиц и больных с ИР (желтый, красный и зеленый). Для

этой категории в группе больных ШРЛ преобладают дополнительные цвета (серый и фиолетовый).

Т а б л и ц а 3

**Результаты факторного анализа в группе пациентов с шизотипическим расстройством личности: объединение переменных в факторы, факторные нагрузки**



	Фактор		
	1	2	3
Сегмент_1	,804	,070	,225
Сегмент_2	,474	,292	,116
Сегмент_3	,219	,009	,867
Сегмент_4	,165	,793	-,084
Сегмент_5	,050	,788	,260
Сегмент_6	-,384	,702	,328
Сегмент_7	,396	,529	,470
Сегмент_8	,645	,296	,250
Сегмент_9	,856	-,199	,212
Сегмент_10	,061	,894	-,037
Сегмент_11	,493	,665	-,198
Сегмент_12	,748	,180	-,043
Сегмент_13	,791	-,035	-,005

Т а б л и ц а 4

**Основной цвет для категории и процент респондентов, выбравших этот цвет как ведущий при выполнении методики ЦТО**

Респонденты	Оцениваемые категории		
	Тело	Здоровье	Болезнь
Пациенты с диагнозом шизотипическое расстройство личности	Красный / серый	Серый / фиолетовый	Черный / серый
	33%	24%	44%
Пациенты с диагнозом ипохондрическое расстройство	Желтый / синий	Желтый / красный	Черный / коричневый
	20%	39%	48%
Здоровые испытуемые	Красный / желтый	Зеленый	Черный
	45%	63%	84%

Во всех группах категория «болезнь» представлена черным цветом, вместе с тем среди пациентов ШРЛ наряду с черным доминирующим цветом является серый, который встречается в цветовом выборе всех остальных категорий этой группы.

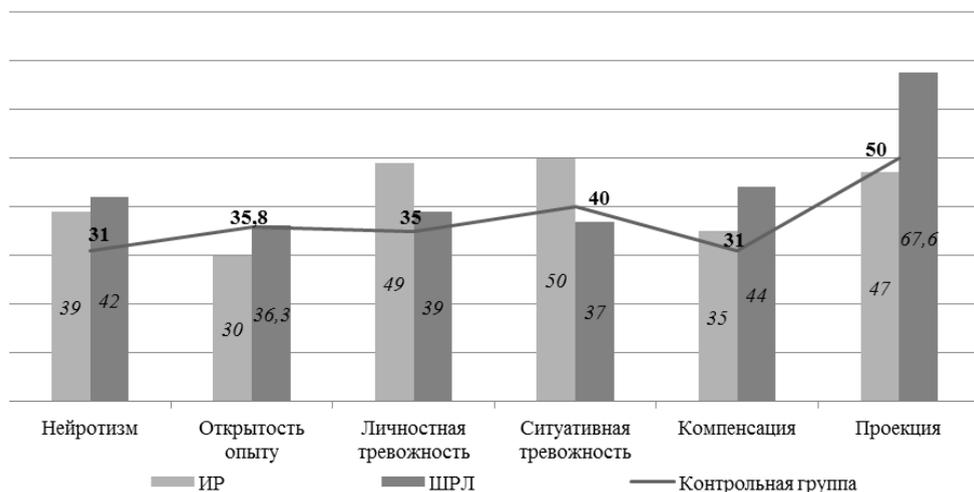


Рис. 2. Достоверные различия средних значений по личностным опросникам – пятифакторному, личностной и ситуативной тревожности, защитных механизмов личности – между контрольной группой и группами пациентов ИР и ШРЛ

Для каждой группы больных были определены особенности личностной структуры. В сравнении с группой здоровых лиц все пациенты экспериментальной группы отличались значимо более высокими значениями по фактору «нейротизм» пятифакторного опросника «NEO-FFI». Пациенты ИР имели достоверно более высокие значения по шкалам ситуативной и личностной тревожности опросника Спилбергера–Ханина и более низкие значения по фактору «открытость опыту» пятифакторного опросника «NEO-FFI». Больные ШРЛ отличались более высокими значениями по защитным механизмам компенсации и проекции опросника «Индекс жизненного стиля».

### Обсуждение результатов

В структуре нормальной репрезентации внутреннего телесного опыта когнитивная схема тела отражает значимость телесных зон в соответствии с расположением жизненно важных органов, т.е. телесный образ структурирован и достаточно дифференцирован. Обыденные телесные сенсации не вызывают тревоги. Эмоциональное отношение к телу характеризуется принятием, эго-синтонностью, близостью к полюсу «Я есть тело». Таким образом, тело для здоровых испытуемых представляет собой освоенный и понятный инструмент взаимодействия с внешним миром, источник внутренних ощущений и удовольствия.

Результаты исследования репрезентации внутреннего тела среди пациентов с ипохондрическим расстройством оказались схожи с восприятием тела здоровыми испытуемыми. В когнитивной схеме тела большая значимость приписывается тем зонам, которые содержат жизненно важные органы. Вместе с тем по результатам теста цветовых отношений можно предположить, что эмоциональное отношение к телу характеризуется амбивалентностью и нестабильностью: наряду с принятием своего тела отмечается неудовлетворенность им и желание «освободиться» от телесных ощущений. Эти данные подтверждаются результатами опросника САВАh – повышением значений по шкале «Непереносимость телесных проявлений», что доказывает предположение о существовании специфического соматического стиля у этих больных. Согласно когнитивно-бихевиоральной модели такой стиль в сочетании с высокой бдительностью к телесным сенсациям и неадекватным представлением о здоровье и болезни становится механизмом, запускающим тревогу о здоровье. Ипохондрия в рамках описываемой модели понимается как разновидность тревожного расстройства. Таким образом, можно предположить существование predisposиционной личности, характеризующейся высокой тревожностью. В данном исследовании было обнаружено, что для больных с НИ характерным является достоверно более высокий уровень нейротизма, для больных с ИР – повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности, закрытость для нового опыта. Результаты перекликаются с полученными данными в исследовании Г.Е. Рупчева [11]. Было показано, что больные с соматоформными расстройствами имеют особенности predisposиционной личности: эмоционально-личностную незрелость, высокий уровень тревожности, несформированность процессов саморегуляции. Вместе с тем вопрос о роли феномена амбивалентного отношения к телу и специфического соматического стиля в формировании ипохондрий остается открытым.

Данные особенности могут выступать в разной роли по отношению к ИР: быть первичным образованием, определяющим специфику восприятия тела и дальнейшее развитие ипохондрической симптоматики, или быть коморбидным образованием при ИР.

Внутренний телесный опыт пациентов с шизотипическим расстройством личности имеет свои особенности когнитивной репрезентации тела, эмоционального отношения к нему, поведенческих паттернов и представлений о здоровье и болезни. По результатам факторного анализа можно предположить, что у данных больных происходит «расщепление», отчуждение от тела: голова не объединяется с другими телесными зонами, является отдельным фактором, а репрезентация тела в сознании представлена особым образом. Выбор конечностей как наиболее значимых телесных зон связан, вероятно, с восприятием тела как инструмента для функционирования во внешнем мире. Остальное

тело в таком случае приобретает параметры постороннего, неизвестного и непредсказуемого объекта, т.е. ощущения в теле для такого больного трудно дифференцируемы и малопонятны. Другими словами, пациент эго-дистонен к своему телесному опыту, его отношение к своему телу ближе к полюсу «У меня есть тело». Для пациента с таким образом внутреннего тела происходящие в организме процессы непонятны, вызывают страх и могут восприниматься как угрожающие жизни и здоровью (выраженный страх смерти), что обуславливает повышение бдительности к телесным проявлениям и непереносимость телесных ощущений. Выбор серого цвета в Цветовом тесте отношений может свидетельствовать о попытке изоляции от тревоги, вызванной ощущениями в теле, негативном отношении к телу и восприятию его как неудобного и несовершенного инструмента для функционирования во внешнем мире. Аналогичные результаты, связанные с выбором серого цвета, были получены А.С. Султановой [30] на выборке раненых с фантомно-болевыми синдромами, что объяснялось трудностями в овладении собственным телом, восприятием тела как препятствия в достижении некоторых потребностей. Вероятно, подобные трудности в овладении телом испытывают больные с шизотипическим расстройством личности.

Анализ категорий «здоровье» и «болезнь» позволил определить, что для контрольной группы и пациентов с ИР эти категории представляют собой два противоположных полюса, в группе больных с ШРЛ эти понятия являются размытыми, недостаточно сформированными и определенными. Таким образом, ощущения в теле для этих больных не могут быть определены к какому-то из полюсов, а в сочетании с недостаточной освоенностью своего тела вызывают повышение тревоги о здоровье и обуславливают некоторые особенности поведения таких больных (поиск медицинской помощи, избегание ситуаций, способных прямо или косвенно отразиться на состоянии здоровья). Использование защитных механизмов проекции и компенсации в этом случае может трактоваться как способ совладания с тревогой в отношении тела и здоровья.

Описанные особенности внутренней телесности среди разных нозологических групп указывают на гетерогенность генеза небредовой ипохондрической симптоматики и необходимость дальнейших исследований для понимания роли психологических факторов в формировании ипохондрических состояний.

### **Заключение**

Внутренняя телесность, представляя собой сложную, неоднородную структуру, в состав которой входят как когнитивная репрезентация телесного опыта, так и эмоциональное отношение к телу, имеет свои особенности у здоровых лиц и пациентов с небредовой ипохон-

дрий. Когнитивная репрезентация телесного опыта в норме характеризуется дифференцированностью и сформированностью, эмоциональное отношение к телу – принятием. У больных с ипохондрическим расстройством достаточно дифференцированная когнитивная репрезентация телесного опыта сочетается с амбивалентным эмоциональным отношением к телу. Когнитивная схема внутреннего тела пациентов с шизотипическим расстройством личности характеризуется отчуждением от тела, восприятием его как неэффективного и несовершенного инструмента для функционирования во внешнем мире. Эмоциональный компонент связан с трудностями в понимании телесных сенсаций, что вызывает страх и тревогу в отношении здоровья.

Неоднородность типов восприятия тела дает возможность предположить, что при небредовой ипохондрии формирование отношения к телу имеет разные механизмы. Для проверки данной гипотезы актуальным представляется дальнейшее изучение телесности при различных психических заболеваниях.

### Литература

1. Романов Д.В. Экзистенциальные кризисы в дебюте небредовой ипохондрии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.
2. Павлова Л.К. Ипохондрические ремиссии при шизофрении (клиника, типологическая дифференциация, терапия) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
3. Смуглевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. М. : МЕДпресс-информ, 2009.
4. Волель Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009.
5. Андриющенко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011.
6. Серебрякова Е.В. Небредовая ипохондрия (коэнестезиопатия) при шизотипическом расстройстве личности и шизофрении : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.
7. Смуглевич А.Б., Волель Б.А. Психопатологические аспекты небредовой ипохондрии // Психические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАМН А.Б. Смуглевича. М. : МЕДпресс-информ, 2011. С. 310–333.
8. Barsky A.J., Klerman G.L. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles // American Journal of Psychiatry. 1983. № 140. P. 273–283.
9. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник МГТУ. Сер. 14. Психология. 1996. № 2. С. 8–18.
10. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987.
11. Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2000.
12. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М. : Смысл, 2002.
13. Abramowitz J.S., Moore E.L. An experimental analysis of hypochondriasis // Behaviour Research and Therapy. 2007. Vol. 45. P. 413–424.
14. Barsky A.J., Wyshak G., Herman O.L. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis // Journal of Psychiatric Research. 1990. Vol. 4. P. 323–334.

15. *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 Research*. 2007. № 31. P. 871–883.
16. *Lucock M.P., Morley S.* The Health Anxiety Questionnaire // *British Journal of Health Psychology*. 1996. Vol. 1. P. 137–150.
17. *Salkovskis P.M., Rimes K.A., Warwick H.M., Clark D.M.* The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis // *Psychological Medicine*. 2002. Vol. 32. P. 843–853.
18. *Выготский Л.С.* Собр. соч. : в 6 т. М., 1982. Т. 1.
19. *Тхостов А.Ш., Райzman Е.М.* Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект // *Психологический журнал РАН*. 2005. Т. 25, № 2.
20. *Бескова Д.А.* Клинико-психологические характеристики внешней и внутренней границ телесности : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2006.
21. *Rief W., Hiller W., Margraf J.* Cognitive Aspects of Hypochondriasis and the Somatization Syndrome // *Journal of Abnormal Psychology*. 1998. Vol. 4. P. 587–595.
22. *Желонкина Т.А., Ениколопов С.Н., Ермушева А.А.* Адаптация русскоязычной версии методики Р. Salkovskis «Краткий опросник тревоги о здоровье» (Short Health Anxiety Inventory) // *Теоретическая и экспериментальная психология*. 2014. Т. 7, № 1.
23. *Саламова Д.К., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н.* «Сегменты» – метод исследования телесного образа «Я» // *Сексология и сексопатология*. 2003. № 5. С. 11–18.
24. *Эткинд А.М.* Цветовой тест отношений // *Общая психодиагностика*. М., 1987. С. 221–227.
25. *McCrae R.R., Costa P.T.* Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. Vol. 52(1). P. 81–90.
26. *Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E.* Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto CA : Consulting Psychologists Press, 1970. P. 1–23.
27. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л. : ЛНИИТЕК, 1976.
28. *Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R.* A structural theory of ego defenses and emotion / ed. by С.Е. Izard // *Emotions in personality and psychopathology*. N.Y., 1979. P. 229–257.
29. *Романова Е.С., Гребенников Л.Р.* Механизмы психологической защиты: Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи, 1996. С. 20.
30. *Султанова А.С.* Особенности образа тела у раненых с фантомно-болевым синдромом при ампутации конечностей // *Психология телесности: между душой и телом* / ред. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М. : АСТ, 2007. С. 281–294.

**ЖЕЛОНКИНА Татьяна Андреевна**, аспирант отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук (г. Москва).

E-mail: t.zhelonkina@gmail.com

**ЕНИКОЛОПОВ Сергей Николаевич**, кандидат психологических наук, руководитель отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук (г. Москва).

E-mail: enikolopov@mail.ru

**ВОЛЕЛЬ Беатриса Альбертовна**, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук (г. Москва).

E-mail: beatrice.volel@gmail.com

## BODY PERCEPTION IN NON-DELUSIONAL HYPOCHONDRIASIS

Zhelonkina Tatiana A., Enikolopov Sergey N., Volel' Beatrice A. The mental health research center of the Russian Academy of Medical Sciences (Moscow, Russian Federation).  
E-mail: t.zhelonkina@gmail.com; enikolopov@mail.ru; beatrice.volel@gmail.com

**Keywords:** body perception; health anxiety; non-delusional hypochondriasis; hypochondriasis; schizotypal personality disorder.

### Abstract

Non-delusional hypochondriasis (NH) is an actual field of research in psychology and psychiatry. According to existing data, body perception plays a significant role in origin of NH. Also the theoretical review has revealed the lack of psychological studies, capable to describe personal features of body perception among people with NH. In this connection, we researched the body perception in NH. It was hypothesized that body perception is different in the group of patients with NH. The aim of the study was to find out and to describe the personal features of body perception of healthy people and patients with NH. The sample with NH was divided into two groups depending on nosological diagnosis. The first group (n=7) consisted of patients with diagnosis «Hypochondriasis» (HD) (F 45.2, ICD-10), the second group (n=23) included patients with «Schizotypal personality disorder» (SPD) (F 21.8, ICD-10). People from the control group haven't had any somatic complaints and have never visited psychiatrist. The choice of research methods was determined by the possibility of estimate the cognitive schema of body and the emotional component of body perception. The structure of cognitive schema was measured by Cognition about Body and Health Questionnaire (CABA<sub>H</sub>, W. Rief, 1998), Health Anxiety Questionnaire (HAQ, M. Lucock, 1996), Short Health Anxiety Inventory (SHAI, P. Salkovskis, 2002), «Segments» (Salamova D.K., Dvoryanchikov N.V., Enikolopov S.N., 2003). The emotional component of body perception was measured by using the Color Test (Etkind A.M., 1987). Also the personality characteristics were estimated by using NEO Five-Factor Inventory (McCrae R.R., Costa, P.T., 1987), State-trait anxiety inventory (Spielberger C.D., 1970), Life Style Index (Plutchik R., Kellerman H., 1979). The data was processed with SPSS 19. The analysis allowed to describe the special features for all three groups. The control group has showed the low level of health anxiety. Cognitive schema of body had a defined structure, the body was emotionally accepted. Patients with HD and SPD had the higher level of health anxiety and high scores by the factors «Body Vigilance», «Intolerance to bodily complaints», «Health habits». According to cognitive-behavioral approach the hypochondriasis is triggered by vigilance to bodily sensations. In combination with intolerance to bodily complaints it could increase the level of health anxiety. Patients with HD had a defined structure of cognitive body schema, though the emotional component was unstable. In spite of emotional acceptance of body patients was dissatisfied with bodily sensations. Patients with SPD had an undefined cognitive body representation, they perceived the body as an inconvenient instrument and emotionally repudiated the body. In connection with it any bodily sensations could cause state anxiety, health anxiety and fear of death. The results could become the basis for further researchers of body perception as one of the psychological factors in origin of NH.

### References

1. Romanov D.V. *Ekzistentsial'nye krizy v debyute nebredovoy ipokhondrii: avtoref. dis. kand. med. nauk* [Existential crises in the debut of non-delusional hypochondria. Abstract of Medicine Cand. Diss.]. Moscow, 2008.
2. Pavlova L.K. *Ipokhondricheskie remissii pri shizofrenii (klinika, tipologicheskaya differentsiatsiya, terapiya): avtoref. dis. kand. med. nauk* [Hypochondriacal remission in

- schizophrenia (clinical findings, typological differentiation, therapy). Abstract of Medicine Cand. Diss.]. Moscow, 2009.
3. Smulevich A.B. *Psikhopatologiya lichnosti i komorbidnykh rasstroystv* [Psychopathology of personality and comorbid disorders]. Moscow: MED-press-inform Publ., 2009. 202 p.
  4. Volel' B.A. *Nebredovaya ipokhondriya pri somaticheskikh, psikhicheskikh zabolovaniyakh i rasstroystvakh lichnosti (psikhosomaticheskie sootnosheniya, psikhopatologiya, terapiya)*: avtoref. dis. d-ra med. nauk [Non-delusional hypochondria with somatic, mental and personality disorders (psychosomatic relations, psychopathology, therapy). Abstract of Medicine Doc. Diss.]. Moscow, 2009.
  5. Andryushchenko A.V. *Psikhicheskie i psikhosomaticheskie rasstroystva v uchrezhdeniyakh obshchesomaticheskoy seti (kliniko-epidemiologicheskie aspekty, psikhosomaticheskie sootnosheniya, terapiya)*: avtoref. dis. d-ra med. nauk [Mental and psychosomatic disorders in somatic networks (clinical and epidemiological aspects, psychosomatic relations, therapy). Abstract of Medicine Doc. Diss.]. Moscow, 2011.
  6. Serebryakova E.V. *Nebredovaya ipokhondriya (koenesteziopatiya) pri shizotipicheskoy rasstroystve lichnosti i shizofrenii*: avtoref. dis. kand. med. nauk [Non-delusional hypochondria with schizotypal personality disorder and schizophrenia. Abstract of Medicine Cand. Diss.]. Moscow, 2007.
  7. Smulevich A.B., Volel' B.A. *Psikhopatologicheskie aspekty nebredovoy ipokhondrii* [Psychopathological aspects nebredovoy hypochondria]. In: Smulevich A.B. (ed.) *Psikhicheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike* [Psychiatric disorders in clinical practice]. Moscow: MED press-inform Publ., 2011, pp. 310-333.
  8. Barsky A.J., Klerman G.L. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 1983, no. 140, pp. 273-283.
  9. Nikolaeva V.V., Arina G.A. Ot traditsionnoy psikhosomatiki k psikhologii telesnosti [From traditional psychosomatics to psychology of corporality]. *Vestnik MGTU, Ser. 14. Psikhologiya*, 1996, no. 2, pp. 8-18.
  10. Nikolaeva V.V. *Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku* [The impact of chronic disease on the psyche]. Moscow: Moscow State University Publ., 1987. 268 p.
  11. Rupchev G.E. *Psikhologicheskaya struktura vnutrennego telesnogo opyta pri somatizatsii (na modeli somatoformnykh rasstroystv)*: avtoref. dis. kand. psikhol. nauk [Psychological structure of the inner body experience with somatization (on the model of somatoform disorders). Abstract of Psychology Cand. Diss.]. Moscow, 2000.
  12. Tkhostov A.Sh. *Psikhologiya telesnosti* [Psychology of corporality]. Moscow: Smysl Publ., 2002. 287 p.
  13. Abramowitz J.S., Moore E.L. An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 2007, vol. 45, pp. 413-424. DOI: 10.1016/j.brat.2006.04.005.
  14. Barsky A.J., Wyslak G., Herman O.L. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 1990, vol. 4, pp. 323-334. DOI: 10.1016/0022-3956(90)90004-A.
  15. 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 Research*, 2007, no. 31, pp. 871-883. DOI: 10.1007/s10608-006-9058-1.
  16. Lucock M.P., Morley S. The health anxiety questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1996, vol. 1, pp. 137-150. DOI: 10.1111/j.2044-8287.1996.tb00498.x.
  17. Salkovskis P. M., Rimes K. A., Warwick H. M., Clark, D. M. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 2002, vol. 32, pp. 843-853. DOI: 10.1017/S0033291702005822.
  18. Vygotskiy L.S. *Sobranie sochineniy*: v 6 t. [Selected works. In 6 vols.]. Moscow, 1982. Vol. 1.

19. Tkhostov A.Sh., Rayzman E.M. Sub"ektivnyy telesnyy opyt i ipokhondriya: kul'-turno-istoricheskiy aspect [Subjective body experience and hypochondriasis: a cultural-historical aspect]. *Psikhologicheskiy zhurnal RAN*, 2005, vol. 25, no. 2.
20. Beskova D.A. *Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki vneshney i vnutrenney granits telesnosti*: avtoref. dis. kand. psikhol. nauk [Clinical and psychological characteristics of the outer and inner boundaries of corporality. Abstract of Psychology Cand. Diss.]. Moscow, 2006.
21. Rief W., Hiller W., Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998, vol. 4, pp. 587-595.
22. Zhelonkina T.A., Enikolopov S.N., Ermusheva A.A. Adaptation of the Russian version of «Short Health Anxiety Inventory» developed by P. Salkovskis. *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya – Theoretical and Experimental Psychology*, 2014, vol. 7, no. 1, pp. 30-37. (In Russian).
23. Salamova D.K., Dvoryanchikov N.V., Enikolopov S.N. “Segmenty” – metod issledovaniya telesnogo obraza “Ya” [“Segments”. A research method of “I”’s body image]. *Seksologiya i seksopatologiya*, 2003, no. 5, pp. 11-18.
24. Etkind A.M. *Tsvetovoy test otnosheniy* [The color test of relationship]. In: Bodalev A.A., Stolin V.V. (eds.) *Obshchaya psikhodiagnostika* [General psychodiagnosics]. Moscow: Moscow State University Publ., 1987, pp. 221-227.
25. McCrae R. R., Costa P.T. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, vol. 52(1), pp. 81-90. DOI: 10.1037/0022-3514.52.1.81.
26. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press, 1970, pp. 1-23.
27. Khanin Yu.L. *Kratkoe rukovodstvo po primeneniyu shkaly reaktivnoy i lichnost-noy trevozhnosti Ch.D. Spielbergera* [A Quick Guide to the application of Ch.D. Spielberger’s scale of reactive and personal anxiety]. Leningrad: LNIITEK Publ., 1976.
28. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. *A structural theory of ego defenses and emotion*. In: Izard C.E. (ed.) *Emotions in personality and psychopathology*. N.Y., 1979, pp. 229-257.
29. Romanova E.S., Grebennikov L.R. *Mekhanizmy psikhologicheskoy zashchity: Genesis. Funktsionirovanie. Diagnostika* [Psychological defense mechanisms. Genesis. Functioning. Diagnostics]. Mytishchi, 1996, p. 20.
30. Sultanova A.S. *Osobennosti obraza tela u ranennykh s fantomno-bolevym sin-dromom pri amputatsii konechnostey* [Peculiarities of a body image with the injured with phantom-pain syndrome in case of amputation of extremities]. In: Zinchenko V.P., Levi T.S. (eds.) *Psikhologiya telesnosti: mezhd u dushoy i telom* [Psychology of corporality: between body and soul]. Moscow: AST Publ., 2007, pp. 281-294.