

Адаптация русскоязычной версии опросника соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire-5, SDQ-5)

Золотарева А.А.¹, Казенная Е.В.^{1,2}, Ульянова А.С.², Чернов Н.В.³, Костюк Г.П.³

¹Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия

²Московский педагогический государственный университет, Россия

³Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева, Москва, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Опросник соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire-5, SDQ-5) является широко известным инструментом для диагностики сенсомоторного опыта травматических переживаний. Цель исследования. Целью настоящего исследования является психометрический анализ русскоязычной версии SDQ-5 на выборке из общей популяции и выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения. Материал и методы. Данные были собраны в выборке из общей популяции (n = 587) и выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения (n = 185). Основная часть анкеты включала шкалы для оценки соматоформной диссоциации, тревоги (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7), депрессии (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), соматизации (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8) и психоформной диссоциации (Brief Dissociative Experiences Scale, DES-B). Вариативная часть анкеты содержала шкалы для оценки неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences Questionnaire, ACE) в выборке из общей популяции и дисморфофобии (Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale, BDD-D) в выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения.

Результаты. Факторная валидность и внутренняя надежность адаптированного опросника были подтверждены выделением одного общего фактора соматоформной диссоциации, имеющего адекватные значения внутренней согласованности. Конвергентная валидность русскоязычной версии SDQ-5 была доказана с помощью сильных взаимосвязей соматоформной диссоциации с тревогой, депрессией, соматизацией и психоформной диссоциацией. Критериальная валидность адаптированного опросника была подтверждена, с одной стороны, более высокими показателями соматоформной диссоциации в выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения, с другой стороны, взаимосвязями соматоформной диссоциации с дисморфофобией и неблагоприятным детским опытом.

Заключение. Русскоязычная версия SDQ-5 является психометрически обоснованным опросником для диагностики соматоформной диссоциации, который может быть рекомендован для решения исследовательских задач и использования в психотерапии и психологическом консультировании лиц с расстройствами пищевого поведения.

Ключевые слова: соматоформная диссоциация, тревога, депрессия, соматизация, психоформная диссоциация, неблагоприятный детский опыт, дисморфофобия, расстройства пищевого поведения.

Информация об авторах:

Золотарева Алена Анатольевна* — e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>

Казенная Елена Викторовна — e-mail: kazennayahelen@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>

Ульянова Анна Сергеевна — e-mail: uly4nova4nn@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-4417-446X>

Чернов Никита Владимирович — e-mail: n.chernov.psy@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5347-0231>

Костюк Георгий Петрович — e-mail: pkb1@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

Как цитировать: Золотарева А.А., Казенная Е.В., Ульянова А.С., Чернов Н.В., Костюк Г.П. Адаптация русскоязычной версии опросника соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire-5, SDQ-5). *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:4-2:785-86. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-2-1116>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Публикация подготовлена в ходе проведения исследования № 25-00-033 «Развитие психосоматических исследований в России» в рамках Программы «Научный фонд Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ)».

Автор, ответственный за переписку: Золотарева Алена Анатольевна — e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Corresponding author: Alena A. Zolotareva — e-mail: azolotareva@hse.ru

Adaptation of the Russian version of the Somatoform Dissociation Questionnaire-5 (SDQ-5)

Alena A. Zolotareva¹, Elena V. Kazennaya^{1,2}, Anna S. Ulyanova², Nikita V. Chernov³, Georgy P. Kostyuk³

¹Higher School of Economics University, Moscow, Russia

²Moscow Pedagogical State University, Russia

³Psychiatric Hospital no. 1 named after N.A. Alexeev, Moscow, Russia

Research article

Summary. The Somatoform Dissociation Questionnaire-5 (SDQ-5) is a well-known instrument for assessing the sensorimotor traumatic experiences. **Objective.** The aim of this study was a psychometric analysis of the Russian version of the SDQ-5 on a sample from the general population and a sample of patients with eating disorders. **Material and Methods.** The data were collected in a sample from the general population (n = 587) and a sample of patients with eating disorders (n = 185). The main part of the questionnaire included measures for assessing somatoform dissociation, anxiety (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7), depression (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), somatization (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8), and psychoform dissociation (Brief Dissociative Experiences Scale, DES-B). The variable part of the questionnaire contained measures for assessing adverse childhood experiences (Adverse Childhood Experiences Questionnaire, ACE) in a sample from the general population and dysmorphophobia (Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale, BDD-D) in a sample of patients with eating disorders.

Results. The factor validity and internal reliability of the adapted questionnaire were confirmed by the identification of one common factor of somatoform dissociation, which has adequate values of internal consistency. The convergent validity of the Russian version of the SDQ-5 has been proven by strong correlations of somatoform dissociation with anxiety, depression, somatization, and psychoform dissociation. The criterion validity of the adapted questionnaire was confirmed, on the one hand, by higher rates of somatoform dissociation in the sample of patients with eating disorders, on the other hand, by the relationships of somatoform dissociation with dysmorphophobia and adverse childhood experiences.

Conclusion. The Russian version of the SDQ-5 is a psychometrically based questionnaire for the diagnosis of somatoform dissociation, which can be recommended for solving research tasks and for use in psychotherapy and psychological counseling for people with eating disorders.

Keywords: somatoform dissociation, anxiety, depression, somatization, psychoform dissociation, adverse childhood experiences, dysmorphophobia, eating disorders.

Information about the authors:

Alena A. Zolotareva* — e-mail: azolotareva@hse.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>

Elena V. Kazennaya — e-mail: kazennayahelen@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>

Anna S. Ulyanova — e-mail: uly4nova4nn@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-4417-446X>

Nikita V. Chernov — e-mail: n.chernov.psy@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5347-0231>

Georgy P. Kostyuk — e-mail: pkb1@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

To cite this article: Zolotareva AA, Kazennaya EV, Ulyanova AS, Chernov NV, Kostyuk GP. Adaptation of the Russian version of the Somatoform Dissociation Questionnaire-5 (SDQ-5). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:4-2:78-86. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-2-1116>. (In Russ.)

Conflict of interests: the authors declare no conflicts of interest.

The publication was prepared within the framework of the Academic Fund Program at HSE University (grant № 25-00-033 "Development of psychosomatic research in Russia").

Понятие диссоциации (от лат. *disso-*ciatio — разделение, разобщение, разъединение) было введено в XIX веке французским психиатром и психологом П. Жане для описания отсутствия интеграции между двумя и более различными «системами идей и функций, составляющих личность» [15]. Современные специалисты, развивающие идеи П. Жане, определяют диссоциацию как разделение между двумя психобиологическими системами, которые выполняют разные функции и активируются таким образом, что «возвращение» в трав-

мирующее событие, повторное переживание травмирующего опыта в настоящем чередуется с избеганием любых напоминаний о травмирующем опыте и стремлением «уйти» от воспоминаний в повседневные заботы и обязательства. Соответственно, интеграция разделенных психобиологических систем считается признаком выздоровления [25].

До интеграции травматические переживания обычно выражаются в сенсомоторном опыте, который образует соматоформные симптомы диссоциации и проявляется в форме утраты

ощущений, моторных функций и болевой чувствительности или, напротив, болевых синдромов, «сделанных» ощущений и движений, искажениях слуха, вкуса, зрения, обоняния и тактильных ощущений [22].

Соматоформная диссоциация встречается реже, чем психоформная, при этом наравне с последней нуждается в диагностике и терапевтических вмешательствах [30]. В целях диагностики широко используется опросник соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ), разработанный в конце 1990-х годов группой голландских исследователей под руководством Э. Нийенхёуса [24]. Опросник психометрически обоснован и адаптирован на немецкий [21], испанский [14], французский [10], турецкий [35], польский [29], шведский [28] и португальский языки [32]. Клиницисты используют опросник для диагностики соматоформной диссоциации у пациентов с психическими расстройствами (в частности, расстройствами пищевого поведения, диссоциативными расстройствами, соматоформными расстройствами) [26].

В последние годы российские исследователи обращают все больше внимания на природу диссоциативных процессов, в том числе проблеме верификации диссоциативных симптомов и расстройств [6]. Рост интереса к феномену диссоциации вызывает вопросы диагностического характера, которые в основном решаются с помощью русскоязычной версии шкалы диссоциации (Dissociation Experience Scale, DES) [1, 7]. Стоит отметить, что данная шкала предназначена для диагностики психоформной диссоциации, в то время как соматоформная диссоциация остается без методического обеспечения. Целью настоящего исследования является психометрический анализ русскоязычной версии краткого опросника соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire-5, SDQ-5) на выборке общей популяции и выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения.

Материалы и методы. Участники исследования. Психометрические свойства русскоязычной версии SDQ-5 были изучены на двух выборках исследования. Выборку из общей популяции составили 587 человек (109 мужчин и 478 женщин) в возрасте от 18 до 67 лет ($M = 26,01$; $Me = 23$; $SD = 8,87$). Клиническую выборку составили 185 пациентов с расстройствами пищевого поведения, проходивших амбулаторное и стационарное лечение в отделении психотерапевтической помощи и социальной реабилитации ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы». Среди них было шесть мужчин и 178 женщин в возрасте от 18 до 48 лет ($M = 26,26$; $Me = 23$; $SD = 7,53$), в частности, 79 пациентов с диагнозом «нервная булимия» и 106 пациентов с диагнозом «нервная анорексия».

Инструменты. Основная часть анкеты, заполненная всеми участниками исследования, была составлена из следующих инструментов¹:

1. Опросник соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire-5, SDQ-5) включает 5 высказываний, оценивающих тяжесть соматоформной диссоциации (например, «мое тело или его часть будто бы исчезли») [24]. Перевод опросника был осуществлен с помощью двух экспертов в области психиатрии и медицинской психологии, обратный перевод был согласован с билингвальным экспертом, ранее не знакомым с инструментом (см. Приложение). Соматоформная диссоциация считается клинически значимой при $SDQ-5 \geq 8$ [23].

2. Шкала генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7) содержит 7 высказываний, измеряющих степень тяжести тревожной симптоматики (например, «чрезмерное беспокойство по разным поводам») [3].

3. Опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) включает 9 высказываний, оценивающих степень тяжести депрессивной симптоматики (например, «чувство подавленности или безнадежности») [4].

4. Шкала соматических симптомов (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8) содержит 8 высказываний, измеряющих степень тяжести соматизации (например, «головная боль», «проблемы со сном», «боль в груди или одышка») [5].

5. Шкала диссоциативных переживаний (Brief Dissociative Experiences Scale, DES-B) включает 8 высказываний, оценивающих тяжесть психоформной диссоциации (например, ощущения, когда «люди, предметы или мир вокруг кажутся странными или нереальными») [8].

Вариативная часть анкеты была предъявлена разным выборкам исследования:

Шкала телесного дисморфического расстройства (Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale, BDD-D) содержит 5 тестовых пунктов, измеряющих симптомы дисморфобии (например, «насколько трудно вам контролировать симптомы, связанные с беспокойством по поводу своей внешности») [16]. Данную шкалу заполнили пациенты с расстройствами пищевого поведения. Показатели по BDD-D ≥ 10 считаются клинически значимыми для диагностики дисморфобии [11].

Опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences Questionnaire, ACE) включает 10 тестовых пунктов, описывающих различные формы детских психических травм (например, «физическое насилие», «психологическое пренебрежение») [13]. Данную шкалу заполнила выборка из общей популяции. Детские психические травмы оцениваются по их наличию (ответ «да») или отсутствию (ответ «нет»).

Анализ данных. Оценка психометрических свойств русскоязычной версии SDQ-5 была произведена в Jamovi 2.3.28 и JASP (Jeffreys's Amazing Statistics Program) 0.19.1.0.

Этические соображения. Разрешение на проведение исследования было получено от этической комиссии НИУ ВШЭ (протокол № 124 от 26.02.2024).

Результаты. Факторная структура. Модель, отражающая одномерную факторную структуру русскоязычной версии SDQ-5, имеет приемлемое соответствие данным, полученное для выборки из общей популяции ($\chi^2 (5) = 6,994$, $p = 0,221$; CFI = 0,993; TLI = 0,986; RMSEA = 0,026 [0,001-0,067]). Для выборки пациентов с расстройствами пищевого поведения аналогичная модель имеет плохое соответствие данным в исходной версии ($\chi^2 (5) = 16,230$; $p = 0,006$; CFI = 0,924; TLI = 0,848; RMSEA = 0,110 [0,053-0,172]), но приемлемое соответствие данным в модифицированной версии после внесения ковариаций между ошибками пунктов № 1 и № 3 ($\chi^2 (4) = 4,690$; $p = 0,321$; CFI = 0,995; TLI = 0,988; RMSEA = 0,031 [0,001-0,119]). В Табл.1 показаны факторные нагрузки и стандартные ошибки для пунктов русскоязычной версии SDQ-5.

Внутренняя надежность. Внутренняя надежность адаптированного опросника была приемлемой в выборке из общей популяции (коэффициент α -Кронбаха равен значению 0,62; коэффициент ω -МакДональда равен значению 0,64) и выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения (коэффициент α -Кронбаха равен значению 0,68; коэффициент ω -МакДональда

равен значению 0,70). В Табл.2 показана описательная статистика и значения коэффициентов α -Кронбаха и ω -МакДональда, получаемые при исключении пунктов из адаптированного опросника.

Конвергентная валидность. Показатели соматоформной диссоциации были положительно взаимосвязаны с показателями тревоги, депрессии, соматизации и психоформной диссоциации в выборке из общей популяции и выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения, что подтверждает конвергентную валидность русскоязычной версии SDQ-5 (Табл.3).

Критериальная валидность. Симптомы соматоформной диссоциации статистически значимо чаще встречались в выборке пациентов с расстройствами пищевых расстройств, чем в выборке из общей популяции (21% случаев против 11% случаев; $\chi^2 (1) = 12,604$, $p < 0,001$).

Соматоформная диссоциация и дисморфофобия в выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения. В целом у каждого второго пациента с расстройствами пищевого поведения (49% случаев) были выявлены симптомы дисморфофобии, при этом у пациентов с соматоформной диссоциацией статистически значимо чаще, чем у пациентов без соматоформной диссоциации наблюдались симптомы дисморфофобии (64% случаев против 36% случаев; $\chi^2 (1) = 4,724$, $p = 0,030$).

Таблица 1. Факторные нагрузки пунктов SDQ-5
Table 1. Factor weights for the SDQ-5 items

Пункт SDQ-5	Общая популяция (n = 587)		Пациенты с расстройствами пищевого поведения (n = 185)	
	Факторная нагрузка	Стандартная ошибка	Факторная нагрузка	Стандартная ошибка
SDQ-5 пункт 1	0,401	0,023	0,469	0,056
SDQ-5 пункт 2	0,418	0,028	0,529	0,069
SDQ-5 пункт 3	0,660	0,027	0,761	0,053
SDQ-5 пункт 4	0,550	0,018	0,702	0,042
SDQ-5 пункт 5	0,497	0,026	0,393	0,053

Таблица 2. Описательная статистика для пунктов SDQ-5
Table. Descriptive statistics for the SDQ-5 items

Пункт SDQ-5	Общая популяция (n = 587)				Пациенты с расстройствами пищевого поведения (n = 185)			
	M	SD	α	ω	M	SD	α	ω
SDQ-5 пункт 1	1,18	0,46	0,59	0,61	1,25	0,62	0,67	0,70
SDQ-5 пункт 2	1,22	0,56	0,60	0,61	1,48	0,89	0,62	0,65
SDQ-5 пункт 3	1,22	0,54	0,51	0,53	1,32	0,65	0,59	0,61
SDQ-5 пункт 4	1,08	0,36	0,56	0,57	1,14	0,55	0,58	0,60
SDQ-5 пункт 5	1,20	0,53	0,56	0,59	1,26	0,67	0,65	0,69

Примечание. коэффициенты α -Кронбаха и ω -МакДональда при исключении пунктов

Таблица 3. Корреляционные связи между показателями по SDQ-5 и другим шкалам
Table 3. Correlations between the SDQ-5 scores and other instruments

	Общая популяция (n = 587) r-Пирсона [95% CI]	Пациенты с расстройствами пищевого поведения (n = 185) r-Пирсона [95% CI]
GAD-7 тревога	0,260 [0,120-0,390]	0,233 [0,155-0,308]
PHQ-9 депрессия	0,362 [0,230-0,481]	0,353 [0,280-0,422]
SSS-8 соматизация	0,357 [0,224-0,477]	0,277 [0,201-0,350]
DES-B психоформная диссоциация	0,576 [0,471-0,665]	0,459 [0,392-0,520]
Примечание. 95% CI = 95% доверительный интервал. Все связи значимы на уровне $p < 0,001$		

Соматоформная диссоциация и неблагоприятный детский опыт в выборке из общей популяции. Люди с симптомами соматоформной диссоциации чаще, чем люди без симптомов соматоформной диссоциации, сообщали о том, что в детстве пережили психологическое насилие ($\chi^2 (1) = 9,442, p = 0,002$), сексуальное насилие ($\chi^2 (1) = 22,358, p < 0,001$), психологическое пренебрежение ($\chi^2 (1) = 17,381, p < 0,001$), физическое пренебрежение ($\chi^2 (1) = 21,578, p < 0,001$), опыт свидетельства химической зависимости члена семьи пренебрежение ($\chi^2 (1) = 5,312, p = 0,021$) и опыт свидетельства психических проблем/суицида члена семьи ($\chi^2 (1) = 5,568, p = 0,018$). Между людьми с симптомами и без симптомов соматоформной диссоциации не было обнаружено статистически значимых различий в сообщениях о пережитом в детстве физическом насилии ($\chi^2 (1) = 3,406, p = 0,065$), разводе/утрате родителя ($\chi^2 (1) = 0,022, p$

$= 0,881$), опыте свидетельства домашнего насилия ($\chi^2 (1) = 1,243, p = 0,265$) и тюремном заключении члена семьи ($\chi^2 (1) = 0,366, p = 0,545$).

В Табл.4 приведена подробная статистика частоты встречаемости форм неблагоприятного детского опыта в зависимости от отсутствия или присутствия симптомов соматоформной диссоциации.

Обсуждение. Основные результаты адаптации русскоязычной версии опросника соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire-5, SDQ-5) могут быть осмыслены, во-первых, с позиции соответствия психометрических свойств шкалы современным психометрическим стандартам, во-вторых, в контексте результатов зарубежных эмпирических и психометрических исследований. Факторизация пунктов адаптированного опросника, результаты которой обнаружили один общий фактор сомато-

Таблица 4. Связи между соматоформной диссоциацией и неблагоприятным детским опытом
Table 4. The relationships between somatoform dissociation and adverse childhood experience

Форма неблагоприятного детского опыта	Выборка с симптомами соматоформной диссоциации (n = 64)	Выборка без симптомов соматоформной диссоциации (n = 523)
Психологическое насилие*	67%	47%
Физическое насилие	42%	31%
Сексуальное насилие*	45%	19%
Психологическое пренебрежение*	66%	38%
Физическое пренебрежение*	30%	10%
Развод/утрата родителя	36%	35%
Свидетель домашнего насилия	25%	19%
Свидетель химической зависимости члена семьи*	61%	46%
Свидетель психических проблем/суицида члена семьи*	38%	24%
Тюремное заключение члена семьи	9%	7%
Примечание. * статистически значимые различия		

формной диссоциации, подтверждает факторную валидность русскоязычной версии SDQ-5 [31]. Так, факторная структура была адекватной по показателям сравнительного индекса соответствия (comparative fit index, CFI = 0,993-0,995 при требуемых значениях $CFI \geq 0,90$), критерия Такера-Льюиса (Tucker-Lewis index, TLI = 0,986-0,988 при требуемых значениях $CFI \geq 0,90$), квадратичной усредненной оценки аппроксимации (root mean square error of approximation, RMSEA = 0,026-0,031 при требуемых значениях $RMSEA \leq 0,08$).

Внутренняя надежность опросника была оценена с помощью коэффициентов α -Кронбаха и ω -МакДональда, которые оказались адекватными с учетом краткости SDQ-5 и сопоставимыми с коэффициентами внутренней согласованности польской и шведской версий опросника [20; 28; 29]. Сильные взаимосвязи соматоформной диссоциации с тревогой, депрессией, соматизацией и психоформной диссоциацией, подтверждающие клиническую и феноменологическую близость соматоформной диссоциации с общей психопатологией, свидетельствуют в пользу конвергентной валидности русскоязычной версии SDQ-5 [18; 26; 36]. Критериальная валидность адаптированного опросника была доказана с помощью обнаружения статистически значимо более высоких показателей соматоформной диссоциации у пациентов с расстройствами пищевого поведения.

Современные исследователи отмечают, что пациенты с расстройствами пищевого поведения имеют более выраженные симптомы соматоформной диссоциации, чем люди из общей популяции, при этом тяжесть соматоформной диссоциации тесным образом связана с тяжестью пищевого расстройства и склонностью к патологическому контролю веса за счет чрезмерных физических упражнений, использования таблеток для похудения, мочегонных и слабительных препаратов [17,27,37]. Косвенными доказательствами критериальной валидности русскоязычной версии SDQ-5 могут служить взаимосвязи соматоформной диссоциации с дисморфобией, выявленные в группе пациентов с расстройствами пищевого поведения, и взаимосвязи соматоформной диссоциации с неблагоприятным

детским опытом, обнаруженные в выборке из общей популяции.

По данным клинических наблюдений, соматоформная диссоциация чаще встречается у взрослых, переживших в детстве насилие, физическое и психологическое пренебрежение, а также у пациентов с телесным дисморфическим расстройством, отягощенным чувствами стыда, отвержения и отстраненности [9,19,34].

Наконец, стоит отметить ограничения настоящего исследования. Во-первых, в обеих выборках исследования (особенно в клинической) наблюдается существенное преобладание женщин-респондентов, которое заставляет с осторожностью относиться к интерпретации выявленных закономерностей. Эмпирические исследования показывают, что диссоциативные симптомы не имеют половых и гендерных различий, тем не менее смешение выборки в статистике может исказить результаты исследования [24,28]. Во-вторых, выборка пациентов с расстройствами пищевого поведения не может быть признана тождественной выборке пациентов с диссоциативными расстройствами, что ограничивает наши выводы о способности русскоязычной версии SDQ-5 распознавать и дифференцировать соматоформную диссоциацию в ее не симптоматическом, а диагностическом значении.

Заключение

Русскоязычная версия опросника соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire-5, SDQ-5) является надежным и валидным инструментом для диагностики сенсомоторного опыта травматических переживаний. Будучи адаптированным в клинических и популяционных условиях, опросник может быть рекомендован для решения задач как научного, так и практического характера, в том числе для использования в психотерапии и психологическом консультировании людей с расстройствами пищевого поведения. Кроме того, адаптация русскоязычной версии SDQ-5 открывает возможности для использования опросника в национальных и кросс-культурных эмпирических исследованиях [2, 12, 33].

Литература / References

1. Агарков В.А. Диссоциация и пограничное расстройство личности. Консультативная психология и психотерапия. 2014;2:10-37. Agarkov VA. Dissociation and borderline personality disorder. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2014;2:10-37. (In Russ.).
2. Бохан Н.А., Овчинников А.А., Султанова А.Н. Диссоциация как механизм психологической защиты при адаптации в иную культурную среду. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017;1:26-30. Bokhan NA, Ovchinnikov AA, Sultanova AN. Dissociation as a mechanism of psychological defense in adapting to a different cultural environment. Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2017;1:26-30. (In Russ.).
3. Золотарева А.А. Адаптация русскоязычной версии шкалы генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7). Консультативная психология и психотерапия. 2023;31(4):31-46. <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310402> Zolotareva AA. Adaptation of the Russian version of the Generalized Anxiety Disorder-7. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023;31(4):31-46. (In Russ.).

- <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310402>
4. Золотарева А.А. Диагностика депрессии: психометрическая оценка русскоязычной версии опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9). *Клиническая и специальная психология*. 2023;12(4):107-121. <https://doi.org/10.17759/cppse.2023120406>
Zolotareva AA. Diagnosis of depression: Psychometric examination of the Russian version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2023;12(4):107-121. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cppse.2023120406>
 5. Золотарева А.А. Факторная структура русскоязычной версии шкалы соматических симптомов (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8). *Консультативная психология и психотерапия*. 2022;30(3):8-20.
 6. <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300302>
Zolotareva AA. Factor structure of the Russian version of the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2022;30(3):8-20. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300302>
 7. Менделевич В.Д., Нестерина М.К. Диссоциативные страдания, или верить ли пациенту на слово. *Неврологический вестник*. 2025;57(1):34-45. <https://doi.org/10.17816/nb643488>
Mendelevich VD, Nesterina MK. Dissociative suffering: Should we believe a patient's word? *Nevrologicheskii vestnik*. 2025;57(1):34-45. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/nb643488>
 8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. SPb.: Piter, 2001. (In Russ.).
 9. Carlson EB, Putnam FW, Ross CA, Torem M, Coons P, Dill DL, Loewenstein RJ, Braun BG. Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *Am J Psychiatry*. 1993;150(7):1030-1036. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1030>
 10. Cheung CTY, Cheng CM, Lee VWP, Lam SKK, He KL, Ling HW, Lee K, Ross CA, Fung HW. Could family well-being moderate the relationship between adverse childhood experiences and somatoform dissociation? A preliminary investigation. *J Trauma Dissociation*. 2024;25(2):153-167. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2233095>
 11. El-Hage W, Darves-Bornoz J-M, Allilaire J-F, Gaillard P. Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *J Trauma Dissociation*. 2002;3(3):59-74. https://doi.org/10.1300/J229v03n03_04
 12. Enander J, Ivanov VZ, Andersson E, Mataix-Cols D, Ljótsson B, Rück C. Therapist-guided, Internet-based cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder (BDD-NET): A feasibility study. *BMJ Open*. 2014;4(9):e005923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005923>
 13. Escobar JI. Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1995;18(3):555-569.
 14. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
 15. González-Vázquez AI, del Río-Casanova L, Seijo-Ameneiros N, Cabaleiro-Fernández P, Seoane-Pillado T, Justo-Alonso A, Santed-Germán MÁ. Validity and reliability of the Spanish version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Psicothema*. 2017;29(2):275-280. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.346>
 16. Janet P. *The major symptoms of hysteria*. New York, NY: Macmillan, 1907.
 17. LeBeau RT, Mischel ER, Simpson HB, Mataix-Cols D, Phillips KA, Stein DJ, Craske MG. Preliminary assessment of obsessive-compulsive spectrum disorder scales for DSM-5. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2013;2(2):114-118. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.01.005>
 18. Longo P, Marzola E, Martini M, Amodeo L, Abbate-Daga G. Anorexia nervosa and somatoform dissociation: A neglected body-centered perspective. *J Trauma Dissociation*. 2023;24(1):141-156. <https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2119631>
 19. Luoni C, Agosti M, Crugnola S, Rossi G, Termini C. Psychopathology, dissociation and somatic symptoms in adolescents who were exposed to traumatic experiences. *Front Psychol*. 2018;9:2390. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02390>
 20. Möllmann A, Hunger A, Dusen C, van den Hout M, Buhlmann U. Gazing at facial features increases dissociation and decreases attractiveness ratings in non-clinical females — A potential explanation for a common ritual in body dysmorphic disorder. *PLoS One*. 2019;14(7):e0219791. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219791>
 21. Morera F, Stokes SM. Coefficient α as a measure of test score reliability: Review of 3 popular misconceptions. *Am J Public Health*. 2016;106(3):458-461. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302993>
 22. Mueller-Pfeiffer C, Schumacher S, Martin-Soelch C, Pazhenkottil AP, Wirtz G, Fuhrhans C, Hindermann E, Assaloni H, Briner DP, Rufer M. The validity and reliability of the German version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Trauma Dissociation*. 2010;11(3):337-357. <https://doi.org/10.1080/15299731003793450>
 23. Nijenhuis ERS. Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *J Trauma Dissociation*. 2000;1(4):7-32. https://doi.org/10.1300/J229v01n04_02

24. Nijenhuis ERS. The scoring and interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. *Activ Nerv Super*. 2010;52(1):24-28.
<https://doi.org/10.1007/BF03379561>
25. Nijenhuis ER, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. Psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire: A replication study. *Psychother Psychosom*. 1998;67(1):17-23.
<https://doi.org/10.1159/000012254>.
26. Nijenhuis ERS, van der Hart O. Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *J Trauma Dissociation*. 2011;12:416-445.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.570592>
27. Nijenhuis ER, van Dyck R, Spinhoven P, van der Hart O, Chatrou M, Vanderlinden J, Moene F. Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(4):511-520.
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.1999.00601.x>
28. Nilsson D, Lejonclou A, Holmqvist R. Psychoform and somatoform dissociation among individuals with eating disorders. *Nord J Psychiatry*. 2020;74(1):1-8.
<https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1664631>
29. Nilsson D, Lejonclou A, Svedin CG, Jonsson M, Holmqvist R. Somatoform dissociation among Swedish adolescents and young adults: The psychometric properties of the Swedish versions of the SDQ-20 and SDQ-5. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(2):152-160.
<https://doi.org/10.3109/08039488.2014.949851>
30. Pietkiewicz IJ, Helka AM, Tomalski R. Validity and reliability of the Polish online and pen-and-paper versions of the Somatoform Dissociation Questionnaires (SDQ-20 and PSDQ-5). *Eur J Trauma Dis*. 2019;3(1):23-31.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.05.002>
31. Pullin MA, Webster RA, Hanstock TL. Psychoform and somatoform in a clinical sample of Australian adolescents. *J Trauma Dissociation*. 2014;15(1):66-78.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2013.828149>
32. Rogers P. Best practices for your confirmatory factor analysis: A JASP and lavaan tutorial. *Behav Res Methods*. 2024;56(7):6634-6654.
<https://doi.org/10.3758/s13428-024-02375-7>
33. Santo HMA, Pio-Abreu JL. Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Braz J Psychiatry*. 2007;29(4):354-358.
<https://doi.org/10.1590/s1516-44462006005000039>
34. Şar V. Dissociation across cultures: A transdiagnostic guide for clinical management. *Alpha Psychiatry*. 2022;23(3):95-103.
<https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.21556>
35. Stechler N, Henton I. "If only he were blind": Shame, trauma, and dissociation among women with body dysmorphic disorder in physically intimate relationships. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2022;17(1):2015871.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2015871>
36. Tsar V, Kundakci T, Kiziltan E, Bakim B, Bozkurt O. Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *J Trauma Dissociation*. 2001;1(4):67-80.
https://doi.org/10.1300/J229v01n04_04
37. van der Boom KJ, van den Hout MA, Huntjens RJC. Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *Pers Individ Differ*. 2010;48(4):447-451.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.018>
38. Waller G, Babbs M, Wright F, Potterton C, Meyer C, Leung N. Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):619-627.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00019-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00019-6)

Приложение

Инструкция. Перед вами список различных физических симптомов или телесных ощущений, которые вы, возможно, испытывали кратковременно или в течение длительного времени. Пожалуйста, укажите, в какой степени эти переживания относились к вам в течение прошедшего года, используя следующую шкалу ответов: 1 = «совсем нет»; 2 = «немного»; 3 = «умеренно»; 4 = «сильно»; 5 = «очень сильно».

Иногда...		Степень соответствия переживания				
1.	... я испытываю боль при мочеиспускании	1	2	3	4	5
2.	... мое тело или его часть нечувствительны к боли	1	2	3	4	5
3.	... вижу все вокруг себя не так, как обычно (например, смотрю сквозь тоннель или вижу только часть предмета)	1	2	3	4	5
4.	... мое тело или его часть будто бы исчезли	1	2	3	4	5
5.	... я не могу говорить (или только с большим усилием) или могу говорить только шепотом	1	2	3	4	5

Обработка результатов. Для подсчета общего показателя соматоформной диссоциации необходимо сложить оценки по всем пунктам SDQ-5.

Сведения об авторах

Золотарева Алена Анатольевна — к.пс.н., доцент департамента психологии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», 109028, г. Москва, Покровский бульвар, д. 11. E-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Казенная Елена Викторовна — доцент департамента психологии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», 109028, г. Москва, Покровский бульвар, д. 11; старший преподаватель кафедры психологической антропологии Института детства Московского педагогического государственного университета, 119992, г. Москва, ул. Малая Пироговская, д.1. E-mail: kazennayahelen@gmail.com

Ульянова Анна Сергеевна — студент кафедры психологической антропологии Института детства Московского педагогического государственного университета, 119992, г. Москва, ул. Малая Пироговская, д.1. E-mail: uly4nova4nn@gmail.com

Чернов Никита Владимирович — заведующий отделением психотерапевтической помощи и социальной реабилитации Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы, 117152, г. Москва, ш. Загородное, д.2. E-mail: n.chernov.psy@bk.ru

Костюк Георгий Петрович — д.м.н., профессор, главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы. E-mail: pkb1@zdrav.mos.ru

Поступила 17.03.2025

Received 17.03.2025

Принята в печать 20.10.2025

Accepted 20.10.2025

Дата публикации 25.12.2025

Date of publication 25.12.2025