

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / EMPIRICAL STUDIES

Научная статья / Research Article
<https://doi.org/10.11621/LPJ-24-31>
УДК/UDC 159.9.072.432

Взаимосвязь психологического и соматического благополучия у пациентов

Е.Г. Швайко ✉

Белорусский государственный университет, Минск, Республика Беларусь

✉ yauhensh@yandex.ru

Резюме

Актуальность. Понимание психоэмоциональных аспектов болевых переживаний может существенно расширить терапевтический инструментарий как врачей, так и психологов.

Цель. Исследование взаимосвязи психологического и соматического благополучия у пациентов с болевым синдромом.

Выборка. В исследовании приняли участие 119 человек: 57 мужчин (средний возраст 47,9 года) и 62 женщины (средний возраст 46,5 года) из числа амбулаторных пациентов УЗ «12-я городская поликлиника» (г. Минск).

Методы. Использовались: Шкала субъективного благополучия, Цифровая рейтинговая шкала боли (ЦРШ), Опросник Мак-Гилла (MPQ), Шкала дифференциальных эмоций, Торонтская алекситимическая шкала и Гиссенский опросник психосоматических жалоб.

Результаты. Анализ корреляционных взаимосвязей эмоционального состояния и соматических жалоб позволил обнаружить сходные и специфические черты субъективных переживаний пациентами различных болезненных состояний. Корреляционный анализ показал выраженную взаимосвязь между эмоциональным состоянием и самочувствием, которое тесно связано с субъективным благополучием.

Выводы. Субъективное благополучие пациентов связано с психоэмоциональным состоянием, самочувствием и наличием соматических жалоб, а также в некоторой степени с уровнем алекситимии. Самочувствие пациентов связано с эмоциональным состоянием и наличием отрицательных эмоций.

Практическое применение результатов. Понимание психологического состояния пациента может быть полезно для выработки персонализированного подхода к лечению и успешной реабилитации за счет внутрилличностных ресурсов.

Ключевые слова: удовлетворенность жизнью, соматическое благополучие, субъективное переживание, боль, самочувствие

Для цитирования: Швайко, Е.Г. (2024). Взаимосвязь психологического и соматического благополучия у пациентов. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*, 47(3), 105–122. <https://doi.org/10.11621/LPJ-24-31>

The Relationship of Psychological and Somatic Well-Being in Patients

Yauhen G. Shvaiko ✉

Belarusian State University, Minsk, Republic of Belarus

✉ yauhensh@yandex.ru

Abstract

Background. Understanding of emotional aspects of painful experiences can significantly expand the therapeutic tools for both doctors and psychologists.

Objective. The focus is placed on the study of the relationship between psychological and somatic well-being of patients with pain syndrome.

Study Participants. Sample included 119 people: 57 men (average age 47.9 years) and 62 women (average age 46.5 years) from the number of outpatients of the treatment and prevention institution “City Health Center #12” (Minsk).

Methods. The study used: the Subjective Well-being Scale, the Numeric Pain Rating Scale (NPRS), the McGill Pain Questionnaire (MPQ), the Differential Emotion Scale, the Toronto Alexithymia Scale, and the Giessen Subjective Complaints List, GBB.

Results. The analysis of the correlations of emotional state and somatic complaints has revealed similarities and specificity of subjective experiences of patients in different conditions. The correlation analysis showed a certain relationship between emotional state and well-being, which is closely related to subjective well-being.

Conclusion. Subjective well-being of patients is related to psychoemotional state, health and somatic complaints, as well as, to some extent, to the level of alexithymia. Patients’ well-being is related to their emotional state and negative emotions.

Practical application of the results. Understanding the psychological state of the patient can be useful for developing a personalized approach to treatment and successful rehabilitation through intrapersonal resources.

Keywords: life satisfaction, somatic well-being, subjective experience, pain, well-being

For citation: Shvaiko, Y.G. (2024). The relationship of psychological and somatic well-being in patients. *Lomonosov Psychology Journal*, 47(3), 105–122. <https://doi.org/10.11621/LPJ-24-31>

Введение

ВОЗ подчеркивает важность решения проблемы лечения острой и хронической боли в связи с психоэмоциональными страданиями, которые доставляет болевой синдром конкретному человеку, а также существенный социально-экономический эффект, связанный с расходами на симптоматическое лечение и использование болеутоляющих препаратов¹. В некоторых случаях опыт перенесенного заболевания и процесс выздоровления приводят к смене смысложизненных ориентаций. Поэтому в период восстановления приоритет отдается налаживанию подорванной во время болезни социальной и профессиональной реализации. Подобное распределение ресурсов могут сопровождать деструктивные эмоции, такие как стыд или вина, которые отчасти компенсируются эффектом социальной желательности, тем не менее снижая выраженность субъективного благополучия. Таким образом, социальное, психологическое, личное, субъективное и эмоциональное благополучие невозможно рассматривать как изолированные феномены, поскольку они взаимосвязаны со всеми сферами жизни индивида как результат взаимной интеграции различных социально-психологических факторов и условий (Литвинова, 2022; Нестерова, Жучкова, 2018; Шамионов, 2015), вне зависимости от пола или возраста человека (Павлова, 2022). Поэтому ВОЗ видит стратегию достижения здоровья в качественной и скорейшей реабилитации, в которой человек находит новые смысложизненные ориентиры, что способствует достижению не только здоровья, но и субъективного благополучия².

Исследование данной проблематики также соответствует ориентации, принятой Государственной программой «Здоровье на-

¹ Scoping Document for WHO. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in adults with medical illnesses. URL: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_on_pain/en (accessed: 20.02.2024).

² Rehabilitation Competency Framework. (2019). *World Health Organization*, Geneva. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338782/9789240008281-eng.pdf?sequence=1> (accessed: 16.01.2024).

рода и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы³.

Обзор научных статей по исследуемой теме (Литвинова, 2022; Нестерова, Жучкова, 2018; Шамионов, 2015; Мельникова, 2009; Мереенкова, Солодкова, 2020; Лукьянова, 2022; Берберян, 2020; Тарасова, 2023; Григорова, 2019; Турик, 2019) показал разнообразие используемых терминов, имеющих сходное лексическое значение. Так, понятия «психологическое благополучие» (Литвинова, 2022; Нестерова, Жучкова, 2018; Мельникова, 2009), «личное благополучие» (Нестерова, Жучкова, 2018; Лукьянова, 2022), «субъективное благополучие» (Шамионов, 2015; Берберян, 2020; Тарасова, 2023) и «эмоциональное благополучие» (Шамионов, 2015; Берберян, 2020; Тарасова, 2023; Григорова, 2019), акцентируя разные аспекты благополучия личности, имеют в своей основе единый знаменатель — удовлетворенность жизнью. В нашем исследовании акцент делается на исследование субъективного благополучия у пациентов с болевым синдромом, а также его связи с эмоциональным и соматическим состоянием.

Современные исследования, проведенные в Институте психологии Российской академии наук (Павлова, 2022), показали взаимосвязь самооценки здоровья с показателями удовлетворенности жизнью и субъективным благополучием. Так, у людей пожилого возраста и при дефицитарных состояниях отмечается гиперкомпенсационная роль внутриличностных ресурсов, которые позволяют людям оставаться субъективно счастливыми вопреки наличию заболеваний и инвалидности (Павлова, 2022). Такие факторы важно учитывать, поскольку само по себе нарушение здоровья сказывается на функциональном состоянии организма и влечет за собой эмоциональные страдания. Неспособность реализовывать в полной мере социальную активность, выполнять профессиональную деятельность, заниматься повседневными делами — это одни из немногих ограничений, ассоциированные с нарушением здоровья, но существенно влияющие на психологическое благополучие.

Одним из важных факторов, связанных с психологическим благополучием при наличии соматических заболеваний, является болевой синдром, который по определению выступает маркером патологических процессов (Турик, 2019). Учитывая субъективный

³ Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы. Утверждено Постановлением Совета Министров Республики Беларусь. 2021. № 28. URL: <https://pravo.by/novosti/novosti-pravo-by/2021/january/58616> (дата обращения: 16.02.2024).

характер болевых переживаний пациентов, сотрудники системы здравоохранения (Турик, 2019; Хиновкер и др., 2019) указывают на необходимость персонализированного подхода к лечению и реабилитации с учетом индивидуальных эмоционально-личностных характеристик. В настоящее время ВОЗ не считает, что потребность в реабилитации в полной мере удовлетворяется, однако она является важной частью всеобщего охвата услугами здравоохранения и ключевой стратегией для достижения целей в области устойчивого развития⁴. В свою очередь, о важности роли государственной стратегии в повышении благосостояния государства с помощью улучшения субъективного благополучия своих граждан говорится в зарубежном независимом метаанализе 29 исследований, проведенных за семнадцатилетний период (Ngamaba et al., 2017), который согласуется с нашими результатами и с данными Н.С. Павловой (Павлова, 2022).

Методы исследования

Ввиду отсутствия единого протокола изучения эмоционального благополучия пациентов с болевым синдромом, для измерения субъективного ощущения боли и эмоционального благополучия были подобраны следующие методики.

Для оценки эмоционального благополучия использовалась Шкала субъективного благополучия, в соответствии с которой баллы обратно пропорциональны степени эмоционального благополучия (русскоязычный вариант методики М.В. Соколовой) (Соколова, 1996). Интенсивность и характер болевых ощущений определялись методиками: Цифровая рейтинговая шкала боли (ЦРШ) и Опросник Мак-Гилла (MPQ) (Ильясова и др., 2017); Шкала дифференциальных эмоций К. Изарда для дифференциации и определения субъективной степени выраженности фундаментальных эмоций (Елисеев, 2003). С целью определения способности респондентов к дифференцированию эмоций, эмоциональной чувствительности и вовлеченности в обыденной жизни применена Торонтская алекситимическая шкала в русскоязычной адаптации, выполненной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (Райгородский, 1998). Оценка соматического состояния опрашиваемых проводилась с помощью Гиссенского опросника психосоматических жалоб (Райгородский, 1998).

⁴ Rehabilitation Competency Framework. (2019). *World Health Organization*, Geneva. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338782/9789240008281-eng.pdf?sequence=1> (accessed: 16.01.2024).

Статистический анализ данных проводился с использованием SPSS Statistics 17.0. Применялись критерий Колмогорова — Смирнова и коэффициент ранговой корреляции Кендалла.

Выборка

В рамках исследования был проведен опрос 119 человек в возрасте от 18 до 86 лет из числа амбулаторных пациентов УЗ «12-я городская поликлиника» (г. Минск). Характеристика выборки: 57 мужчин (средний возраст 47,9 года) и 62 женщины (средний возраст 46,5 года). 18 человек отметили в анамнезе наличие травм или переломов, 27 человек указали дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, 44 человека отметили «другое» и 30 человек не указали диагноз. На момент опроса 47% участников находились на амбулаторном лечении по поводу наличия болевого синдрома, 24% следовали рекомендациям врача (преимущественно выполняли рекомендации дома) и 29% не подвергались лечению болевого синдрома.

Результаты исследования

Статистически значимых различий в зависимости от пола не было выявлено. Возраст участников показал слабую положительную корреляцию с употреблением лекарственных препаратов ($r=0,405$, $p<0,01$). Также употребление лекарств незначительно коррелирует с интенсивностью боли ($r=0,338$, $p<0,01$). В среднем по выборке отмечается умеренный уровень боли ($M=4,55$; $SD=2,2$) по ЦРШ, что подтверждается Опросником Мак-Гилла (интенсивность боли ($M=2,22$; $SD=1,1$) также соответствует умеренному уровню). Перекрестная корреляция показала совпадение показателей интенсивности боли между двумя опросниками ЦРШ и Мак-Гилла ($r=0,431$, $p<0,01$), а также по шкале «давления жалоб» Гиссенского опросника и интенсивности боли по Мак-Гиллу ($r=0,348$, $p<0,01$). Уровень алекситимии ($M=65,65$; $SD=11,2$) несколько превышает значения, принятые для здоровых людей. В выраженности психосоматических симптомов по Гиссенскому опроснику преобладает ревматический фактор — алгические или спастические симптомы ($M=8,2$; $SD=4,79$) и истощение ($M=6,16$; $SD=5,49$).

В целом коэффициент самочувствия по Шкале дифференциальных эмоций положительный ($M=1,6$; $SD=0,5$), умеренная выраженность тревожно-депрессивных эмоций ($M=18,06$; $SD=7,5$), умеренная выраженность острых негативных эмоций ($M=21,16$; $SD=9,29$), также умеренная выраженность позитивных эмоций ($M=26,45$;

SD = 5,84). Субъективное благополучие испытуемых в среднем характеризует умеренный эмоциональный комфорт ($M = 3,94$; $SD = 1,9$).

Выраженность индексов эмоций в зависимости от интенсивности болевого синдрома (Рисунок 1) показала преимущественно позитивный настрой участников исследования (показатель ПЭМ), который снижается только при невыносимой боли. Тревожно-депрессивный эмоциональный фон (ТДЕМ) и острые негативные эмоции (НЭМ) имеют тенденции к росту с увеличением интенсивности боли.

Анализ эмоционального состояния опрошенных при преобладании выраженности отдельной симптоматики по Гиссенскому опроснику соматических жалоб показал следующие различия. Истощение (Рисунок 2), как неспецифический показатель общей потери энергии и потребности в отдыхе, сопровождалось у респондентов средним уровнем интереса, невысоким уровнем отвращения, повышенным чувством вины и большим разбросом данных по показателям радости, удивления, горя, гнева, презрения, страха, стыда. При выраженных желудочных жалобах (эпигастральном синдроме) — характерном при нарушениях пищеварения (Рисунок 3), наблюдался средний уровень интереса, радости и отвращения, низкие уровни горя и презрения, высокие уровни чувства стыда и вины, большой разброс данных по показателям удивления, гнева и страха.

При доминирующей ревматической симптоматике — алгических и спастических проявлениях (Рисунок 4) эмоциональный портрет респондентов трудно дифференцировать, так как наблюдается большой разброс данных по показателям всех эмоций.

Преобладающая сердечная симптоматика (Рисунок 5) сопровождалась средним уровнем интереса, радости, отвращения и стыда, выраженными показателями удивления, презрения и вины, сниженным уровнем горя и достаточно большим разбросом данных, включая повышенные уровни по показателям гнева и страха.

Данные по Шкале субъективного благополучия выявили положительную корреляцию с интенсивностью жалоб ($r = 0,432$, $p < 0,01$), наличием чувства истощения ($r = 0,414$, $p < 0,01$), желудочными жалобами ($r = 0,329$, $p < 0,01$), ревматическим фактором ($r = 0,306$, $p < 0,01$), сердечными жалобами ($r = 0,364$, $p < 0,01$), уровнем алекситимии ($r = 0,337$, $p < 0,01$). При этом следует учитывать, что высокие оценки показателя субъективного благополучия по проведенной методике интерпретируются как свидетельствующие о выраженном эмоциональном дискомфорте, а низкие говорят о полном эмоциональном благополучии. Таким образом закономерна отрицательная

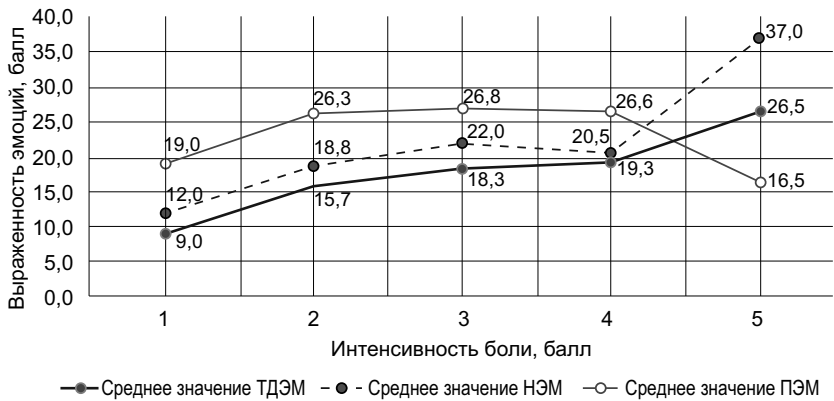


Рисунок 1

Распределение выраженности эмоциональных состояний у респондентов по Шкале дифференциальных эмоций в зависимости от интенсивности боли по Опроснику Мак-Гилла (ТДЭМ — тревожно-депрессивные эмоции, НЭМ — острые негативные эмоции, ПЭМ — позитивные эмоции)

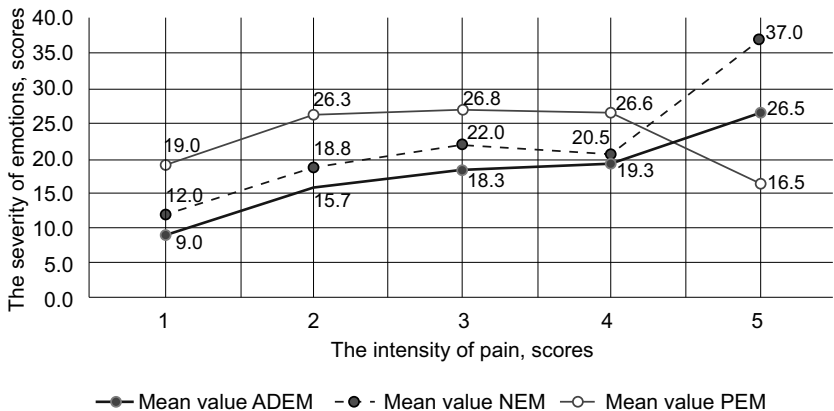


Figure 1

The distribution of the severity of emotional state among respondents by The Differential Emotions Scale according to pain intensity by McGill Pain Questionnaire, where ADEM — level of anxiety-depressive emotions, NEM — level of negative emotions, PEM — level of positive emotions

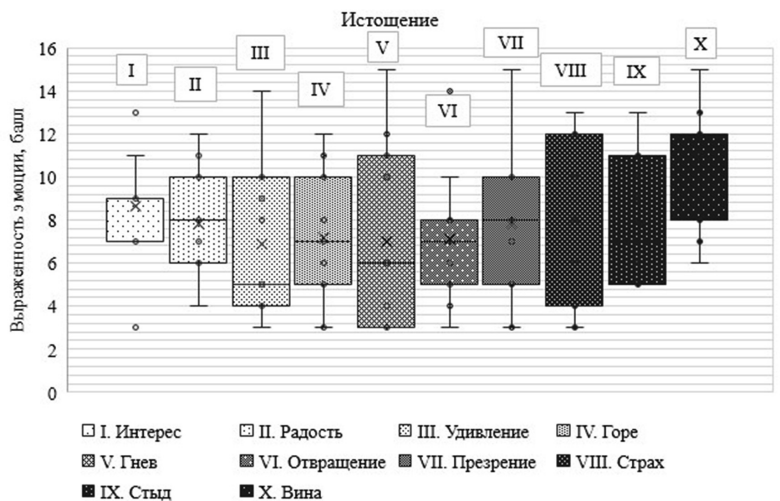


Рисунок 2

Показатели по Шкале дифференциальных эмоций при выраженном истощении (Гиссенский опросник психосоматических жалоб)

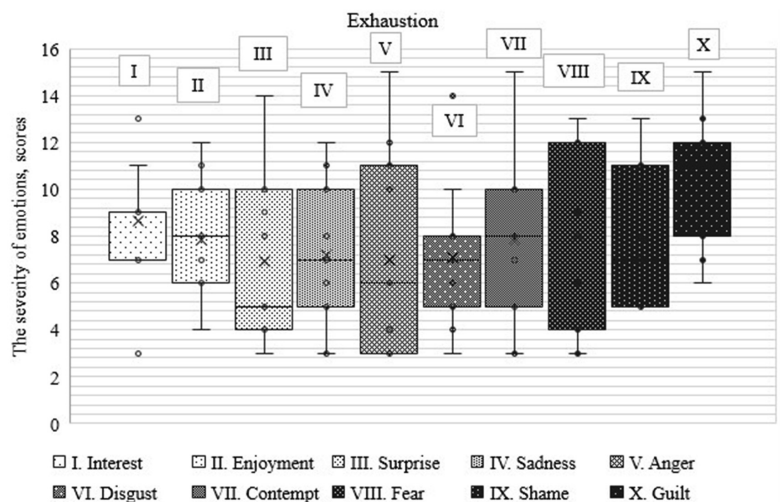


Figure 2

The Differential Emotions Scale at respondents with severe exhaustion (The Giessen Subjective Complaints List)

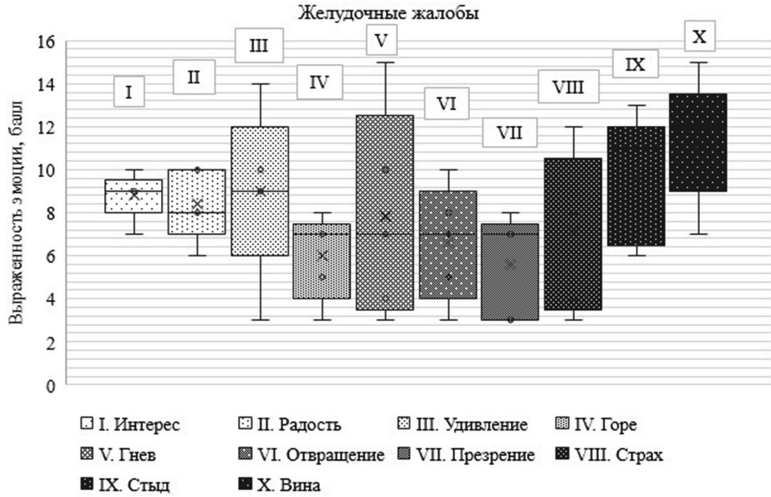


Рисунок 3

Показатели по Шкале дифференциальных эмоций при желудочных жалобах (Гиссенский опросник психосоматических жалоб)

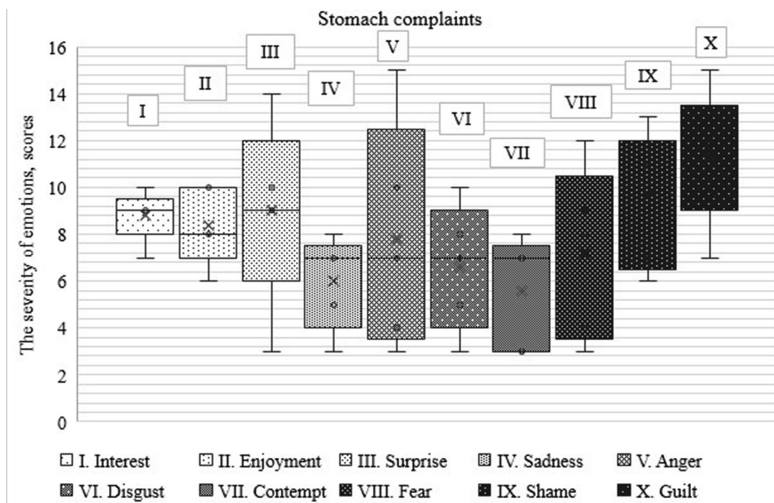


Figure 3

The Differential Emotions Scale in respondents with severe stomach complaints (The Giessen Subjective Complaints List)

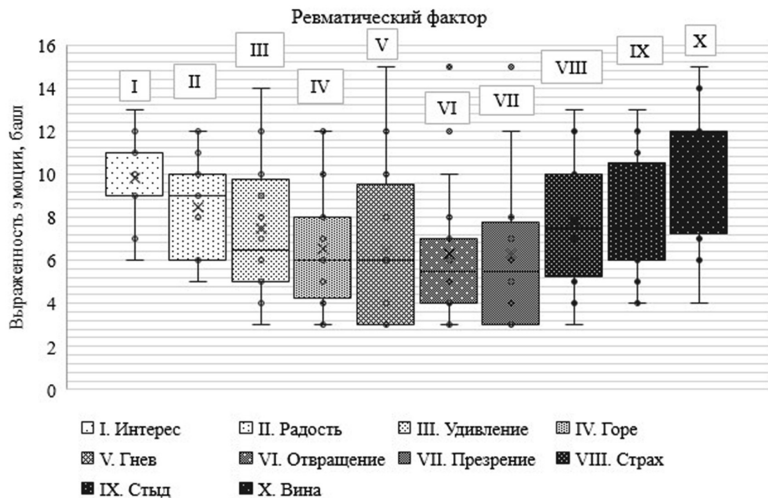


Рисунок 4

Показатели по Шкале дифференциальных эмоций при выраженном ревматическом факторе (Гиссенский опросник психосоматических жалоб)

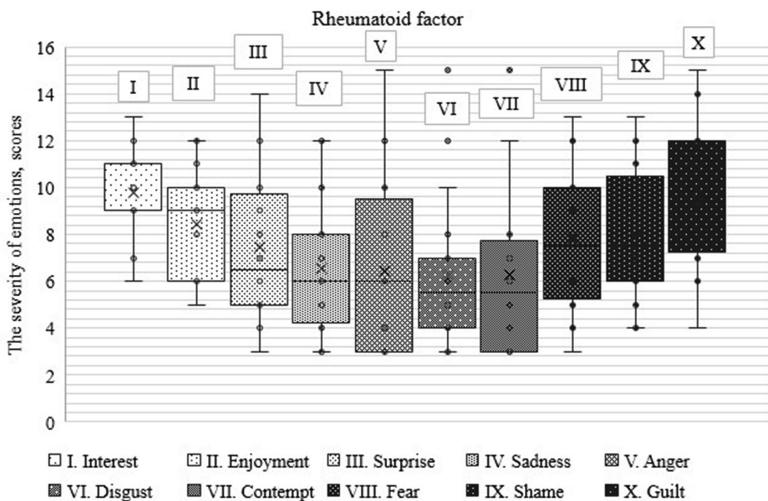


Figure 4

The Differential Emotions Scale in respondents with severe pain in the various parts of body (The Giessen Subjective Complaints List)

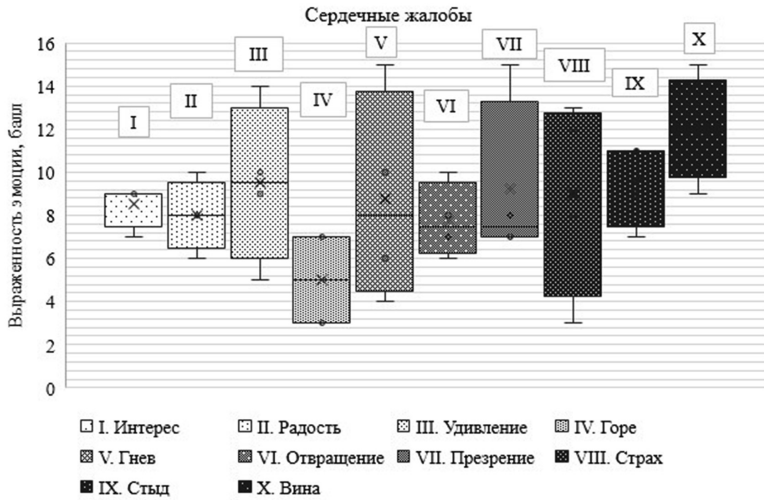


Рисунок 5

Показатели по Шкале дифференциальных эмоций при сердечных жалобах (Гиссенский опросник психосоматических жалоб)

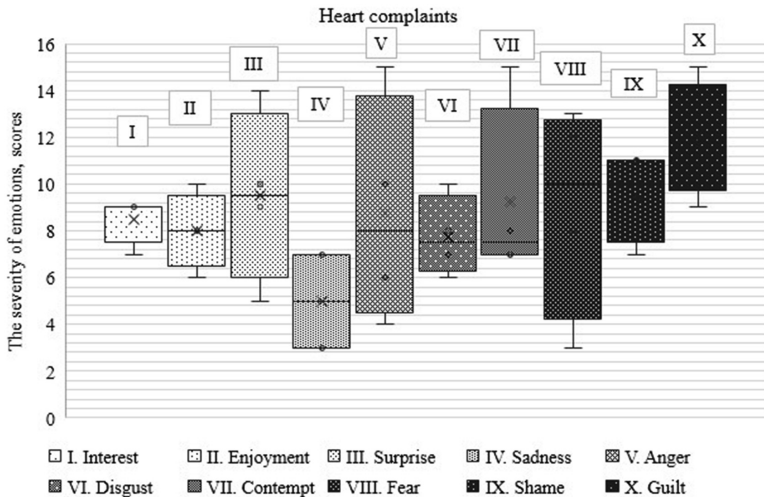


Figure 5

The Differential Emotions Scale in respondents with severe heart complaints (The Giessen Subjective Complaints List)

корреляционная связь данного показателя с коэффициентом самочувствия ($r = -0,344, p < 0,01$), то есть самочувствие и уровень субъективного благополучия взаимосвязаны. Коэффициент самочувствия также показал отрицательную корреляцию с признаками психоэмоциональной симптоматики ($r = -0,319, p < 0,01$), изменениями настроения ($r = -0,321, p < 0,01$), выраженностью тревожно-депрессивных эмоций ($r = -0,432, p < 0,01$), выраженностью острых негативных эмоций ($r = -0,646, p < 0,01$) и со всеми негативными эмоциями в отдельности (горе ($r = -0,455, p < 0,01$), гнев ($r = -0,514, p < 0,01$), отвращение ($r = -0,580, p < 0,01$), презрение ($r = -0,548, p < 0,01$), страх ($r = -0,513, p < 0,01$), стыд ($r = -0,321, p < 0,01$), вина ($r = -0,312, p < 0,01$)), а также слабую положительную корреляцию с выраженностью положительных эмоций ($r = 0,308, p < 0,01$) и отдельными положительными эмоциями (интерес ($r = 0,306, p < 0,01$), радость ($r = 0,344, p < 0,01$)). Несмотря на то, что уровень алекситимии у респондентов выше средних значений ($65,65 \pm 11,2$ балла по выборке), связи соматических жалоб с алекситимией выявлено не было.

Обсуждение результатов

Анализ выраженности связей эмоциональных компонентов соматических жалоб позволил обнаружить сходные черты и различия субъективных переживаний индивидом различных болезненных состояний. Как показал проведенный анализ, субъективное благополучие взаимосвязано с самочувствием, наличием соматических жалоб и эмоциональным состоянием. Полученные результаты перекликаются с результатами зарубежных исследований, а также с исследованиями, проведенными в Институте психологии Российской академии наук, которые также показали взаимосвязь самооценки здоровья с показателями удовлетворенности жизнью и субъективным благополучием, при этом статистически значимых различий между группами мужчин и женщин выявлено не было.

Особенность проведенного исследования заключается в дифференцированном подходе к изучению эмоциональных состояний пациентов с различными психосоматическими жалобами, что позволило более детально выделить психологические аспекты соматических симптомов, связанных с истощением, желудочными жалобами, ревматическим фактором, сердечными жалобами.

Например, в случае выявленного у пациентов наличия жалоб на истощение можно рассуждать об истощающем чувстве вины,

поскольку в сочетании с истощением преобладала именно эта эмоция. Если рассматривать с данной позиции, именно навязчивые повторяющиеся мысли по поводу того, что можно было бы сделать или не делать, сопровождающие чувство вины, могут приводить к состоянию нервного истощения. С другой стороны, может иметь место соматопсихический процесс, когда вследствие истощения человек не способен в полной мере заниматься повседневными делами и вынужден прибегать к помощи других, что вызывает у него чувство вины.

Выявленное у участников исследования сочетание желудочных жалоб с чувством вины и стыда также можно интерпретировать по-разному. С одной стороны, сочетание стыда и вины сопровождается отторжение ситуации на психосоматическом уровне, проявляющееся желудочно-кишечной симптоматикой. В некотором смысле человек «не переваривает» или «поедает себя изнутри», снова и снова проживая мысленно психотравмирующие воспоминания и свою роль в них. Чувство стыда отличается от вины тем, что стыд часто сопряжен с социальным осуждением, а не только с муками совести. Также стыд характеризует негативную оценку собственной личности, тогда как вина связана с негативной оценкой только поступка. Таким образом, происходит некоторое неприятие себя в личностном и социальном контексте, что сказывается негативно на самочувствии индивида несварением и отторжением. С другой стороны, сама по себе эпигастральная симптоматика зачастую причиняет значительный физический дискомфорт, что может провоцировать негативную эмоциональную реакцию, как, например, чувство стыда и неловкости от метеоризма и вздутия.

Что касается сердечной симптоматики, то не зря сердце в художественной литературе ассоциируется с эмоциональной чувствительностью: «до глубины сердца», «принимать близко к сердцу», «с тяжелым сердцем», «на сердце неспокойно (кошки скребут)», «скрепя сердце», «терзать сердце», «сердце кровью обливается», «сердце замирает». Как показывают данные респондентов, сердечные жалобы сочетаются с сильными эмоциями удивления, презрения, вины, гнева, страха.

Поскольку ревматические проявления разнообразны (кардиалгии, поражения суставов, кожные высыпания, нарушения работы нервной системы и др.) и могут быть вызваны разными причинами, соответственно выраженности связей между ними и определенными эмоциями у опрошенных участников исследования не было выявлено.

Специфика полученных результатов проясняет взаимосвязь психологического и соматического благополучия пациентов.

Выводы

Проведенное исследование позволило изучить основные аспекты психологического благополучия пациентов и субъективного переживания болевого синдрома. На основе полученных данных можно сделать вывод о том, что субъективное благополучие пациентов связано с самочувствием и наличием соматических жалоб, а также в некоторой степени с уровнем алекситимии. Самочувствие пациентов во многом связано с эмоциональным состоянием, особенно наличием отрицательных эмоций.

Практическое применение

Полученные данные позволяют судить о связи субъективного благополучия с соматическим и эмоциональным состоянием, что может использоваться для индивидуализации и коррекции процесса лечения и реабилитации пациентов. Понимание эмоциональной составляющей психологического состояния пациента является информативным инструментом для психотерапевтической коррекции изменений в процессе выздоровления, поскольку изменение психоэмоционального состояния коррелирует с самочувствием и субъективным благополучием пациента, создавая необходимый запас внутрличностных ресурсов для успешной реабилитации.

Список литературы

- Берберян, А.С. (2020). Взаимосвязь смысложизненных ориентаций, жизнестойкости и субъективного благополучия. *Методология современной психологии*, (12), 5–13.
- Григорова, Ю.Б. (2019). Структура эмоционального благополучия. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*, 26(8), 331–334.
- Елисеев, О.П. (2003). Дифференциальные шкалы эмоций (по К. Изарду). Практикум по психологии личности. Санкт-Петербург: Питер.
- Ильясова, Д.И., Марченко, А.Ю., Казарцев, В.В. (2017). Опросник боли Мак-Гилла и шкала ВАШ, как метод определения уровня болевого синдрома у пациентов после абдоминальных операций (лапароскопическая холецистэктомия). *Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*, 17(2), 36–39.
- Литвинова, Н.Ю. (2022). Взаимосвязь эмоционального, субъективного и психологического в структуре феномена благополучия личности. *Мир науки, культуры, образования*, 94(3), 50–53.

Лукьянова, Н.А. (2022). Личное Vs общественное в конструировании концепта «политическое благополучие». *Векторы благополучия: экономика и социум*, 47(4), 1–11.

Мельникова, Н.Н. (2009). Образ жизни и его адаптивная функция. *Психология. Психофизиология*, 138(5), 41–48.

Меренкова, В.С., Солодкова, О.Е. (2020). Исследование феномена «удовлетворенности жизнью». *Комплексные исследования детства*, 2(1), 4–13.

Нестерова, А.А., Жучкова, С.М. (2018). Факторная структура удовлетворенности жизнью в пожилом и старческом возрасте: социально-психологический подход. *Вестник Государственного университета просвещения. Серия психологические науки*, (1), 60–72.

Павлова, Н.С. (2022). Исследование субъективного качества жизни и субъективного благополучия в позднем онтогенезе. *Сибирский психологический журнал*, (86), 84–102.

Райгородский, Д.Я. (1998). Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: Издательский дом «Бахрах».

Соколова, М.В. (1996). Шкала субъективного благополучия: руководство. Ярославль: Изд-во НППЦ «Психодиагностика».

Тарасова, И.Ю. (2023). Теоретический анализ понятия «субъективное благополучие» с позиции гедонистического и эвдемонистического подходов. *Вестник науки*, 3(2), 121–124.

Турик, Е.В. (2019). Психокоррекционная работа с пациентами, страдающими хронической болью в спине. *Северо-Кавказский психологический вестник*, 17(1), 5–12.

Хиновкер, В.В., Юшкова, В.В., Федоров, Д.А. (2019). Демографические характеристики пациентов центра лечения боли. *Региональная анестезия и лечение острой боли*, (13), 10–16.

Шамионов, Р.М. (2015). Критерии субъективного благополучия личности: социокультурная детерминация. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акрмеология образования. Психология развития*, 4(3), 213–218.

Ngamaba, K.H., Panagiotti, M., Armitage, C.J. (2017). How Strongly Related Are Health Status and Subjective Well-Being? Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Public Health*, 27(5), 879–885. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx081>

References

Berberyan, A.S. (2021). The Interrelation of Meaningful Orientations, Sustainability and Subjective Well-Being. *Metodologiya Sovremennoi Psikhologii = Methodology of Modern Psychology*, (12), 5–13. (In Russ.)

Eliseev, O.P. (2003). Differential emotional scales (K. Izard). Workshop on personality psychology. St. Peterburg: Piter. (In Russ.)

Grigorova, Yu.B. (2019). The Severity of Emotional Well-Being. *Azimuth Nauchnykh Issledovaniy: Pedagogika i Psikhologiya = Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*, 26(8), 331–334. (In Russ.)

Il'yasova, D.I., Marchenko, A.Yu., Kazartsev, V.V. (2017). McGill's Pain Questionnaire and NPRS Scale as a Method of Determining the Level of Pain Syndrome in Patients After Abdominal Surgery (Laparoscopic Cholecystectomy). *Vestnik Soveta Molodykh Uchenykh i Spetsialistov Chelyabinskoi Oblasti = Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*, 17(2), 36–39. (In Russ.)

Khinovker, V.V., Yushkova, V.V., Fedorov, D.A. (2019). Demographic Characteristics of Patients' Pain Treatment Center. *Regionarnaya Anesteziya i Lechenie Ostroi Boli = Regional Anesthesia and Acute Pain Management*, (13), 10–16. (In Russ.)

Litvinova, N.Yu. (2022). The Severity of Emotional, Subjective and Psychological in the Structure of the Phenomenon of Personal Well-Being. *Mir Nauki, Kul'tury, Obrazovaniya = The World of Science, Culture, Education*, 94(3), 50–53. (In Russ.)

Luk'yanova, N.A. (2022). Personal Vs Public in Designing the Concept of «Political Prosperity» *Vektory Blagopoluchiya: Ekonomika i Sotsium = Vectors of Well-Being: Economy and Society*, 47(4), 1–11. (In Russ.)

Meĭnikova, N.N. (2009). Lifestyle and Its Adaptive Function. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya = Psychology. Psychophysiology*, 138(5), 41–48. (In Russ.)

Merenkova, V.S. Solodkova, O.E. (2020). Research of the Phenomenon of «Life Satisfaction». *Kompleksnye Issledovaniya Detstva = Comprehensive Studies of Childhood*, 2(1), 4–13. (In Russ.)

Nesterova, A.A., Zhuchkova, S.M. (2018). Factor Structure of Life Satisfaction in Old Age and Old Age: Socio-Psychological Approach. *Vestnik Gosudarstvennogo Universiteta Prosveshcheniya. Seriya Psikhologicheskie Nauki = Bulletin of the State University of Education. Series Psychological Sciences*, (1), 60–72. (In Russ.)

Ngamaba, K.H., Panagioti, M., Armitage, C.J. (2017). How Strongly Related Are Health Status and Subjective Well-Being? Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Public Health*, 27(5), 879–885. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx081>

Pavlova, N.S. (2022). Study of Subjective Quality of Life and Subjective Well-Being in Late Ontogeny. *Sibirskii Psikhologicheskii Zhurnal = Siberian Psychological Journal*, (86), 84–102. (In Russ.)

Raigorodskii, D.Ya. (1998). Practical psychodiagnostics. Methods and tests. Samara: Bakhrakh Publ. (In Russ.)

Shamionov, R.M. (2015). Criteria of Subjective Well-Being of the Individual: Sociocultural Determination. *Izvestiya Saratovskogo Universiteta. Novaya Seriya. Seriya Akmeologiya obrazovaniya. Psikhologiya razvitiya = News of Saratov University. New series. Series Acmeology of Education. Developmental Psychology*, 4(3), 213–218. (In Russ.)

Sokolova, M.V. (1996). Subjective well-being scale: manual. Yaroslavl: NPC «Psychodiagnostics» Publ. (In Russ.)

Shvaiko, Y.G.

The relationship of psychological and somatic well-being in patients.

Lomonosov Psychology Journal. 2024. Vol. 47, No. 3

Tarasova, I.Yu. (2023). Theoretical Analysis of The Concept of «Subjective Well-Being» from the Perspective of Hedonic and Eudemonistic Approaches. *Vestnik Nauki = Herald of Science*, 3(2), 121–124. (In Russ.)

Turik, E.V. (2023). Psychoremedial Work with Patients Suffering from Chronic Back Pain. *Severo-Kavkazskii Psikhologicheskii Vestnik = North Caucasian Psychological Bulletin*, 17(1), 5–12. (In Russ.)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Евгений Григорьевич Швайко, соискатель кафедры общей и медицинской психологии факультета философии и социальных наук Белорусского государственного университета, Минск, Беларусь, yauhensh@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6726-3476>

ABOUT THE AUTHOR

Yauhen G. Shvaiko, Applicant at the Department of General and Medical Psychology, Faculty of Philosophy and Social Sciences, Belarusian State University, Minsk, Belarus, yauhensh@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6726-3476>

Поступила: 29.02.2024; получена после доработки: 27.06.2024; принята в печать: 20.08.2024.

Received: 29.02.2024; revised: 27.06.2024; accepted: 20.08.2024.