

А. Ш. Тхостов, А. С. Нелюбина, Т. С. Бузина

Тест
«Выбор дескрипторов
интрацептивных ощущений»

Учебное пособие для обучающихся
по специальности 37.05.01. Клиническая психология

Санкт-Петербург
Наукоемкие технологии
2022

УДК 159.9

ББК 88.7

T11

Рецензент:

Малыгин В.Л. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова»

Авторы:

Тхостов Александр Шамилевич – доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет»;

Нелюбина Анна Сергеевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет»;

Бузина Татьяна Сергеевна – доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова»

Тхостов А. Ш., Нелюбина А. С., Бузина Т. С.

T11 Тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений». Учебное пособие для обучающихся по специальности 37.05.01 Клиническая психология. – СПб.: Научные технологии, 2022. – 105 с.

ISBN 978-5-907618-16-9

В учебном пособии для обучающихся по специальности 37.05.01. Клиническая психология представлена краткая история конструирования, стимульный материал, рекомендации по использованию и интерпретации результатов психосемантического теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» для исследования особенностей телесного опыта при различных психических и соматических заболеваниях. Пособие может быть использовано в курсах: «Практикум по психосоматике», «Практикум по патопсихологии», «Практикум по клинической психодиагностике».

Материал предназначен для студентов вузов, преподавателей, научных сотрудников и медицинских психологов соматических, наркологических и психиатрических клиник.

Учебное пособие рассмотрено на заседании Ученого Совета Института психологии им. Л. С. Выготского и рекомендовано к публикации (протокол № 10 от 28.06.2022).

УДК 159.9

ББК 88.7

ISBN 978-5-907618-16-9

© Тхостов А. Ш., Нелюбина А. С., Бузина Т. С., 2022

Оглавление

Введение	4
1. Методика «ВДИО» как инструмент исследования особенностей вербализации и категоризации телесных ощущений	8
1.1. История создание теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»	8
1.2. Стимульный материал и процедура исследования	9
1.3. Принципы анализа результатов теста	13
2. Эмпирические исследования интрацептивного восприятия при различных заболеваниях	18
2.1. Исследование интрацептивного восприятия при истинных сердечно-сосудистых заболеваниях и функциональных расстройствах со стороны сердечно-сосудистой системы	18
2.2. Исследование интрацептивного восприятия в онкологической клинике	40
2.3. Исследование внутреннего телесного опыта при различных видах зависимости	57
2.4. Телесный опыт болезни пациента и представление о нем у врача	98
Литература	103

Введение

Исследование особенностей интрацепции (внутренних, телесных ощущений) у пациента долгое время считалось не психологической, а, скорее, физиологической задачей. Но с развитием экспериментальных исследований в клинике и появлением пионерских работ, демонстрирующих активную роль сознания в восприятии, понимании, вербализации телесных ощущений, во влиянии психологических компонентов (например, установки) на восприятие телесного опыта (например, плацебо-эффект), появилась необходимость в создании специализированного психодиагностического инструментария для этой области [13].

В западной клинической психологии для исследования телесного опыта пациента используются цифровые оценочные шкалы как для множества основных, так и отдельных симптомов, например, такие как: SAS (шкала оценки симптомов), MDASI (для оценки симптомов у онкологических больных), BPI (краткий опросник боли), BFI (краткий опросник выраженности слабости), ESAS (Эдмонтонская система оценки симптомов). Пациент должен выбрать знакомые симптомы. В более сложных версиях, пациенту предоставляется возможность оценить степень выраженности симптома (например, боли) или эмоциональное отношение к нему. По выбранным пациентом симптомам врач судит о медицинской грамотности больного, его осведомленности о заболевании. В подобных перечнях вместе с обыденными названиями (например, «изжога», «головная боль»), используются и собственно симптомы (например, «тахикардия»). На наш взгляд, недостатком такого сугубо медицинского подхода является предложение симптомов – единиц анализа, которыми оперирует врач при выявлении синдромов и постановке диагноза. Сам же пациент может вкладывать в название симптома различные значения, в зависимости от свое-

го образовательного и культурного уровня, неверно или упрощенно понимая их [9].

В ходе некоторых исследований обнаружили расхождения между субъективной оценкой выраженности симптомов самим пациентом и оценкой их лечащим врачом [1]. Данный факт можно объяснить тем, что представленные симптомы, а также их количественная степень выраженности (в случае оценочных шкал) интерпретируется пациентом по-своему, а оценки отражают его субъективное переживание в отношении этих симптомов. Поэтому так важно исследование индивидуальных систем значений интрацептивных ощущений, функционирующих в обыденном сознании пациентов.

В отечественной клинической психологии в качестве методологической базы для исследования телесного опыта пациента использовался психосемантический подход, позволяющий реконструировать индивидуальные системы значений, которыми мыслит человек (в нашем случае, пациент). Индивидуальные системы значений устроены иерархически, образуют классы и категории, не всегда совпадающие с принятыми в науке, и часто абсурдные с точки зрения формальной логики. Более подробно с психосемантическим подходом в психологии вы можете ознакомиться в трудах Е.Ю. Артемьевой, В.Ф. Петренко, В.П. Серкина и др. [14].

Более ранней версией, описываемой в данном пособии методики был тест «Классификация ощущений» (Ефремова О.В., Тхостов А.Ш., 1990 и др.) [7; 16]. В дальнейшем для исследования индивидуальной системы значений внутреннего восприятия была разработана психосемантическая методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (ВДИО), применяемая для исследования особенностей вербализации и индивидуальных систем значений внутреннего восприятия и опыта (Тхостов А.Ш., Елшанский С.П., 2003) [11; 15]. С ее помощью удалось описать интрацептивный опыт при различных соматических и психических рас-

стройствах, с различным течением и формами, а также телесный опыт условно здоровых людей (так называемой «нормы»).

В последние годы методика претерпевала изменения в части инструкции – в зависимости от задач исследования сокращалось количество этапов или добавлялись дополнительные (например, «привычное самочувствие» – Г.Е. Рупчев, «ощущения, в состоянии наркотического опьянения и абстинентного синдрома» – Т.С. Бузина, «ощущения, ушедшие в результате лечения» – А.С. Нелюбина). Кроме того, тест ВДИО оказался интересным инструментом для сравнения телесного опыта пациента и представлений о нем у лечащего врача, что позволило обнаружить различные ожидания у участников лечебного процесса, порождающие такие феномены как низкая приверженности терапии, недоверие в диаде врач-больной и пр.

С использованием теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» выполнены дипломные, магистерские и диссертационные исследования: в наркологической клинике (А.Ш. Тхостов, С.П. Елшанский, Т.С. Бузина, Т.В. Подосинова), при ипохондрических расстройствах (О.В. Ефремова), кардиологической клинике (А.Ш. Тхостов, А.С. Нелюбина; С.В. Тырановец), онкологической клинике (А.Ш. Тхостов, А.С. Нелюбина, Е.Е. Тунцова), при гепатите С (В.Л. Малыгин, В.В. Огарев; Т.С. Бузина, Т.В. Подосинова), иммунологической клинике: рассеянный склероз (А.М. Мерзлякова), муковисцидоз (И.Н. Абросимов), аллерго-патология (О.И. Сидорович), соматоформных расстройствах (Г.Е. Рупчев, А.С. Нелюбина, О.И. Сидорович). Были описаны интрацептивные словари больных различных нозологических групп.

Помимо научных целей изучения особенностей вербализации и категоризации телесного опыта (в том числе, болезни), тест может быть использован в практической работе с больными – в клинической практике использование ВДИО позволяет пациенту структурировать свои жалобы,

и при помощи врача, верно атрибутировать ощущения (как связанные или не связанные с заболеванием) и определить сигнальные ощущения (маркеры ухудшения состояния).

Пособие состоит из описания стимульного материала методики, основной и дополнительных инструкций, порядка проведения. Далее мы приводим основные подходы к обработке, анализу и интерпретации полученных данных. Отдельные параграфы посвящены конкретным эмпирическим исследованиям в соматической, психиатрической и наркологической клиниках.

1. Методика «ВДИО» как инструмент исследования особенностей вербализации и категоризации телесных ощущений

1.1. История создание теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»

Тест создавался в несколько этапов. Сначала в словаре русского языка при помощи психологов-экспертов был произведен отбор слов, подходящих для описания внутренних телесных ощущений. В этот список были добавлены низкочастотные в здоровой популяции слова для описания интрацептивных ощущений. Изначально тест был предложен здоровой популяции с открытой инструкцией, как в классической патопсихологической методике «Классификация предметов»: «Разложите карточки, что к чему подходит». Таким образом, участник исследования сам выбирал основания для классификации. В дальнейшем, для унификации результатов и возможности сравнивать различные группы пациентов, инструкция стала включать шесть обязательных этапов: 1) слова, подходящие для описания внутренних, телесных ощущений; 2) знакомые или испытанные ощущения, 3) важные ощущения, 4) ощущения из-за болезни, 5) опасные, угрожающие жизни ощущения, 6) часто испытываемые ощущения.

В более поздних версиях количество этапов и инструкции к ним пересматривались и дополнялись. Так, появилась инструкция о «привычном самочувствии» (куда могли входить дискомфортные и относящиеся к болезни ощущения, но ставшие привычным телесным фоном), инструкция о телесных проявления абстинентного синдрома и наркотического опьянения у лиц с химическими зависимостями, инструкция отбавить из часто испытываемых ощущений те, которые прекратились в результате терапии и т.д. Отдельно следует упомянуть попытку предложить лечащим врачам встать на место своих пациентов и выбрать ощущения, которые они долж-

ны испытывать из-за болезни и считать опасными, требующими обращения за медицинской помощью.

1.2. Стимульный материал и процедура исследования

1. Испытуемому предлагается 80 слов (дескрипторов), из которых он должен выбрать подходящие, по его мнению, для описания внутренних телесных ощущений.

2. Из подходящих для описания внутренних телесных ощущений дескрипторов испытуемый выбирает подходящие для описания тех ощущений, которые он переживал сам.

3. Из дескрипторов, подходящих для описания ощущений, которые он переживал сам, испытуемый выбирает те, которые обозначают наиболее важные для него ощущения.

4. Из дескрипторов, подходящих для описания ощущений, которые он переживал сам, испытуемый выбирает описывающие болезненные ощущения.

5. Из описывающих болезненные ощущения дескрипторов испытуемый выбирает слова, обозначающие опасные, угрожающие здоровью ощущения.

6. Из описывающих болезненные ощущения дескрипторов испытуемый выбирает слова, обозначающие часто встречающиеся ощущения.

Предъявляемые на 1-м этапе теста слова (дескрипторы) приводятся в *таблице 1*.

Таким образом, всего испытуемый выполняет 6 этапов теста (заданий), выбирая соответственно:

1) подходящие для описания **внутренних телесных ощущений** (предъявляется исходный набор из 80-ти дескрипторов);

2) **пережитые ощущения**, (на этом этапе предъявляются только те дескрипторы, которые были выбраны испытуемым на 1-м этапе теста);

3) **важные, значимые ощущения** (на этом этапе предъявляются дескрипторы, выбранные испытуемым на 2-м этапе теста);

4) **болезненные ощущения** (на этом этапе предъявляются дескрипторы, выбранные испытуемым на 2-м этапе теста);

5) **опасные, угрожающие здоровью ощущения** (на этом этапе предъявляются дескрипторы, выбранные испытуемым на 3-м этапе теста);

6) **часто встречающиеся ощущения** (на этом этапе предъявляются дескрипторы, выбранные испытуемым на 3-м этапе теста).

Таблица 1

**Набор дескрипторов, использующихся в тесте
«Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»**

1. ЖЖЕНИЕ	21. ПРИЯТНЫЙ	41. МОКРЫЙ	61. ЖУТКО
2. ДАВЛЕНИЕ	22. ПРОТИВНЫЙ	42. ЛОМОТА	62. УДОВОЛЬСТВИЕ
3. ТЯЖЕСТЬ	23. ОЖОГ	43. ЛАСКАЮЩИЙ	63. ОТРАВЛЕНИЕ
4. ХОЛОДОК	24. ЛИПКИЙ	44. ВЛАЖНЫЙ	64. ОПЬЯНЕНИЕ
5. ГОРЯЧИЙ	25. УСТАЛОСТЬ	45. ЗВЕНЕТЬ	65. ВОЗБУЖДЕНИЕ
6. ТЕМНЫЙ	26. НЕВМОГОТУ	46. ГОРЬКИЙ	66. ПРЕДЧУВСТВИЕ
7. ЗАЩЕКОТАТЬ	27. ВЯЛЫЙ	47. СТУК	67. ЖАР
8. БОЛЬ	28. НАПРЯЖЕНИЕ	48. ВКУСНЫЙ	68. ОПУСТОШЕНИЕ
9. ГОЛОД	29. ДЕПРЕССИЯ	49. МЕРЦАНИЕ	69. СТРАДАНИЕ
10. ТРЕСК	30. БЕСЧУВСТВИЕ	50. СЖИМАТЬСЯ	70. БЛАЖЕНСТВОВАТЬ
11. ОНЕМЕНИЕ	31. МОХНАТЫЙ	51. УТИХАТЬ	71. ИЗНУРЯЮЩИЙ
12. СЛАБОСТЬ	32. ШОРОХ	52. ЛИХОРАДКА	72. ГРУСТЬ
13. ДРОЖЬ	33. ГРОМКО	53. ОТЧАЯНИЕ	73. УДУШЬЕ
14. ЗУД	34. ЖУЖЖАНИЕ	54. ТРЕВОГА	74. МУЧИТЕЛЬНО
15. УКОЛ	35. ЦАРАПНУТЬ	55. ЦЕПЕНЕТЬ	75. ИСТОЩЕНИЕ
16. ПОКОЙ	36. ТВЕРДЫЙ	56. ВЛЕЧЕНИЕ	76. ПРОНЗАТЬ
17. ЛЕГКОСТЬ	37. ВСПЫШКА	57. ЗАНЫТЬ	77. ЗНОБИТЬ
18. ДВИЖЕНИЕ	38. ВСПЛЕСК	58. ТЕРЗАЮЩИЙ	78. УЧАЩАТЬСЯ
19. ТОШНОТА	39. УПРУГИЙ	59. ТОСКА	79. ПЛОХО
20. БИЕНИЕ	40. ШЕПОТ	60. ПРЕСЫЩЕНИЕ	80. ПОДАВЛЕННОСТЬ

Отобранные испытуемым на каждом этапе слова регистрируются и служат материалом для последующего анализа.

Инструкция

Инструкция к методике «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»¹:

¹ В данной работе представлен бланковый вариант теста, также существуют варианты «На карточках» и компьютерный.

1. Отметьте на бланке в колонке «1» знаком «X» те слова, которые, по вашему мнению, описывают **ВНУТРЕННИЕ ТЕЛЕСНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ**.

2. Вычеркните те слова, которые **НЕ БЫЛИ ОТМЕЧЕНЫ** вами в пункте 1.

3. Среди оставшихся слов отметьте в колонке «2» знаком «X» те ощущения, которые **ВЫ ПЕРЕЖИВАЛИ САМИ**.

4. Вычеркните те слова, которые **НЕ БЫЛИ ОТМЕЧЕНЫ** вами в пункте 2.

5. Среди оставшихся слов отметьте в колонке «3» знаком «X» те ощущения, которые для вас **НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫ** (при этом вычеркивать оставшиеся слова после выполнения этого пункта не следует).

6. В колонке «4» отметьте знаком «X» те слова, которые описывают **БОЛЕЗНЕННЫЕ** ощущения (при этом используйте для выбора слова, как отмеченные вами при выполнении пункта 5, так и не отмеченные).

7. Вычеркните те слова, которые **НЕ БЫЛИ ОТМЕЧЕНЫ** вами в ПУНКТЕ 6.

8. Среди оставшихся слов отметьте в колонке «5» знаком «X» те слова, которые описывают **ОПАСНЫЕ, УГРОЖАЮЩИЕ ЗДОРОВЬЮ** ощущения (вычеркивать оставшиеся слова после выполнения этого пункта не следует).

9. В колонке «6» отметьте знаком «X» слова, описывающие ощущения, которые, по вашему мнению, **ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ** (используйте для выбора слова, как отмеченные вами при выполнении пункта 8, так и не отмеченные; вычеркивать оставшиеся слова после выполнения этого пункта не следует).

Время тестирования не ограничено.

На рисунке 1 представлен бланк теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений».

1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
						21. ПРИЯТНЫЙ						41. МОКРЫЙ						61. ЖУКО					
						22. ПРОТИВНЫЙ						42. ЛОМОТА						62. УДОВОЛЬСТВИЕ					
						23. ОЖОГ						43. ЛАСКАЮЩИЙ						63. ОТРАВЛЕНИЕ					
						24. ХИППИЙ						44. ВЛАЖНЫЙ						64. ОПЬЯНЕНИЕ					
						25. УСТАЛОСТЬ						45. ЗВЕНЕТЬ						65. ВОЗВУЖДЕНИЕ					
						26. НЕЗМОГУТОУ						46. ГОРЬКИЙ						66. ПРЕДУЧУВСТВИЕ					
						27. ВЯЛЫЙ						47. СТУК						67. ЖАР					
						28. НАПРЯЖЕНИЕ						48. ЕКУСНЫЙ						68. ОПУСТОШЕНИЕ					
						29. ДИСТРЕССИЯ						49. МЕРЦАНИЕ						69. СТРАДАНИЕ					
						30. ЕСЕЧУВСТВИЕ						50. СКИЗМАТИСЯ						70. ВЛАЖЕНСТВОВАТЬ					
						31. МОМНАТИ						51. УПЕЧАТЬ						71. ИЕНУЮЩИЙ					
						32. ШОРОК						52. ЛЮХОРАДКА						72. ГРУСТЬ					
						33. ГРОМКО						53. ОТЧАЯНИЕ						73. УДУШЬЕ					
						34. ЖУЖКАНИЕ						54. ТРЕВОГА						74. МУЧИТЕЛЬНО					
						35. ЦАПАНИУТЬ						55. ЦЕПЕНЕТЬ						75. ИСТОЩЕНИЕ					
						36. ТВЕРДЫЙ						56. ВЛОЧЕНИЕ						76. ПРОБАТЬ					
						37. ВСПЫШКА						57. ЗАНАТЬ						77. ЗНОБИТЬ					
						38. ВСПЕШЕК						58. ТЕРЗАЮЩИЙ						78. УЧАПАТИСЯ					
						39. ТИП УТИТ						59. ТОСКА						79. ПОЛОХО					
						40. ШЕПОТ						60. ПРЕСЫЩЕНИЕ						80. ПОПЛАЧЕННОСТЬ					

Рисунок 1. Бланк теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»

Форма представления стимульного материала может различаться в зависимости от условий обследования и возможностей пациента. Предусмотрены бланковый и карточный варианты.

При предъявлении бланкового варианта пациент отмечает в бланке с 80 дескрипторами подходящие ощущений, согласно инструкции экспериментатора. Сложностью заполнения бланкового варианта является то, что дескрипторы выбираются нелинейно, и чтобы избежать путаницы, необходимо закрывать от пациента ответы на предыдущий этап. В тоже время малоподвижному пациенту удобнее работать с бланком.

При предъявлении карточного варианта пациенту дается стопка карточек с дескрипторами (на одной карточке – один дескриптор), которые он классифицирует, согласно инструкции. Преимуществом варианта является простота в использовании – у пациента в руках находятся только необходимые карточки, и их путаница исключена. Кроме того, на этапе «Отберите из часто испытываемых болененных ощущений те, которые ушли в результате терапии», можно наглядно продемонстрировать эффективность терапии, которая была неочевидна пациенту.

1.3. Принципы анализа результатов теста

Производится расчет количества выбранных в каждом задании слов, а также количества выбранных слов для каждой из тринадцати классов (категорий) четырех классификаций («Части речи», «Метафоры-телесные-психические», «Конкретные-диффузные», «Частотность»)² в каждом задании теста. Выделены следующие классы (категории) (в скобках указано общее число дескрипторов каждого класса):

1. Классификация «Части речи»:

- существительные (48);
- глаголы (11);
- наречия (5);
- прилагательные (13);
- причастия (3).

2. Классификация «Метафоры-телесные-психические»:

- метафоры (11);
- описывающие телесные ощущения (41);
- описывающие психические состояния и чувства (28).

3. Классификация «Конкретные-диффузные»:

- обозначающие конкретные (локализованные) ощущения (44);
- обозначающие диффузные (общие, генерализованные) ощущения или чувства (36).

4. Классификация «Частотность»³:

- высокочастотные дескрипторы (48);
- среднечастотные дескрипторы (18);
- низкочастотные дескрипторы (14).

² Отнесение дескрипторов к категориям производилась экспертным путем (за исключением классификации «Части речи», для которой классы определяются частями речи русского языка). Экспертное оценивание осуществлялось психологами отделения Пограничной психопатологии и психосоматических расстройств НИИ Клинической Психиатрии НЦПЗ РАМН, имеющими опыт работы с методикой «Классификация ощущений». Отметим, что для ряда дескрипторов отнесение их к некоторым категориям является достаточно условным.

³ Здесь подразумевается частотность использования слов применительно к внутренним ощущениям.

Распределение исходного набора дескрипторов теста по классам (категориям) четырех классификаций представлено в *таблице 2*.

Таблица 2

**Распределение исходного набора дескрипторов теста
«Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» по классам**

Дескриптор	Классификация «Части речи»	Классификация «Метафоры- телесные- психические»	Классификация «Конкретные- диффузные»	Классификация «Частотность»
1. ЖЖЕНИЕ	С	т	к	вч
2. ДАВЛЕНИЕ	С	т	к	вч
3. ТЯЖЕСТЬ	С	т	к	вч
4. ХОЛОДОК	С	т	к	вч
5. ГОРЯЧИЙ	прл	т	к	вч
6. ТЕМНЫЙ	прл	м	д	нч
7. ЗАЩЕКОТАТЬ	Г	т	к	вч
8. БОЛЬ	С	т	к	вч
9. ГОЛОД	С	п	к	вч
10. ТРЕСК	С	т	к	нч
11. ОНЕМЕНИЕ	С	т	к	вч
12. СЛАБОСТЬ	С	т	д	вч
13. ДРОЖЬ	С	т	к	вч
14. ЗУД	С	т	к	вч
15. УКОЛ	С	т	к	вч
16. ПОКОЙ	С	п	д	сч
17. ЛЕГКОСТЬ	С	п	д	вч
18. ДВИЖЕНИЕ	с	т	д	вч
19. ТОШНОТА	с	т	к	вч
20. БИЕНИЕ	с	т	к	вч
21. ПРИЯТНЫЙ	прл	п	д	сч
22. ПРОТИВНЫЙ	прл	п	д	сч
23. ОЖОГ	с	т	к	вч
24. ЛИПКИЙ	прл	т	к	нч
25. УСТАЛОСТЬ	с	п	д	вч
26. НЕВМОГОТУ	н	п	д	сч
27. ВЯЛЫЙ	прл	п	д	вч
28. НАПРЯЖЕНИЕ	с	т	д	вч
29. ДЕПРЕССИЯ	с	п	д	вч
30. БЕСЧУВСТВИЕ	с	п	д	сч
31. МОХНАТЫЙ	прл	м	к	нч
32. ШОРОХ	с	м	к	нч
33. ГРОМКО	н	м	к	нч
34. ЖУЖЖАНИЕ	с	м	к	нч
35. ЦАРАПНУТЬ	г	т	к	сч
36. ТВЕРДЫЙ	прл	т	к	сч
37. ВСПЫШКА	с	м	к	нч
38. ВСПЛЕСК	с	м	к	нч
39. УПРУГИЙ	прл	т	к	сч
40. ШЕПОТ	с	м	к	нч
41. МОКРЫЙ	прл	т	к	сч
42. ЛОМОТА	с	т	к	вч
43. ЛАСКАЮЩИЙ	прч	т	д	сч

Дескриптор	Классификация «Части речи»	Классификация «Метафоры- телесные- психические»	Классификация «Конкретные- диффузные»	Классификация «Частотность»
44. ВЛАЖНЫЙ	прл	т	к	сч
45. ЗВЕНЕТЬ	г	м	к	нч
46. ГОРЬКИЙ	прл	т	к	нч
47. СТУК	с	м	к	нч
48. ВКУСНЫЙ	прл	т	к	нч
49. МЕРЦАНИЕ	с	м	к	сч
50. СЖИМАТЬСЯ	г	т	к	вч
51. УТИХАТЬ	г	п	д	вч
52. ЛИХОРАДКА	с	т	к	вч
53. ОТВЧАЯНИЕ	с	п	д	вч
54. ТРЕВОГА	с	п	д	вч
55. ЦЕПЕНЕТЬ	г	т	к	вч
56. ВЛЕЧЕНИЕ	с	п	д	вч
57. ЗАНЫТЬ	г	т	к	вч
58. ТЕРЗАЮЩИЙ	прч	т	д	вч
59. ТОСКА	с	п	д	вч
60. ПРЕСЫЩЕНИЕ	с	п	д	вч
61. ЖУТКО	н	п	д	сч
62. УДОВОЛЬСТВИЕ	с	п	д	вч
63. ОТРАВЛЕНИЕ	с	т	д	вч
64. ОПЬЯНЕНИЕ	с	т	д	вч
65. ВОЗБУЖДЕНИЕ	с	п	д	вч
66. ПРЕДЧУВСТВИЕ	с	п	д	сч
67. ЖАР	с	т	к	вч
68. ОПУСТОШЕНИЕ	с	п	д	сч
69. СТРАДАНИЕ	с	п	д	вч
70. БЛАЖЕНСТВОВАТЬ	г	п	д	сч
71. ИЗНУРЯЮЩИЙ	прч	п	д	сч
72. ГРУСТЬ	с	п	д	вч
73. УДУШЬЕ	с	т	к	вч
74. МУЧИТЕЛЬНО	н	п	д	вч
75. ИСТОЩЕНИЕ	с	т	д	сч
76. ПРОНЗАТЬ	г	т	к	вч
77. ЗНОБИТЬ	г	т	к	вч
78. УЧАЩАТЬСЯ	г	т	к	вч
79. ПЛОХО	н	п	д	вч
80. ПОДАВЛЕННОСТЬ	с	п	д	вч

Примечания к таблице.

Классификация «Части речи»:

с – существительное, прл – прилагательное, г – глагол, н – наречие, прч – причастие.

Классификация «Метафоры-телесные-психические»:

т – телесное, п – психическое, м – метафора.

Классификация «Конкретные-диффузные»:

к – конкретное, д – диффузное.

Классификация «Частотность»:

вч – высокочастотное, сч – среднечастотное, нч – низкочастотное.

На основе числа выбранных дескрипторов вычисляется процент выбранных дескрипторов на каждом этапе и для каждого класса 4-х классификаций. При этом по результатам 2-6 этапов (заданий) теста вычисляются:

1. Относительный показатель выбора («Расчет из возможного выбора»), когда за 100% принималось число дескрипторов, предъявляемых испытуемому на данном этапе теста, т.е. учитывается фактор исключения дескрипторов на предыдущих этапах.

2. Абсолютный показатель выбора («Расчет от общего числа»), когда за 100% принимается общее число используемых в тесте дескрипторов (для классов различных классификаций – соответственно общее число используемых в тесте дескрипторов данного класса).

Для первого этапа (задания) теста относительный показатель выбора всегда равен абсолютному, т.к. на этом этапе всегда используются все дескрипторы исходного списка. Таким образом, характеристики первого этапа определяются одним набором показателей. Для характеристик же 2-6 этапов возможны два таких набора – абсолютные и относительные показатели выборов.

Полученные результаты обычно представлялись в виде таблиц. В проводившихся исследованиях по результатам, полученным на первом этапе теста, мы обычно также строили профили для каждой из 4-х используемых классификаций («Части речи», «Метафоры-телесные-психические», «Конкретные-диффузные», «Частотность»)⁴. Сравнительный анализ профилей, построенных для различных исследуемых групп, позволяет определить относительное доминирование («силу») или «слабость» того или иного класса в различных исследуемых группах. Построенные профили наглядно показывают различия в категориальной структуре интрацептивных словарей различных групп испытуемых. Также обычно строились профили абсолютных и относительных показателей выборов

⁴ Т.е. можно построить 4 группы профилей.

на 1–6 этапах, что позволяло хорошо продемонстрировать различия между исследуемыми группами. Матрицы данных могли быть обработаны при помощи кластерного или факторного анализа.

Примеры эмпирических исследований в клинике с использованием теста «ВДИО» изложены во 2-й главе данного пособия.

2. Эмпирические исследования интрацептивного восприятия при различных заболеваниях

2.1. Исследование интрацептивного восприятия при истинных сердечно-сосудистых заболеваниях и функциональных расстройствах со стороны сердечно-сосудистой системы

Данное исследование проводилось А.С. Нелюбиной в кардиологической клинике в 2008–2009 гг. [9]. Выборку составил 91 пациент, из них: 47 человек с органической патологией сердечно-сосудистой системы (диагноз ишемическая болезнь сердца в форме стенокардии напряжения) и 44 пациента с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы (диагноз нейроциркуляторная дистония). Контрольную группу составили 48 человек психически и физически здоровых на момент обследования.

Сравнительный анализ объемов словарей интрацептивных ощущений. В результате исследования составлялись последовательные частотные словари: I – «общий словарь интрацептивных ощущений», II – «знакомых по собственному опыту, пережитых», III – «важных, значимых», IV – «болезненных», V – «угрожающих, опасных», VI – «часто испытываемых». Нумерация дана в соответствии с нумерацией заданий.

Таблица 3

Различия в объемах словарей интрацептивных ощущений у пациентов с истинной сердечно-сосудистой патологией, функциональной патологией и условно здоровых людей

Тип словаря	Выборка		
	Органическая патология	Функциональная патология	Контрольная группа
общий	42,7*	34,9**	47,1**
знакомый	42,7*	34,9*	39,2
важный	17,3**	12,8**	4,5**
болезненный	22,4**	11,9**	13,7*
угрожающий	8,6*	5,3*	5*
часто испытываемый	10,6*	6,2*	6,3*

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$)

Знаком (**) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,001$)

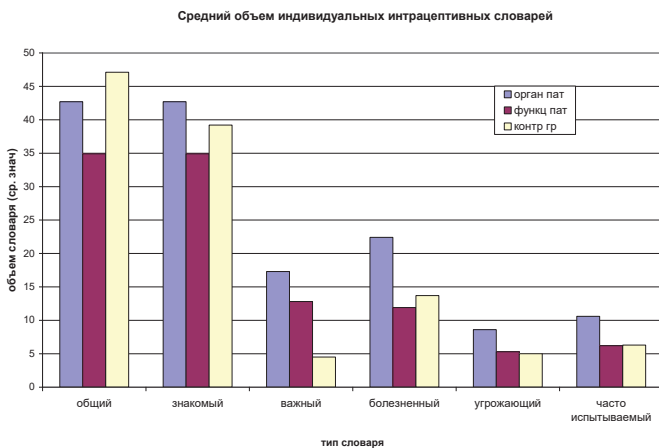


Рисунок 2. Средний объем интрацептивных словарей у пациентов с истинной сердечно-сосудистой патологией, функциональной патологией и условно здоровых людей

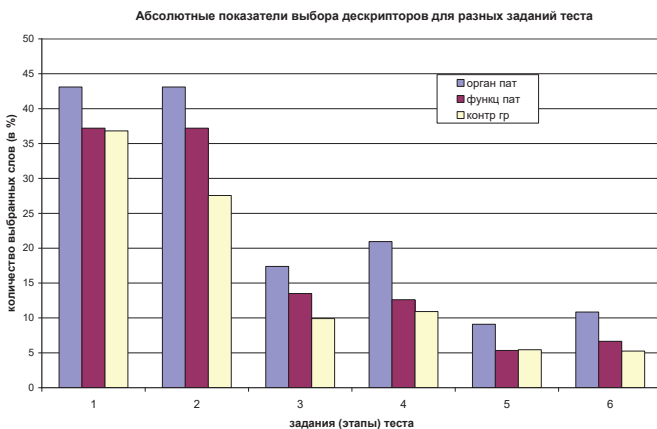


Рисунок 3. Абсолютный показатель выбора (среднее количество дескрипторов, выбираемых участниками исследования на различных этапах теста. Вычисляется процент выбранных дескрипторов от общего числа дескрипторов (80), число которых принимается за 100%):

1 – «общий словарь интрацептивных ощущений», 2 – «знакомых по собственному опыту, пережитых», 3 – «важных, значимых», 4 – «болезненных», 5 – «угрожающих, опасных», 6 – «часто испытываемых»

Также подсчитывались абсолютный и относительный показатели выбора (рис. 3, 4). Рассчитывалось среднее количество дескрипторов, выбираемых на различных этапах теста: абсолютный (от общего числа дескрипторов) и относительный (от числа предъявляемых на этапе теста) показатели выбора.

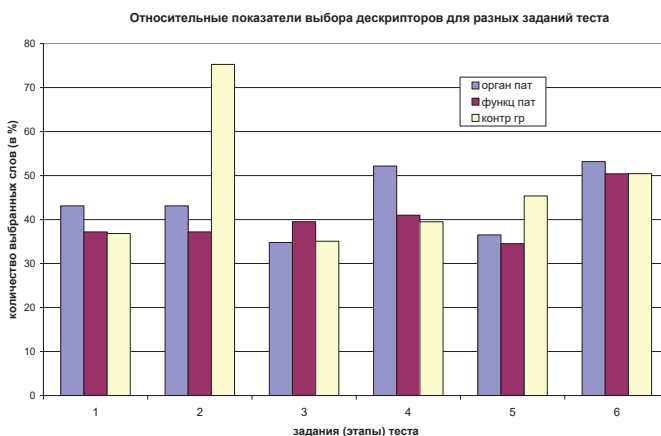


Рисунок 4. Относительный показатель выбора (среднее количество дескрипторов, выбираемых испытуемыми на различных этапах теста. Вычисляется процент выбранных из общего числа предъявляемых на этапе (число которых принимается за 100%) дескрипторов):

1 – «общий словарь интрацептивных ощущений», 2 – «знакомых по собственному опыту, пережитых», 3 – «важных, значимых», 4 – «болезненных», 5 – «угрожающих, опасных», 6 – «часто испытываемых»

Наиболее обширным во всех трех выборках является «общий» словарь интрацептивных ощущений, далее по убыванию: «знакомый», «болезненный», «важный», «часто испытываемый» и «угрожающий».

В экспериментальной группе «общий» словарь совпадает по объему со «знакомым». Возможно, находясь в условиях стационара, пациенты привыкают, что их просят описать собственные жалобы и поэтому из предложенных слов сразу выбирают только те, что описывают знакомые им ощущения. Но также этот факт свидетельствует об нозоцентрической

ми по объему являются «важный» словарь (при $p < 0,001$), «болезненный», «угрожающий» и «часто испытываемый» словари (при $p < 0,05$).

Сравнение объемов словарей интрацептивных ощущений не дает полной картины, поэтому мы обратимся к анализу частоты выбора дескрипторов, описывающих ощущения во всех словарях. Отметим, что как в контрольной группе, так и в экспериментальной к интрацептивным ощущениям часто относят и эмоциональные состояния, и характеристики тонуса, и метафорические высказывания.

Поскольку объем «общего» словаря интрацептивных ощущений статистически не отличается в контрольной группе и в выборке пациентов с органической патологией, рисунок распределения средних оценок в этих группах также схож. Чаще, чем в контрольной группе выбираются только ощущения: «жжение», «давление» и «мокрый». Реже – дескрипторы, описывающие негативные эмоциональные состояния: «жутко», «подавленность», «противный», а также признаки, являющиеся предельными оценками психического состояния («опустошение», «бесчувствие», «отчаяние»).

Объем «общего» словаря в группе пациентов с функциональной патологией статистически значимо (при $p < 0,001$) отличается от контрольной группы, за счет более редкого выбора диффузных (недифференцированных) негативно окрашенных или болезненных ощущений: «невозмогу», «мучительно», «терзающий», «изнуряющий». Чаще выбирались, только дескрипторы «мокрый» и «влажный» (по объяснениям пациентов – ощущения, сопровождающие состояние тревоги).

Словарь знакомых, испытанных ощущений в группе пациентов идентичен «общему» словарю и уменьшается по объему только в контрольной группе (показательно сравнение общего и знакомого словарей при относительном показателе выбора). Классифицируя дескрипторы, пациенты демонстрируют нозоцентрическую позицию – не могут абстраги-

роваться от собственных ощущений и исключают из «телесных» те, которые ими не были испытаны (или даже просто давно не испытывались).

Эгоцентрическая позиция пациентов экспериментальной группы проявляется в том, что классификация ощущений основывается, в том числе, на эмоциональном отношении к ним. Так, например, дескриптор «противный» выбирался значительно реже в экспериментальной группе, чем в контрольной не потому, что это ощущение незнакомо, а на основании того, что это «неприятное какое-то слово, уберем его». Или дескриптор «блаженствовать» исключался из «знакомых» на том основании, что «давно уже не до блаженства», а дескриптор «покой» – поскольку «покой нам только снится». В контрольной группе словарь знакомых ощущений уменьшается посредством исключения из «общего» словаря ощущений, не присутствующих в личном опыте.

Также интересно, что здоровые люди, чаще, чем пациенты выбирают негативные эмоциональные состояния такие как «грусть» и «тревога» (по сравнению с группой органической патологии), и «грусть», «предчувствие», «тоска» (по сравнению с функциональной патологией). Правда, естественно, что и приятные эмоциональные состояния (в том числе выраженные метафорой) в контрольной группе выбираются чаще (например, «легкость», «блаженствовать», «удовольствие»).

Словарь знакомых ощущений в среднем более обширный в группе с органической патологией, но статистически значимой разницы с контрольной группой нет. Словарь пациентов с функциональными расстройствами значимо отличается только от словаря пациентов с органической патологией за счет более низких средних оценок. При этом рисунок распределения дескрипторов практически повторяется.

Словарь важных, значимых ощущений также наиболее обширен в группе больных ишемической болезнью сердца. Наиболее скудный словарь важных ощущений наблюдается в контрольной группе (различия

между словарями всех выборок статистически значимы при $p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно). В него входят в основном ощущения общего недомогания: «боль», «слабость», «усталость», «тошнота», «ломота», «дрожь», «занять». Отметим, что при расчете относительного показателя выбора (из дескрипторов, участвующих на данном этапе) наиболее обширен «важный» словарь при функциональной патологии. Это говорит о концентрации данных пациентов на своих ощущениях, поиске подтверждений/опровержений предполагаемого заболевания, их нозоцентричности.

Пациенты с функциональными расстройствами чаще, чем в контрольной группе считают значимыми основные субъективные симптомы болезни сердца: «жжение» (в грудной клетке), «давление», «тяжесть», «биение», «учащаться», «удушие». При этом как важные намного реже оцениваются такие распространенные при ишемической болезни сердца болезненные ощущения как «онемение», «укол», «жжение». Кроме того, к важным относятся сопровождающие ситуацию болезни негативные эмоциональные состояния: «тревога», «депрессия», и характеристики тонуса: «усталость», «слабость», «напряжение». Еще один комплекс важных ощущений (выбираемых чаще, чем в контрольной группе) образуют приятные ощущения такие как «легкость», «удовольствие», «блаженствовать», «вкусный», «приятный», «влечение», «движение» («можно двигаться, не опасаясь боли»), которые можно условно назвать – желание жить полноценной жизнью. В этой же группе как одно из важнейших лидирует ощущение «покоя». Эти данные согласуются с характерной для пациентов с функциональной патологией субъективной оценкой заболевания как непонятного и необъяснимого, и популярным в этой выборке способом совладания с болезнью: «Лечиться только в крайнем случае». Обращение за медицинской помощью не вносит ясности в происходящее (не объясняет причин дискомфорта). Кроме того, врачи предпочитают с профилактической целью информировать пациентов о необходимости дозировать эмо-

циональные и физические нагрузки, следить за питанием, проходить профосмотры и пр. (раз уж они обратились за медицинской помощью в клинику). Все это порождает у пациентов негативные переживания, тревогу, желание избегать лечения до тех пор, пока это возможно.

Состав «важного» словаря у пациентов с органической патологией расширен за счет большего количества важных болезненных ощущений, описывающих боли в сердце, головные боли, общее недомогание и ощущение сниженного тонуса. Вторую группу важных ощущений образуют, так же, как и при функциональной патологии, негативные эмоциональные состояния (астенические): «грусть», «депрессия», «тоска», «страдание», «опустошение». Третья группа важных ощущений – приятные ощущения – похожа на подобную группу у пациентов с нейроциркуляторной дистонией, но лидирует в ней не «покой», а «удовольствие» – то, что можно противопоставить болезни.

Наибольший **словарь болезненных ощущений** у пациентов с ишемической болезнью сердца. Он представлен, прежде всего, конкретными телесными ощущениями, характерными для данного заболевания: «жжение», «жар», «давление», «онемение», «тяжесть», «боль», «биение», «учащаться», «удушие», а также ощущениями сниженного тонуса: «слабость», «усталость», «вялый» и «напряжение». Менее половины пациентов к болезненным ощущениям причисляют еще два ощущения, описывающих негативное эмоциональное состояние «тревогу» и «заныть».

Словари пациентов с функциональным расстройством и в контрольной группе примерно одинаковы по объему. При этом в контрольной группе даже чаще выбираются как болезненные конкретные ощущения: «тошнота», «отравление», «жар», «ожог».

Интересно, что пациенты с функциональными расстройствами, считая важными многие характерные для болезни сердца ощущения, большинство из них не считают болезненными и, как мы увидим дальше,

опасными. К болезненным в этой выборке относятся несколько конкретных ощущений: «боль», «биение», «давление» (выбрано примерно половиной пациентов), и реже – «удушие», «онемение», «учащаться». Также к болезненным относятся ощущения сниженного тонуса: «усталость», «слабость», реже – «напряжение», «вялый», и негативные эмоциональные состояния: «тревога» и «депрессия».

Словарь **опасных, угрожающих ощущений** также наиболее обширен при органической патологии. К опасным причисляются конкретные телесные ощущения со стороны сердца и дыхания: «жжение», «давление», «боль», «биение» и «удушие», реже «онемение», «слабость», «жар» и «тревога». По сравнению с больными ишемической болезнью сердца в контрольной группе к угрожающим чаще относятся симптомы отравления: «тошноту» и, собственно, само «отравление».

В контрольной группе и у пациентов с функциональными расстройствами объемы словарей статистически значимо не отличаются. Различия в структуре небольшие. В контрольной группе чаще выбираются как угрожающие конкретные болезненные ощущения: «боль», «отравление», «жар» и «ожог», а пациенты с нейроциркуляторной дистонией чаще к опасным относят: «давление», «биение», «онемение» и «тревогу».

Наибольший **словарь часто испытываемых ощущений** в группе пациентов с органической патологией. Он несколько больше, чем «угрожающий» за счет включения ощущений, связанных с тонусом и повышением средних оценок «давления», «биения», «онемения», «тяжести», которые не относились к опасным.

В контрольной группе и группе пациентов с функциональными нарушениями объем словаря часто испытываемых ощущений статистически не различается. Больные нейроциркуляторной дистонией чаще, чем здоровые выбирают конкретные телесные ощущения: «давление» и «биение», и характеристики сниженного тонуса: «слабость» и «усталость».

Здоровые люди чаще выбирают конкретные болезненные ощущения: «боль», «ожог», «жар», «отравление», связанные с наиболее распространенными простудными и желудочно-кишечными расстройствами.

Сравнение словарей интрацептивных ощущений при схожей патологии.

На кафедре нейро- и патопсихологии МГУ накоплен большой материал по изучению особенностей вербализации телесного опыта, как при психической, так и при соматической патологии. Для сравнения с результатами исследования были отобраны данные об интрацептивных словарях при ишемической болезни сердца (в форме инфаркта миокарда) и при соматоформном расстройстве (ипохондрический невроз).

Словари интрацептивных ощущений больных, перенесших инфаркт миокарда (27 человек), мы сравнили со словарями, полученными в нашем исследовании у больных стенокардией напряжения без инфаркта миокарда в анамнезе (рис. 6). Поскольку стенокардия напряжения у всех пациентов сопровождалась артериальной гипертонией 2 стадии, то эти пациенты имели высокий риск возникновения инфаркта миокарда (Риск 3 или 4).

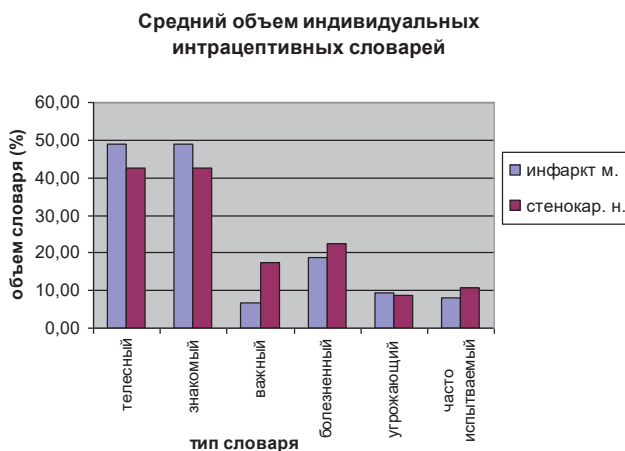


Рисунок 6. Сравнение объемов словарей интрацептивных ощущений при органической сердечно-сосудистой патологии

Статистически значимо (при $p < 0,05$) различаются только словарь «важных, значимых» ощущений. Проиллюстрируем это различие на рис. 7.

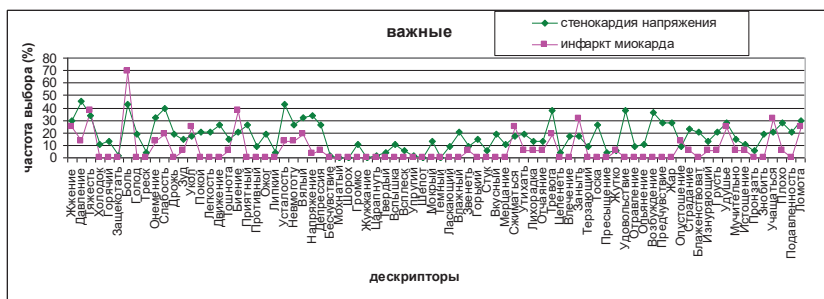


Рисунок 7. Словарь важных, значимых ощущений пациентов с истинной сердечно-сосудистой патологией

Пациенты со стенокардией напряжения живут «в ожидании приступа», тех последствий, которые может иметь болезнь. Поэтому и количество значимых ощущений (на которые обращается внимание) значительно больше, чем в группе пациентов, уже перенесших инфаркт миокарда. Различия наблюдаются только по предпочтению тех или иных дескрипторов.

Средний объем индивидуальных интрацептивных словарей

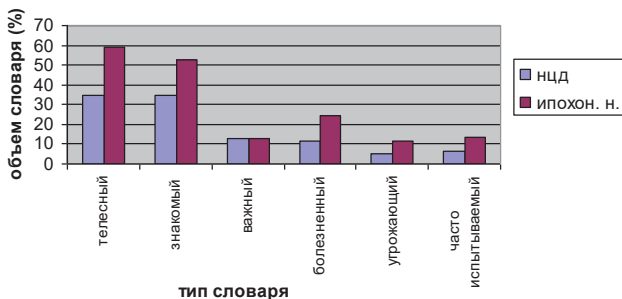


Рисунок 8. Сравнение объемов словарей интрацептивных ощущений при функциональной патологии

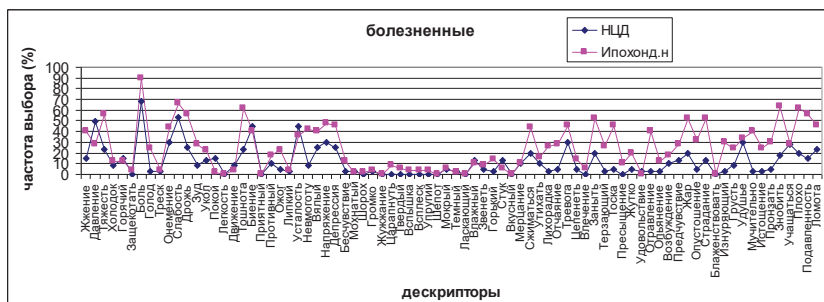


Рисунок 10. Болезненный словарь пациентов с функциональными расстройствами

Пациенты с нейроциркуляторной дистонией на момент обследования находились на лечении в соматической клинике и имели небольшой опыт заболевания (в основном до года). В анамнезе у ряда пациентов этой группы больных отмечался эпизод панической атаки, расцененный ими как сердечный приступ. Пережитая паническая атака явилась толчком для формирования концепции болезни сердечно-сосудистого заболевания и поводом для обращения за медицинской помощью. В другом случае пациенты становились свидетелями сердечного приступа у родственника или знакомого и позже начинали испытывать схожие ощущения, что также убеждало их в наличии «болезни сердца». У нескольких пациентов этой группы недомогание появилось после проведения плановой кардиограммы или измерения давления (на профосмотре), после которых они были направлены на дополнительное обследование. Таким образом, в случае нейроциркуляторной дистонии мы встречаемся с формированием мифа болезни «сверху вниз».

Можно предположить развитие нозогнозии у группы пациентов с нейроциркуляторной дистонией по двум путям. Во-первых, при разъяснительной беседе и субъективном улучшении самочувствия часть пациентов будет убеждена в безопасности своего здоровья, и вернется к полноценной жизни. У других же пациентов нозогнозия пойдет по пути ипохондризации, фиксирования на поиске болезненных ощущений, доказывающих

наличие заболевания, подтолкнет их к поиску других способов лечения и врачей. Подобное может произойти при неправильной подаче врачом информации о диагнозе и прогнозе, «запугивании» последующими осложнениями с профилактической целью.

Анализ состава словарей интрацептивных ощущений по классификациям.

Производился расчет количества выбранных слов для каждого из восьми классов трех классификаций («Метафоры-телесные-психические», «Конкретные-диффузные», «Частотность») в каждом задании теста. Выделяются следующие классы (категории) (в скобках указано общее число дескрипторов каждого класса)⁵:

1. Классификация «Метафоры-телесные-психические»:

- метафоры (11);
- описывающие телесные ощущения (41);
- описывающие психические состояния и чувства (28).

2. Классификация «Конкретные-диффузные»:

- обозначающие конкретные (локализованные) ощущения (44);
- обозначающие диффузные (общие, генерализованные) ощущения или чувства (36).

3. Классификация «Частотность»:

- высокочастотные дескрипторы (48);
- среднечастотные дескрипторы (18);
- низкочастотные дескрипторы (14).

⁵ Отнесение дескрипторов к категориям производилась экспертным путем (за исключением классификации “Части речи”, для которой классы определяются частями речи русского языка). Экспертное оценивание осуществлялось психологами отделения Пограничной психопатологии и психосоматических расстройств НИИ Клинической Психиатрии НЦПЗ РАМН, имеющими опыт работы с методикой “Классификация ощущений”. Отметим, что для ряда дескрипторов отнесение их к некоторым категориям является достаточно условным (Тхостов, Елшанский, 2003).

На основе числа выбранных дескрипторов вычислялся процент выбранных дескрипторов для каждого класса 4-х классификаций. При этом по результатам 2–6 этапов (заданий) теста вычислялись:

1. Относительный показатель выбора («Расчет из возможного выбора»), когда за 100% принималось число дескрипторов, предъявляемых испытуемому на данном этапе теста, т.е. учитывается фактор исключения дескрипторов на предыдущих этапах.

2. Абсолютный показатель выбора («Расчет от общего числа»), когда за 100% принимается общее число используемых в тесте дескрипторов (для классов различных классификаций – соответственно общее число используемых в тесте дескрипторов данного класса).

Для первого этапа (задания) теста относительный показатель выбора всегда равен абсолютному, т.к. на этом этапе всегда используются все дескрипторы исходного списка.

Классификация «Метафоры-телесные-психические»

Общий словарь (в %)

	Функциональная патология	Органическая патология	Контрольная группа
Метафоры	14,25	15,23	34,78
Телесные	38,9	48,17	65,54
Психические	43,82	46,43	74,22

Словарь знакомых ощущений^{6,7}

	Функциональная патология Абсолютный показатель выбора (в %)	Органическая патология Абсолютный показатель выбора (в %)
Метафоры	14,27	15,23
Телесные	38,9	48,17
Психические	43,82	46,43

⁶ Относительный показатель выбора на данном этапе не подсчитывался, так как число дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений, совпало с числом дескрипторов, описывающих знакомые ощущения.

⁷ Для контрольной группы во всех классификациях подсчитывались только данные по «общему» словарю.

Словарь важных ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
Метафоры	3,19	17,61	4,77	20,55
Телесные	13,84	37,98	18,1	34,35
Психические	17,18	38,31	20,8	35,01

Словарь болезненных ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
Метафоры	3,44	17,88	6,14	26,6
Телесные	16,34*	48,48*	28,23*	64,66*
Психические	10,7	32,5	16,87	35,18

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$) между группами

Словарь опасных ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
Метафоры	1,47	13,06	2,5	19,17
Телесные	7,5	38,88	12,2	36,81
Психические	3,67	17,5	7,03	26,44

Словарь часто испытываемых ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
Метафоры	1,23	9,0	2,5	15,83
Телесные	9,3	53,9	13,5	50,56
Психические	4,44	33,24	9,64	47,54

В экспериментальной группе количество выбранных дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений, во всех классах меньше, чем в контрольной группе. Это вызвано, как мы уже говорили, нозоцентрической позицией пациентов («то, что не имеет непосредственного отношения к моей болезни, не существует»).

Отметим, что в экспериментальной группе нет статистически значимых различий между классами «Телесные» и «Психические» (дескрипторы обеих классов выбираются одинаково часто). Это говорит о затруднении

в дифференциации телесных и эмоциональных ощущений, и согласуется с распространенным представлением о сердце как об «органе души». Метафоры для описания телесного опыта используются реже других классов.

Болезненный опыт вербализуются преимущественно при помощи «телесных» дескрипторов. Причем пациентами с органической патологией используется большее количество телесных ощущений, чем при функциональной патологии (статистически значимые различия при $p < 0,05$ по классу «Телесные»). Из картины болезни пациентов с нейроциркуляторной дистонией «выпадают» такие характерные для ишемической болезни сердца ощущения как: «тяжесть», «жжение», «онемение», «жар», «удушье», «напряжение» и т.д. Перечисленные ощущения не расцениваются и как опасные, угрожающие здоровью.

Статистически значимой разницы по классу «Психические» в изучаемых выборках нет. Среди наиболее часто выбираемых дескрипторов в обеих группах пациентов: «усталость» и «тревога». При органической патологии также наиболее часто выбираются ощущения, соответствующие хроническому стрессу (нервно-психическому истощению): «вялый», «невромоту», «плохо», «страдание», «подавленность».

Хотя статистически значимой разницы в количестве выборов метафор для описания болезненного опыта между группами нет, есть различия в том, какие дескрипторы выбираются пациентами. Наиболее часто выбираемые дескрипторы при органической патологии: «звенеть», «мерцание», «стук» и «громко». При функциональной патологии – только два из перечисленных: «мерцание» и «стук». Метафора «стук» описывает ощущение учащенного сердцебиения, а метафора «мерцание» – ощущение головокружения. Данные ощущения трактуются пациентами, пережившими паническую атаку как признак сердечно-сосудистого заболевания.

Классификация «Конкретные-диффузные». Под конкретными понимаются более четко локализованные интрацептивные ощущения в отличие от диффузных.

Общий словарь (в %)

	Функциональная патология	Органическая патология	Контрольная группа
конкретные	33,3	41,64	57,71
диффузные	42,04	44,39	72,46

Словарь знакомых ощущений⁸

	Функциональная патология	Органическая патология
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)
конкретные	33,3	41,64
диффузные	42,04	44,39

Словарь важных ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
конкретные	10,58 [^]	36,82	15,5	33,26
диффузные	17,2 [^]	38,64	19,58	33,77

Знаком (^) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$) внутри группы

Словарь болезненных ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
конкретные	13,63*	47,73*	24,09* [^]	64,46* [^]
диффузные	11,36	34,74	16,86 [^]	40,84 [^]

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$) между группами

Знаком (^) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$) внутри группы

Словарь опасных ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
конкретные	6,64	39,2 [^]	10,59	38,77
диффузные	3,76	21,35 [^]	7,0	29,0

Знаком (^) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$) внутри группы

⁸ Относительный показатель выбора на данном этапе не подсчитывался, так как число дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений, совпало с числом дескрипторов, описывающих знакомые ощущения.

Словарь часто испытываемых ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
конкретные	7,55*	49,79	11,78*	51,17
диффузные	5,73	44,83	9,65	52,76

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$) между группами

В экспериментальной группе количество выбранных дескрипторов во всех классах меньше, чем в контрольной группе. При этом если в контрольной группе диффузные ощущения преобладают над телесными, то в экспериментальной – статистически значимых различий между классами нет.

В словаре важных, значимых ощущений в экспериментальной группе преобладают диффузные ощущения, которые выступают общим болезненным фоном. Но статистически значимо чаще (при $p < 0,05$) диффузные ощущения преобладают над конкретными только в выборке пациентов с функциональными расстройствами. Нечетко локализованные, диффузные ощущения труднообъяснимы, непонятны и привлекают к себе внимание пациентов, заставляя «прислушиваться» к себе.

В словаре болезненных ощущений при органической патологии конкретные интрацептивные ощущения преобладают над диффузными (статистически значимо различие между классами при $p < 0,05$). Поскольку картина болезни при функциональных расстройствах не полностью повторяет характерную для органической патологии (а только наиболее известные, заметные проявления), пациентами с нейроциркуляторной дистонией выбирается и меньшее количество конкретных интрацептивных ощущений (статистически значимо при $p < 0,05$).

Классификация «Частотность».

Под частотностью подразумевается частотность использования слов применительно к внутренним ощущениям.

Общий словарь (в %)

	Функциональная патология	Органическая патология	Контрольная группа
высокочастотные	45,89	51,99	73,55
среднечастотные	30,93	33,89	59,78
низкочастотные	15,64	21,25	38,55

Словарь знакомых ощущений⁹

	Функциональная патология	Органическая патология
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)
высокочастотные	45,89	51,99
среднечастотные	30,93	33,89
низкочастотные	15,64	21,25

Словарь важных ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
высокочастотные	17,56	41,23	22,39	36,9
среднечастотные	9,76	31,05	12,5	24,86
низкочастотные	4,63	16,28	6,25	21,43

Словарь болезненных ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
высокочастотные	18,78*	45,11*	29,63*	57,55*
среднечастотные	5,4	18,33	8,9	26,85
низкочастотные	2,5*	13,0*	7,3*	24,6*

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$) между группами

Словарь опасных ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
высокочастотные	8,17	36,1	12,29	35,44
среднечастотные	1,2	9,3	3,89	19,2
низкочастотные	0,96	11,49	2,32	18,54

⁹ Относительный показатель выбора на данном этапе не подсчитывался, так как число дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений, совпало с числом дескрипторов, описывающих знакомые ощущения.

Словарь часто испытываемых ощущений

	Функциональная патология		Органическая патология	
	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)	Абсолютный показатель выбора (в %)	Относительный показатель выбора (в %)
высокочастотные	9,92	55,25	15,16	52,74
среднечастотные	1,35*	10,45*	4,7*	32,6*
низкочастотные	0,58*	6,08*	3,21*	24,37*

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$) между группами

Распределение, полученное в контрольной группе: наиболее распространены высокочастотные, затем среднечастотные и менее всего низкочастотные, воспроизводится и в экспериментальной группе при исследовании общего словаря интрацептивных ощущений.

Поскольку картина болезни при органической патологии более развернутая, чем при функциональной, то и высокочастотные дескрипторы выбираются статически значимо чаще (при $p < 0,05$). Интересно, что в «болезненном» и «опасном» словарях в экспериментальной группе низкочастотные ощущения примерно одинаково выражены со среднечастотными (нет статистически значимой разницы между классами). Здесь мы встречаемся с явлением «избыточной метафоризации» телесного опыта, когда в процессе нозогнозии идет поиск слов вербализующих испытываемые пациентами ощущения. Такие низкочастотные дескрипторы как, например, «стук» выступают в качестве метафоры для передачи ощущения учащенного сердцебиения или пульсирующей головной боли, а «треск», «звонить», «темный» – головной боли.

Итак, субъективный телесный опыт при функциональных расстройствах на наш взгляд соответствует характеристикам «острой» фазы стресса, связанного с ситуацией возможной болезни. При органическом заболевании комплекс интрацептивных ощущений в большей степени соответствует следующей фазе стресса – его хронификации.

Телесный опыт при ишемической болезни сердца вербализуется посредством конкретных телесных ощущений: «жжение», «давление», «тя-

жесть», «боль», «онемение», «биение», «учащаться» и «удушье»; сниженного тонуса: «слабость», «усталость», «вялый»; и психического состояния тревоги: «возбуждение», «напряжение» и собственно «тревога». Наблюдается диффузность словаря интрацептивных ощущений и смешение ощущений телесного и эмоционального опыта.

Измененный телесный опыт при болезни требует поиска слов для их выражения, вербализации. Низкочастотные слова для описания интрацептивных ощущений в телесном опыте здорового человека, в ситуации болезни наделяются расширенными значениями, что выражается в примерно одинаково частом выборе среднечастотных и низкочастотных дескрипторов интрацептивных ощущений. Это явление избыточной метафоризации при соматической патологии обусловлено не оторванностью ассоциаций от чувственного опыта (как при психической патологии), а процессом нозогнозии, попытками выразить (вербализовать) свои ощущения.

Телесный опыт пациентов с нейроциркуляторной дистонией лишь частично повторяет картину органического заболевания, и напоминает субъективное переживание панической атаки. На первый план из телесных ощущений здесь выходят: «давление», «боль», «биение». А также характеристики тонуса: «слабость», «усталость»; и переживание тревоги: «напряжение» и «тревога».

Интрацептивные словари здоровых людей и пациентов с функциональными нарушениями практически не различаются. Но люди, считающие себя больными сердечно-сосудистым заболеванием, обращают внимание на большое число телесных ощущений, характерных для этого заболевания, «прислушиваются» к ним. В случае нейроциркуляторной дистонии мы наблюдаем формирование мифа болезни «сверху вниз». При функциональных расстройствах неосознанно заимствуются преимущественно внешние, наиболее известные «обывателю» признаки болезни, но они не повторяют полностью характерные проявления заболевания.

2.2. Исследование интрацептивного восприятия в онкологической клинике

Данное исследование проведено совместно А.С. Нелюбиной и Е.Е. Тунцовой в рамках дипломной работы в 2019 г. [8].

Целью исследования стало выявление того, как степень осознания факта заболевания, понимание ее как угрожающей жизни, опосредует телесный опыт (чувственное восприятие болезни) пациенток, страдающих раком молочной железы.

Выборка: в исследовании приняло 50 пациенток, страдающих раком молочной железы II–III стадии, прошедших или проходящих в данный момент комплексное лечение (группа будет сокращенно обозначена как РМЖ). Средний возраст пациенток составил $57,5 \pm 10,5$ лет. Группу сравнения составили 50 пациенток с доброкачественными изменениями молочной железы (фиброзно-кистозная болезнь, фиброаденома), средний возраст которых составил $44,2 \pm 13,4$ года (группа обозначена как ДМЖ).

Выбор контрольной группы обусловлен тем, что внешние проявления заболевания при доброкачественных изменениях молочной железы схожи с теми, что и при онкологии, и могут неверно ими означиваться. Решающим в оценке степени риска развития рака молочной железы у больных мастопатией является морфологическое исследование ткани молочной железы, полученной при биопсии. Таким образом, кроме симптомов заболевания, пациентки с доброкачественными изменениями молочной железы находятся в схожей клинической ситуации, что и пациентки с онкопатологией на этапе диагностики. Сравнение пациенток, страдающих онкопатологией и пациенток с доброкачественными изменениями молочной железы с разным стажем заболевания может помочь исследовать динамику формирования представлений о собственном заболевании, процесс осознания своего заболевания и того, как полнота осознания, под которой

мы понимаем продуманность системы представлений о заболевании, опосредует чувственное восприятие болезни на разных её этапах.

Соматические ощущения интерпретируются и категоризируются пациентками, как маркеры заболевания или как безопасные, быстропроходящие дискомфортные ощущения, на основе чего ими принимается решение обратиться к врачу, заняться самолечением или же подождать улучшения состояния, не предпринимая никаких действий. Так, если появившиеся ощущения означаются пациенткой не как признаки болезни, а как временный дискомфорт или усталость, то она может оттягивать обращение к врачу, теряя время. То же касается пациенток, страдающих раком молочной железы, находящихся в ремиссии – неверная интерпретация ими своего самочувствия может привести к позднему обращению за медицинской помощью в случае рецидива или неприверженному поведению. Возможен и обратный, ипохондрический вариант восприятия болезни, когда нормальные телесные сенсации пациент интерпретирует как признаки заболевания, что побуждает его к бесконечным обращениям к врачам с их последующими безуспешными разубеждениями.

Сложность исследования чувственного опыта болезни заключается в том, что ощущения не даются человеку непосредственно, «очищенные» от его знаний и представлений о болезнях, о хорошем и плохом самочувствии, признаках заболеваний и пр.

Методы исследования. Представления пациенток о болезни изучались при помощи клинического полуструктурированного интервью. Вопросы касались причин болезни, ее проявлений, механизма развития, необходимости лечения и представлений о его действии, прогноза.

Для исследования телесного опыта болезни использовалась психо-семантическая методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений». Проводился качественный и количественный анализ данных. Были использованы частотный анализ и непараметрический критерий Краскела-

Уоллиса для определения различий между группами. При исследовании телесного опыта, анализировался объем и состав словарей, описывающих телесный опыт болезни: словарь «знакомых телесных ощущений», «важных, значимых», «опасных, угрожающих» и «часто испытываемых ощущений», «ушедших, в результате терапии». Состав словарей, описывающих телесный опыт, анализировался по тому, какие именно ощущения в него включаются и являются ли они конкретными (локализованными в теле) или диффузными. При выборке слов-дескрипторов, подходящих для описания телесного опыта болезни, пациенток просили вспомнить свои телесные ощущения, которые, по их мнению, были вызваны именно болезнью и послужили причиной для обращения за медицинской помощью, а не операцией или последующей химиотерапией.

Мы предположили, что важной переменной, опосредующей телесный опыт болезни пациенток, больных раком молочной железы, является не только их объективное состояние и этап лечения, но и степень осознания ими факта заболевания. Т.е. особенности осознания болезни будут опосредовать то, как пациентки означивают и интерпретируют свои ощущения, как они понимают, что с ними происходит. Для проверки этого предположения мы разделили выборку на три подгруппы по степени (уровню) осознания факта заболевания: полное, частичное (пациентки считают, что больны другим, а не онкологическим заболеванием) и отсутствие осознания (отрицание наличия заболевания, анозогнозия).

Распределение выборки по степени осознания факта заболевания:

Полное осознание	Частичное осознание	Отсутствие осознания
34 (68%)	11 (22%)	5 (10%)

Результаты исследования.

Приведем сначала статистические значимые различия в объемах словарей телесного опыта болезни в зависимости от степени осознания факта заболевания (табл. 4).

Таблица 4

Статистические значимые различия в объемах словарей телесного опыта болезни в зависимости от степени осознания факта заболевания

Осознание болезни Словарь ощущений	Полное	Частичное	Отсутствует
«Важные, значимые»	25,71	20	23,75
«Болезненные»	20,42**	9,5**	15,37**
«Опасные»	8,85*	3*	6,5*
«Частые»	12,85	5,33	6
«Ушедшие»	6,85	3,83	8,25

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$)

Знаком (**) отмечены показатели, по которым наблюдается тенденция к проявлению закономерности. В данном случае это $p = 0,052$

При анализе результатов данные подгруппы обнаруживают статистически значимые отличия по следующим параметрам: а) объём словарей – в группе с полным осознанием болезни объём словаря ощущений, связанных с болезнью, больше, чем в остальных группах. Это объясняется тем, что осознание болезни обуславливает более выраженную дифференциацию внутренних телесных ощущений и делает внутреннюю картину болезни более развёрнутой и продуманной. При этом «болезненный» словарь у пациенток отсутствующим осознанием болезни шире, чем в группе пациенток с частичным осознанием. Аналогичную картину можно наблюдать и для словаря «опасных» ощущений. Для пациенток с частичным осознанием болезни свойственна выраженная редукция словаря опасных ощущений в сравнении с группой полного и отсутствующего осознания (при $p < 0,05$).

Телесный опыт болезни пациенток, болеющих раком молочной железы, включает как конкретные телесные ощущения (такие как «боль»,

«тошнота»), так и диффузные, большая часть из которых относится не к соматическим, а к переживаниям и чувствам. Можно сказать, что телесные и эмоциональные переживания пациенток смешиваются. Определенные различия наблюдаются между пациентками, которые уже перенесли операцию и последующее лечение, и теми, кто находится на дооперационной химиотерапии: ощущения, которые выбирают пациентки, перенёвшие комплексное лечение, являются скорее не конкретными симптомами, а отражают общий фон их болезненного состояния (ощущения вроде боли, тошноты, онемения и покалывания связывались пациентками не с самой болезнью, а с последствиями операций и проводимым лечением).

Частотный анализ выбранных дескрипторов для описания телесного опыта болезни показал, что 81% прооперированных пациенток выбрали «тревогу» как ведущее телесное ощущение, вызванное болезнью. Высокая выраженность тревоги в структуре заболевания у данных пациенток указывает на обеспокоенность своим болезненным состоянием, риском рецидива. Интересно, что частота выбора дескриптора «тревога» у прооперированных пациенток статистически значимо выше (при $p < 0,05$), чем у не прооперированных пациенток, проходящих предварительную химиотерапию. Возможно, это связано с тем, что у пациенток, проходящих курс химиотерапии, основную озабоченность вызывает предстоящая операция и надежда, что после неё лечение закончится (приведем их высказывания: «я уже готова на операцию», «суть заболевания – это опухоль, и её надо удалить», «нужно делать «химию», идти к операции, и всё будет хорошо», «лечение (химия) нужно чтобы уменьшилась опухоль, и могли сделать операцию»). Пациентки, находящиеся на химиотерапии, к ощущениям, которые связаны, по их мнению, с болезнью, относят последствия прохождения химиотерапии. Но, несмотря на болезненность этих симптомов, пациентки воспринимают их как необходимый этап в процессе лечения («лечение необходимо, чтобы почти выздороветь и вернуться к прежней

жизни», «необходимо для облегчения симптомов боли, высыпаний», «лечение нужно, чтобы опухоль стала меньше»). Удаление опухоли для данной группы пациенток, вероятно, означает «финал лечения», символическое излечение, что особенно ярко проявляется в высказываниях недавно прооперированных больных. Те же пациентки, которые прошли комплексное лечение, знают, что на операции лечение заболевания не заканчивается, за этим следует длительное (не предсказуемое по продолжительности) и зачастую болезненное лечение, поддерживающая терапия (при гормонозависимых типах опухолей), ослабленное состояние, заметные косметические дефекты, ограничения в работе и даже инвалидность. Именно поэтому их ощущаемая тревога выше, чем в подгруппе пациенток, которым операция еще предстоит.

При анализе словаря «опасных ощущений», которые, по мнению пациенток, могут носить угрожающий жизни характер, были получены следующие данные: более 40% пациенток, имеющих в анамнезе и операцию, и последующую терапию, отмечают в качестве опасных ощущения слабости и тревоги. Одно только наличие субъективного переживания слабости может являться причиной для тревожных переживаний пациенток, поскольку может ими интерпретироваться как симптом болезни. Так, некоторые пациентки ретроспективно отмечают, что замечали за собой повышенную усталость, которую до постановки диагноза связывали с чем-то другим (например, переутомлением на работе), а сейчас считают её симптомом болезни. Включение дескрипторов «тревога» и «депрессия» в «опасный» и «болезненный» телесный опыт, а также квалификация своего состояния на основе диффузных ощущений (с преобладанием психических состояний и чувств) может послужить основой для последующего развития ипохондрического отношения к болезни, постоянных перепроверок своего состояния и частых походов к врачам.

Для пациенток, находящихся на химиотерапии, новый телесный опыт вызывает тревожные переживания и вынуждает их с осторожностью относиться к большинству новых телесных ощущений, вызванных лечением. Так, статистически достоверно чаще (при $p < 0,05$) в качестве опасных, угрожающих жизни ощущений выбираются дескрипторы «тошнота» и «слабость». При этом тошнота достоверно реже интерпретируется пациентками, прошедшими комплексное лечение, как опасное ощущение (по-скольку, вероятно, становится частью их привычного самочувствия и перестает вызывать тревогу).

Опишем телесный опыт болезни в зависимости от степени осознания факта заболевания. Наиболее частотными (более 50% в выборке) дескрипторами для описания телесных ощущений, вызванных заболеванием, были: «боль», «усталость», «онемение», «слабость», «покалывание», «депрессия», «отчаяние», «тревога», «страдание», «ломота» и «тошнота». Среди них есть дескрипторы, описывающие как телесные ощущения, так и психические состояния и чувства. Часть из них является конкретными ощущениями (боль, онемение, покалывание, ломота, тошнота), а другая – диффузными (слабость, усталость, тревога, депрессия, страдание). Среди «диффузных» дескрипторов преобладают те, которые отражают психическое состояние и чувства.

Для группы пациенток с частичным осознанием болезни характерна наибольшая выраженность «диффузных» дескрипторов, включающих и телесные ощущения, и эмоциональные состояния: тревога, слабость, депрессия. Так же в их словаре «болезненных» ощущений отмечаются конкретные телесные ощущения, вероятно связанные с онкологическим заболеванием (боль, онемение) и конкретные телесные ощущения, которые не имеют непосредственного отношения к основному заболеванию (давление, биение). В основном дескрипторы «давление» и «биение» интерпретировались пациентками, как связанные с артериальным давлением и бие-

нием сердца. Отметим, что внутренняя картина болезни данных пациенток искажена (они считали себя больными другим заболеванием), поэтому они выделяли в своем телесном опыте ощущения, характерны для других соматических заболеваний и нервно-психических расстройств.

Особая ситуация складывается в группе пациенток, где полностью отсутствует осознание болезни. Чаще всего выбираются такие дескрипторы, как «тревога» и «онемение». При этом более половины пациенток отмечают у себя такие ощущения, как «боль», «слабость», «тошнота», что близко к картине, свойственной группе с полным осознанием болезни. Половина пациенток из этой подгруппы отмечает также такие ощущения, как «депрессия», «зуд», «знобить», «плохо». Последние (кроме депрессии) встречаются в первых двух подгруппах пациенток статистически значимо реже (при $p < 0,05$), либо же не встречаются вообще. Вероятно, это связано с тем, что большинство пациенток, включенных в подгруппу отсутствующего осознания болезни, стационарные больные, которые были совсем недавно прооперированы, а сами эти ощущения связаны с последствиями проведённой операции. «Анозогностичность» онкологических больных не снимает тревожных и депрессивных переживаний. Можно предположить, что сильная тревога, которую переживают стационарные пациентки, активирует более выраженное действие психологических защитных механизмов, чем в случае с пациентками, имеющих частичное осознание болезни. Переживая характерные «болезненные симптомы», они не считают, что больны, «не чувствуют, что больны» или сомневаются в этом. Так, одна пациентка во время исследования демонстрировала выраженные эмоциональные реакции, не могла сдерживать слёз, но на вопрос, считает ли она себя больной, ответила, что уже ничем не болеет. Другая пациентка 52х лет ответила, что «болезнь для нее в прошлом».

Что касается словаря «опасных, угрожающих жизни ощущений», то более половины пациенток с полным осознанием болезни выбрали в каче-

стве опасных такие дескрипторы, как: «боль», «онемение», «слабость», «усталость», «депрессия» и «тревога». Большая часть выбранных опасных ощущений диффузны, нечетко локализованы в теле и плохо дифференцированы. Они описывают общий болезненный фон состояния пациенток. Отмечается также смешение психических состояний и телесных ощущений. Данные факты свидетельствуют в пользу того, что «чувственная ткань» болезни для пациенток с раком молочной железы в целом слабо дифференцирована и преобладающими являются тревожные переживания.

Около половины пациенток с частичным осознанием болезни отметили в качестве опасных такие дескрипторы, как «депрессия» и «давление». Причем дескриптор «давление» преимущественно связывался пациентками с артериальным давлением. Менее половины пациенток выбрали такие ощущения, как: «онемение», «слабость» и «тревога». Данные пациентки считают, что больны не онкологией, а другим заболеванием, и не интерпретируют переживаемые ощущения как возможные проявления рака молочной железы. Они связывают эти ощущения с другим заболеванием, и это формирует риск того, что возможные признаки возвращения онкологии будут ими проигнорированы, пациентки не пройдут своевременно обследование и не обратятся за помощью, ухудшив тем самым прогноз.

Отметим, что в подгруппе пациенток с отсутствующим осознанием болезни по содержанию состав «болезненного» словаря очень схож с группой полного осознания факта заболевания (более половины пациенток отмечают у себя такие ощущения, как: боль, слабость, тошнота, наиболее часто встречаются «тревога» и «онемение»). Но, несмотря на объёмный словарь болезненных ощущений, пациентки из данной подгруппы выбрали в качестве опасных лишь ощущения слабости и онемения. Данные ощущений связывались ими с последствиями операции. Признаки болезни для этих пациенток очень разнообразны, поскольку они берут «болезненный» опыт из периода до лечения, из операции и её послед-

ствий, что и приближает их телесный опыт к опыту болезни пациенток с полным осознанием факта заболевания. Вероятно, для данных пациенток проведение операции, удаление опухоли могло символически означать «избавление», то есть окончание течения заболевания, потому концепция болезни видоизменилась. Пациентки преувеличивают эффект операции и полагают, что полностью избавились от заболевания. Отсутствие опыта последующего лечения у стационарных больных или же его отрицание/искажение вследствие работы механизмов психологических защит у пациенток амбулаторного приёма, отражается в выраженной редукции словаря опасных ощущений. Неоднородность выбранных дескрипторов в данной группе указывает на то, что данным пациенткам не вполне понятно, на какие ощущения стоит ориентироваться для квалификации своего состояния.

Сравнение словарей интрацептивных ощущений пациенток, страдающих раком молочной железы и имеющими доброкачественные изменениями молочной железы.

Для оценки телесного опыта – степени его развернутости и дифференцированности – был проведен сравнительный анализ объемов словарей интрацептивных ощущений.

Таблица 5

Статистически различные объемы словарей интрацептивных ощущений в исследуемых выборках

$V_{\text{средн.}}$	Онкопатология	Доброкачественные новообразования
Ощущения, связанные с болезнью	13,38*	5,44*
Опасные ощущения	5,98*	1,94*

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,01$)

Средние объёмы словарей интрацептивных ощущений, связанных с болезнью и опасных ощущений пациенток обеих групп статистически значимо различаются (при $p < 0,01$). Чувственная ткань болезни для пациенток с доброкачественными изменениями менее развёрнута, чем для пациенток с онкопатологией. Ощущений, которые пациентки могли бы назвать индикаторами опасного состояния, практически нет, при этом большая часть данной группы находится на этапе активного обследования и верификации диагноза.

Для более информативного анализа требуется рассмотреть различия в составе данных словарей, чтобы понять, за счёт каких дескрипторов формируется объём словаря в каждой из групп.

Проанализируем словарь интрацептивных ощущений, связанных с болезнью (рис. 11 и рис. 12)

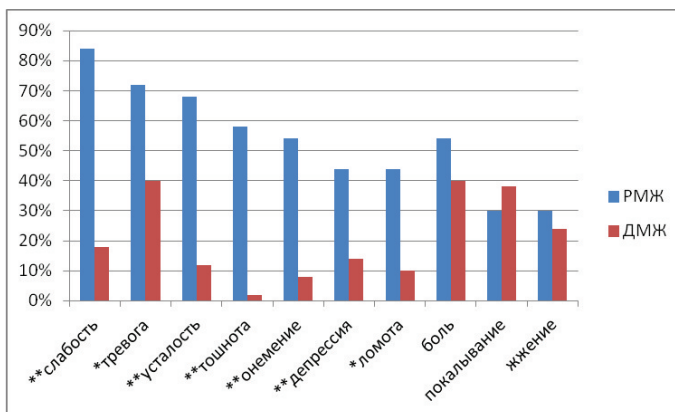


Рисунок 11. Словарь интрацептивных ощущений, связанных с болезнью, у пациенток с РМЖ и ДМЖ (ведущие симптомы).

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$).

Знаком (**) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,01$)

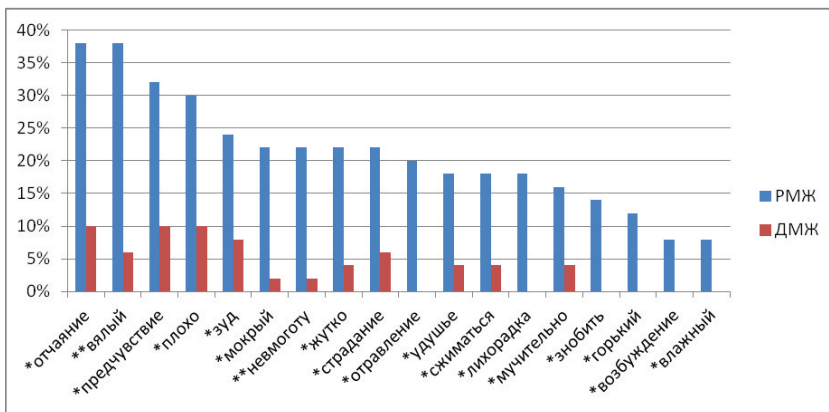


Рисунок 12. Словарь интрацептивных ощущений, связанных с болезнью, у пациенток с РМЖ и ДМЖ (другие ощущения со стат. значимыми различиями).

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$).

Знаком (**) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,01$).

Объём словаря у пациенток, страдающих раком молочной железы, формируется как за счёт конкретных телесных ощущений (зуд, тошнота, боль, жжение, онемение), так и за счёт диффузных ощущений, отражающих состояние общего тонуса (слабость), психического состояния и чувств (усталость, неврозоту, депрессия, тревога, отчаяние, плохо). Более половины пациенток в качестве маркёров болезни выбирают такие ощущения, как: «онемение», «слабость», «тошнота», «усталость», «тревога» и «боль». Пациентки включают в телесный опыт болезни преимущественно последствия тяжёлого лечения: боль и онемение в руке после РМЭ, тошнота и слабость как характерные ощущения для ХТ. Однако боль так же связана с локализацией опухоли в груди (к этому же относится дескриптор «покалывание»), а общая слабость является процессом, который пациентки часто ретроспективно отмечают, как признак онкологии, на который они старались не обращать внимание или списывали на что-то другое (обилие работы, например). Так же мы можем наблюдать расширение те-

лесного опыта болезни за счёт включения в него эмоциональных категорий, описывающих реакцию пациенток на происходящее.

Для пациенток же с доброкачественными изменениями, напротив, характерно включение преимущественно конкретных телесных ощущений в болезненный опыт на фоне общей слабой выраженности чувственной ткани болезни и тревоги как реакции на процесс обследования и постановки диагноза, исключение угрозы. Основную массу болезненного телесного опыта пациенток, имеющих доброкачественные изменения молочных желез составляют конкретные телесные ощущения. Deskрипторы «боль», «жжение», «покалывание», «твёрдый» и «напряжение» – это дескрипторы, которые соотнесены с локализацией болезненного органа, т.е. относятся именно к молочной железе. «Тревога» и «боль» у пациенток с малой длительностью заболевания доминирует по количеству выборов относительно группы с длительным, что логично, поскольку боль – один из ведущих симптомов при обращении, а тревога обусловлена неопределенностью в отношении диагноза. Deskриптор «твёрдый», присутствующий только у пациенток с малым опытом, указывает на осознание наличия новообразования и вероятно связан с возможностью прощупать это уплотнение.

У пациенток с большей длительностью заболевания доминирующую позицию занимает дескриптор «покалывание». С одной стороны это может означать редукцию болезненной симптоматики в результате прописанного когда-то лечения (мази, специальные чайные сборы и т.д.), а с другой – лексическую трансформацию неприятных ощущений в груди из «боли» в «покалывание», так как пациентки, которые входят в эту группу, знают наверняка, что их состояние не несёт никакой угрозы и нужно просто дальше наблюдаться. Интересно, что пациентки из этой группы часто сообщали о следующем распространенном мифе: «Врачи говорят, что рак не болит. У меня болит, значит, это не рак». Возможно, что подобный миф болезни может направлять когнитивный поиск пациенток на поиск макси-

мально конкретных ощущений и способствует отсеиванию из поля внимания диффузных, непонятных ощущений. При этом для онкологических пациенток характерно противоположное прислушивание к слабоформулируемым ощущениям («слабость», «мучительно», «вялый», «невозмогу», «предчувствие», «плохо»).

Проанализируем словарь опасных интрацептивных ощущений у пациенток, страдающих онкопатологией и имеющих доброкачественные новообразования молочных желез.

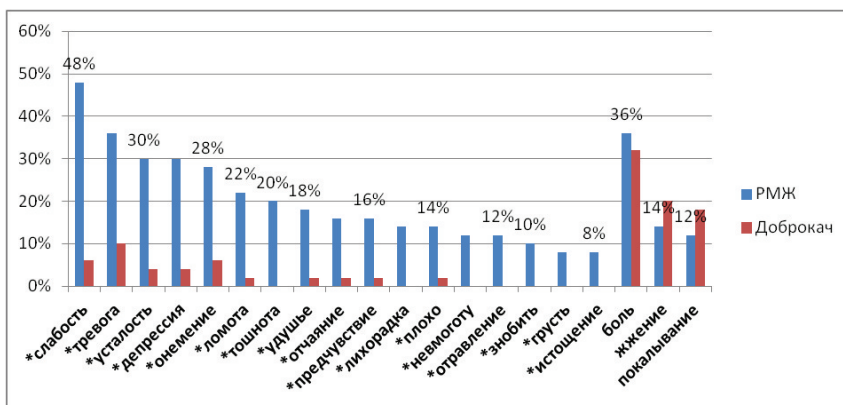


Рисунок 13. Словарь опасных интрацептивных ощущений у пациенток с РМЖ и ДМЖ. Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$)

У пациенток с доброкачественными изменениями молочной железы словарь опасных ощущений, в целом, слабо выражен. В качестве угрожающих ощущений они выбирают дескрипторы, которые описывают конкретные телесные ощущения (боль, жжение, покалывание) и соотнесены с локализацией заболевания. То есть дескрипторы «боль», «жжение» и «покалывание» относятся исключительно к области груди, в то время как «боль» у пациенток с онкопатологией – это не только ощущения, порождаемые опухолью, но и множество прочих, как например, последствия

травмы тканей в результате операции или боль в костях тела как последствия проводимой гормонотерапии. То же самое справедливо и по отношению к «покалыванию», которое относится не только к ощущениям, порождаемыми опухолью, но и к последствиям удаления подмышечных лимфатических узлов при РМЭ. В случае с онкологическими пациентками дескрипторы наделяются большим количеством значений и смыслов, в то время как у пациенток с доброкачественными новообразованиями они максимально конкретны по смыслу: если заболевание груди, то либо симптом в груди есть и он конкретный, либо симптома нет.

Одно из возможных объяснений данных особенностей – оперативное удаление опухоли. Для пациенток с доброкачественными новообразованиями «болезнь» продолжает оставаться локализованной в молочной железе, а для пациенток с онкопатологией после операции болезнь приобретает совершенно другой смысл, теперь у неё нет конкретного объекта, места локализации, но болезнь остаётся, и чтобы понять болезнь, пациентка обращает пристальное внимание к своим ощущениям.

Наиболее выраженными в структуре опасных ощущений у пациенток с онкопатологией являются ощущения слабости и тревоги (оба дескриптора диффузные). «Слабость» – это характерное состояние для онкологического больного, как в силу протекающего патологического процесса, так и интенсивного тяжелого лечения. Как мы предположили ранее, пациентки, страдающие онкологией, активно прислушиваются к своему состоянию, вычленивая слабо дифференцированные, диффузные ощущения, которые склонны относить к признакам своей болезни. Так, после постановки диагноза, слабость уже начинает является производным от болезни, а не переутомления, как они могли считать ранее. Следовательно, испытывать слабость – это опасно, ведь слабость равна болезни. Само по себе ощущение тревоги – это сигнал о том, что что-то «не так», «не в порядке», что запускает поиск ощущений, которые могут подтвердить, что что-то действительно «не в порядке». Исходя из этого, тревога действительно яв-

ляется для них опасной, потому что сама по себе может порождать множество телесных сенсаций, которые могут быть интерпретированы как доказательство наличия онкологии (если пациентка в ремиссии), ухудшения состояния, или якобы не эффективности проводимого лечения. В таком случае, понимание онкологическими больными своей болезни становится мишенью психотерапевтического воздействия. Пациенткам необходимо разъяснять, какие ощущения могут свидетельствовать об ухудшении самочувствия, какие являются нормальными, а что требует немедленного обращения к врачу, также подробных разъяснений требуют особенности проводимого лечения, его возможные эффекты, механизмы действия.

Выводы:

1. Телесный опыт болезни пациенток, страдающих раком молочной железы, отличается в зависимости от степени осознания ими факта заболевания по следующим параметрам: объем и состав словарей интрацептивных ощущений, использующихся для описания телесного опыта болезни и опасных, угрожающих жизни ощущений.

2. Для пациенток с полным осознанием факта заболевания характерно наличие как конкретных, локализованных телесных ощущений, так и диффузных, генерализованных маркёров общего болезненного состояния, которое описывается и при помощи психических переживаний (чувств и переживаний). Доминирующими являются тревожные и депрессивные переживания. Поскольку данные пациентки считают тревогу и депрессивные переживания симптомами рака молочной железы, то, вероятно, они будут ожидать избавления от них в результате основной терапии. Таким пациенткам необходима психотропная поддержка и консультация клинического психолога.

3. Пациентки с частичным осознанием болезни смешивают конкретные телесные симптомы рака молочной железы и сопутствующего заболевания (которое они считают основным). Они не распознают опасные ощущения, недооценивают их значимость, и, следовательно, могут пропу-

стить начало рецидива. Такие пациентки требуют разъяснительной работы по дифференциации телесного опыта болезни, определения ощущений-маркеров, сигнализирующих об ухудшении состояния и требующих обращения за медицинской помощью.

4. Пациентки с отсутствующим осознанием факта заболевания не знают, на какие ощущения стоит ориентироваться, и недооценивают опасные ощущения. Наряду с тем, что болезненные ощущения категоризируются ими несколько разнообразнее, чем в других подгруппах пациенток, они недооценивают опасность важных ощущений (например, боли) и переоценивают значимость ощущений, связанных с последствиями операции (например, онемение). Тем не менее, их телесный опыт болезни похож на опыт болезни пациенток с полным осознанием болезни, а факт декларируемой анозогнозии носит характер психологической защиты. Такие пациентки также требуют разъяснительной работы по дифференциации телесного опыта болезни, определения ощущений-маркеров, сигнализирующих об ухудшении состояния, и формирования мотивации на дальнейшую (постоперационную) терапию.

5. Телесный опыт пациенток, страдающих раком молочной железы и ее доброкачественными изменениями различается количественно и качественно, что обусловлено различиями в смысловом отношении к заболеванию. Для пациенток с онкопатологией их болезнь несёт в себе не только физическую угрозу, угрозу смерти, но и смысл душевного страдания: в структуру ощущений, связанных с болезнью, они включают не только телесные ощущения, но и множество дескрипторов, описывающих психическое состояние и чувства, т.е. происходит слияние физических и эмоциональных реакций на болезнь. Для пациенток с доброкачественными изменениями молочных желёз болезнь имеет смысл телесного недуга: словарь интрацептивных ощущений, связанных с болезнью, состоит преимущественно из конкретных телесных ощущений, связанных с больным органом.

2.3. Исследование внутреннего телесного опыта при различных видах зависимости

Данные эмпирические исследования были проведены Т.С. Бузиной с учениками [2; 10; 17].

Сложность третичной профилактики зависимости от ПАВ и парентеральных инфекций во многом обусловлена необходимостью сохранять у пациента мотивацию на лечение и обеспечивать приверженность терапии. Однако в большинстве случаев пациенты, зависимые от ПАВ, мало мотивированы к лечению своей зависимости. У них часто отсутствует установка на лечение, что приводит к скорым срывам после проведенного фармакологического лечения и возобновлению употребления наркотиков. Возвращение к «наркотическому» образу жизни делает неэффективным лечение ВИЧ-инфекции и ВГС. Таким образом, данным пациентам помимо фармакологического лечения необходимы специфические психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, направленные на изменение поведения с целью достижения устойчивого воздержания от приема психоактивных веществ. Это возможно только в том случае, если у пациента имеются адекватные представления о болезни, ее последствиях и влиянии на его жизнедеятельность и качество жизни. Совокупность этих представлений пациента принято называть внутренней картиной болезни. Поэтому следующим этапом нашего исследования стало уровневое исследование ВКБ пациентов с разными видами зависимостью от ПАВ: алкогольной и зависимостью от опиоидов. В исследовании были использованы следующие методики: для исследования чувственного уровня – «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»; для изучения эмоционального уровня – «Шкала дифференциальных эмоций»; для оценки когнитивного уровня – «Шкала субъективного знания о заболевании»; для изучения мотивационного уровня – методика «Личностный смысл болезни» и тест «Смысложизненных ориентаций».

Характеристика выборки:

Исследования ВКБ при разных видах зависимости от ПАВ		
Группа	Количество	Возраст
Пациенты с зависимостью от алкоголя	35	35,8±8,1
Пациенты с зависимостью от опиоидов	35	33,4±4,7
Исследование ВКБ пациентов с зависимостью от ПАВ, осложненной инфекциями		
Группа	Количество	Возраст
Пациенты с опиоидной зависимостью с ВГС (Н+ВГС)	40	27,9 ±3,5
Пациенты с опиоидной зависимостью с ВИЧ и ВГС (Н+ВГС+ВИЧ)	30	29,6±3,0
Пациенты с опиоидной зависимостью без инфекционных осложнений (Н)	30	26,6 ±5,9

Результаты исследования чувственного уровня ВКБ. По результатам методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» были получены средние показатели количества выбираемых дескрипторов для описания внутренних ощущений, подходящих для описания «алкоголизма» и «наркомании».

Таблица 6

Среднее количество выбираемых дескрипторов для описания интрацептивных ощущений «алкоголизма» и «наркомании»

Этап (задание)	Среднее значение в группах, M±SD		Значимость различий по критерию U Манна-Уитни
	Зависимые от алкоголя	Зависимые от опиоидов	
1.Количество дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений	43,50±18,26	53,91±18,70	p<0,05
2.Количество дескрипторов, подходящих для описания ощущений, связанных с заболеванием	30,44±17,42	37,16±17,41	-

Статистическая значимость различий количества выбираемых дескрипторов в отношении знакомых интрацептивных ощущений подтверждается с помощью критерия Манна-Уитни на уровне значимости p<0,05.

Статистической значимости различий выбираемых дескрипторов для описания ощущений, связанных с заболеванием, выявлено не было.

Частотный анализ выбираемых дескрипторов для «алкоголизма» и «наркомании» показал, что больные используют похожие словари, но есть различия в частоте их употребления.

Таблица 7

Частота выборов дескрипторов для описания «алкоголизма» и «наркомании» в исследуемых группах (в %)

Дескрипторы для описания «алкоголизма» Группа 1	%	Дескрипторы для описания «наркомании» Группа 2	%	Значимость различий по критерию U Манна-Уитни
Депрессия	45	Депрессия	85	Гр1–Гр2 < 0,05
Отравление	70	Отравление	45	Гр1–Гр2 < 0,05
Мучительно	70	Мучительно	40	Гр1–Гр2 < 0,05
Тошнота	70	Тошнота	40	Гр1–Гр2 < 0,05
Усталость	50	Усталость	80	Гр1–Гр2 < 0,05
Тревога	50	Тревога	80	Гр1–Гр2 < 0,05
Грусть	40	Грусть	70	Гр1–Гр2 < 0,05
Тоска	40	Тоска	70	Гр1–Гр2 < 0,05
Дрожь	70	Дрожь	60	
Влечение	55	Влечение	70	
Опустошение	60	Опустошение	45	
Ломота	60	Ломота	60	
Опьянение	60	Опьянение	55	
Пресыщение	55	Пресыщение	65	
Невмоготу	55	Невмоготу	55	
Противный	45	Противный	60	
Вялый	50	Вялый	60	
Знобить	60	Напряжение	70	
Тяжесть	55	Страдание	65	

Примечание: в анализ вошли дескрипторы, частота встречаемости которых превысила 40%.

Для описания болезни больные обеих групп чаще всего выбирают слова, связанные с болезненными телесными проявлениями своего заболевания и сопровождающие их отрицательные эмоциональные переживания.

Зависимые от алкоголя для описания алкоголизма достоверно чаще выбирают слова, связанные с физиологическим дискомфортом: «отрав-

ление» (70%), «мучительно» (70%), «тошнота» (70%), которые отражают симптомы алкогольной интоксикации.

Для описания наркомании зависимые от опиоидов достоверно реже использовали слова, описывающие физический дискомфорт, а чаще слова, отражающие эмоциональный дискомфорт. Так, «депрессия» встречается у 85% испытуемых, «усталость» – у 80%, «тревога» у 80%, «грусть» у 70%, «тоска» у 70%; в группе мужчин, зависимых от алкоголя, частота встречаемости данных слов – 45%, 50%, 50%, 40% и 40% соответственно. Статистическая значимость различий подтверждается по критерию Манна-Уитни на уровне значимости $p \leq 0,02$, $p \leq 0,03$.

Таким образом, зависимые от опиоидов пациенты описывают телесный уровень своего заболевания, используя дескрипторы, отражающие эмоциональные состояния тревожно-депрессивного спектра, игнорируя собственно телесные ощущения.

Сравнительное исследование ВКБ пациентов с зависимостью от ПАВ с инфекционным осложнением и без него¹⁰.

Исследовательские задачи, которые решались на данном этапе [10], заключалась в оценке влияния на ВКБ пациентов с зависимостью от ПАВ присоединения тяжелого инфекционного заболевания, определении роли каждого заболевания в ВКБ с выявления ведущего заболевания, как основной мишени третичной профилактики. В исследовании принимали участие зависимые от опиоидов пациенты наркологического стационара, вошедшие в 3 группы сравнения: зависимые от опиоидов, не имеющие инфекционных осложнений (группа «Н»); зависимые от опиоидов, инфицированных ВГС (группа «Н+ВГС»); зависимые от опиоидов, инфицированные ВГС и ВИЧ (группа «Н+ВГС+ВИЧ»).

¹⁰ Исследование выполнено совместно с Подосиновой Т.В.: Подосинова Т.В., Бузина Т.С. Особенности внутренней картины болезни больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложнённым вирусным гепатитом С // Врач-аспирант. – 2010. – № 6.1 (43). – С. 169-178.

Исследование чувственного уровня ВКБ

В результате сравнения средних показателей количества выбираемых дескрипторов в разных группах можно отметить, что для описания заболевания «наркомания» представители всех групп используют примерно одинаковое количество слов.

Таблица 8

**Среднее количество выбираемых дескрипторов
для описания заболевания «наркомания» для всех групп**

Группа	Среднее±станд.ошибка	Значимость различий
Больные наркоманией без ВГС («Н»)	21,03 ±13,67	-
Больные наркоманией с ВГС («Н+ВГС»)	21,05 ±14,54	-
Больные наркоманией с ВГС и ВИЧ-инфекцией («Н+ВГС+ВИЧ»).	25,9 ±17,48	-

Таблица 9

Частота выборов дескрипторов для описания «наркомании»

Больные наркоманией без инфекционных осложнений (р1)	%	Больные наркоманией с ВГС (р2)	%	Больные наркоманией с ВГС и ВИЧ (р3)	%	Значимость различий
Депрессия	80,0	Депрессия	72,5	Депрессия	90,0	
Слабость	70,0	Тревога	67,5	Грусть	73,3	
Грусть	66,6	Усталость	65,0	Тоска	73,3	
Тоска	63,3	Грусть	65	Усталость	70,0	
Подавленность	63,3	Тоска	62,5	Тревога	70,0	
Плохо	60,0	Напряжение	62,5	Плохо	70,0	p2–p3 < 0,01
Опустошение	56,6	Слабость	60,0	Мучительно	70,0	p1–p3 < 0,05 p2–p3 < 0,05
Страдание	56,6	Ломота	57,5	Подавленность	66,6	
Усталость	50,0	Тяжесть	55	Отчаяние	66,6	
Истощение	46,6	Опустошение	52,5	Напряжение	63,3	
Тревога	46,6	Подавленность	52,5	Вялый	63,3	p1–p3 < 0,05
Отчаяние	46,6	Знобить	50	Влечение	60,0	p2–p3 < 0,05
Тяжесть	46,6	Боль	50	Слабость	56,6	
Напряжение	43,3	Отчаяние	47,5	Тяжесть	56,6	
Ломота	43,3	Укол	47,5	Опустошение	56,6	
Возбуждение	43,3	Страдание	45	Возбуждение	53,3	

Больные наркоманий без инфекционных осложнений (p1)	%	Больные наркоманий с ВГС (p2)	%	Больные наркоманий с ВГС и ВИЧ (p3)	%	Значимость различий
Мучительно	43,3	Невроготу	45	Боль	53,3	p1–p3 < 0,05
Жутко	43,3	Мучительно	42,5	Истощение	53,3	p2–p3 < 0,05
Боль	40,0	Терзающий	40	Ломота	50,0	
Знобить	36,6	Плохо	40	Жутко	50,0	p2–p3 < 0,01
Укол	36,6	Влечение	37,5	Страдание	46,6	p2–p3 < 0,05
Дрожь	36,6	Истощение	37,5	Предчувствие	46,6	
Влечение	36,6	Возбуждение	37,5	Бесчувствие	43,3	
Вялый	33,3	Дрожь	35	Невроготу	43,3	p1–p3 < 0,05
Невроготу	33,3	Противный	32,5	Тошнота	40,0	
Всплеск	33,3	Опьянение	32,5	Знобить	40,0	
Движение	33,3	Давление	32,5	Давление	40,0	
Холодок	30,0	Вялый	30,0	Противный	40,0	
Предчувствие	30,0	Изнурияющий	30,0	Терзающий	36,6	
Бесчувствие	30,0	Жар	30,0	Отравление	36,6	
Голод	30,0	Зуд	30,0	Лихорадка	36,6	
Давление	30,0	Предчувствие	30,0	Укол	36,6	
				Движение	33,3	
				Удушье	33,3	
				Темный	33,3	
				Дрожь	30,0	

Таким образом, все больные опийной зависимостью на чувственном уровне одинаково описывают заболевание «наркомания», включая в описание как эмоциональные переживания негативного характера (в основном тревожно-депрессивного спектра), так и некоторые физиологические симптомы, связанные с абстинентным синдромом.

Анализ частоты выборов дескрипторов испытуемыми трех групп показал, что их словари очень похожи. В наибольшей степени отличается словарь пациентов с ВИЧ-инфекцией. Так, можно отметить, что интрацептивные ощущения, описывающие негативные чувственные переживания («мучительно», «плохо», «влечение», «опустошение» и др.) чаще выбираются больными из группы «Н+ВГС+ВИЧ», по сравнению с другими группами (статистическая значимость различий в процентном соотношении выбора по критерию Манна – Уитни подтверждается на уровне значимо-

сти $p < 0,05$). Больные из группы «Н+ВГС+ВИЧ» для описания «наркомании» чаще всего выбирают слово «мучительно» и «плохо» (70%), а представители двух других групп, используют данные дескрипторы в среднем в 40%. В этой группе («Н+ВГС+ВИЧ») «Влечение» (60%) переживается значительно чаще при описании «наркомании», тогда как для представителей других групп частотность выбора этого слова составляет в среднем также лишь 40%.

Исследование выборов дескрипторов для описания заболевания ВГС в группах зависимых от опиоидов с инфекционным осложнением показало, что больные из обеих групп («Н+ВГС» и «Н+ВГС+ВИЧ») используют практически одинаковый по объему и по составу словарь.

В словарях обеих групп большинство слов описывают в большей степени негативные эмоциональные состояния, такие как тревога, грусть, отчаяние, подавленность, а также неспецифические отрицательные ощущения «плохо», «тяжесть», «напряжение», а конкретные телесные симптомы представлены незначительно.

Таблица 10

**Среднее количество выбираемых дескрипторов
для описания вирусного гепатита С («Н+ВГС», «Н+ВГС+ВИЧ»)**

Заболевание	Группа «Н+ВГС»		Группа «Н+ВГС+ВИЧ»	
	Среднее $\pm$ стандартное отклонение	Значимость различий	Среднее $\pm$ стандартное отклонение	Значимость различий
Наркомания (P_1)	21,05 $\pm$ 14,54	$P_1 - P_2 < 0,05$	25,9 $\pm$ 17,48	$P_1 - P_2 < 0,01$
ВГС (P_2)	13,6 $\pm$ 13,55		14,4 $\pm$ 13,24	
ВИЧ (P_3)			17,8 $\pm$ 14,19	$P_1 - P_3 < 0,05$

Таблица 11

**Частота выборов дескрипторов для описания ВГС в группах,
зависимых от опиоидов с инфекционными осложнениями**

«Н+ВГС»	%	«Н+ВГС+ВИЧ»	%
Тревога	62,5	Плохо	60
Грусть	60	Тревога	60
Напряжение	50	Грусть	56,6
Плохо	50	Тяжесть	53,3

«Н+ВГС»	%	«Н+ВГС+ВИЧ»	%
Отчаяние	42,5	Напряжение	50
Подавленность	42,5	Подавленность	46,6
Вялый	40	Тоска	43,3
Усталость	40	Вялый	43,3
Мучительно	40	Жутко	40
Жутко	37,5	Отчаяние	40
Слабость	37,5	Давление	40
Тоска	37,5	Опустошение	40
Депрессия	35	Депрессия	36,6
Тяжесть	35	Боль	36,6
Терзающий	35	Мучительно	36,6
Боль	32,5	Бесчувствие	36,6
Страдание	30	Слабость	36,6
Давление	30	Истощение	36,6
Опустошение	30	Усталость	33,3
Отравление	30	Страдание	33,3
		Отравление	33,3
		Предчувствие	30

На наш взгляд сходство в словарях интрацептивных ощущений для описания ВГС у представителей обеих групп объясняется тем, что у них недостаточно опыта переживания этого заболевания. В процессе исследования они сообщали, что ощущения при данном заболевании определяют весьма условно, только около половины обследованных (45% из группы с ВГС и 53,3% из группы с ВГС+ВИЧ) отмечают с себя симптомов ВГС. При этом, зная о своем статусе носительства ВГС, они признают себя больными формально, а около 25%, вообще не считают себя больными этим заболеванием. По данным анкетного опроса 77,5% представителей группы зависимых с осложненностью ВГС и 73,3% зависимых с ВГС и ВИЧ-инфекцией признают у себя наличие этого заболевания. В то же время больными наркоманией считают себя все 100% обследованных.

Задание на описание ВИЧ-инфекции было предложено зависимым от опиоидов, имеющих сочетанные инфекции ВГС и ВИЧ. Результаты показали, описание ВИЧ-инфекции очень похоже на описание ВГС. Испытуемые используют те же слова, но процентное соотношение выбора слов различно. Наиболее часто встречающимся дескриптором при описании

ВИЧ-инфекции является «напряжение» – 76,6%, тогда как для характеристики ВГС «напряжение» выбирают 50% обследованных больных, что подтверждается статистической значимостью в различии показателей.

По остальным дескрипторам, выбранным для описания ВГВ и ВИЧ, значимых различий не выявилось.

Таким образом, можно сказать, что представленность на телесном уровне ВИЧ и ВГС не имеет существенных различий, пациенты не дифференцируют эти заболевания.

Сравнение описания трех заболеваний, которые имеются у данной группы пациентов показало, что при описании «наркомании» частота выбора слов для описания этого заболевания выше, чем при описании ВГС и ВИЧ-инфекции, а частота выбора слов для описания ВГС ниже, чем при описании ВИЧ-инфекции. Можно предположить, что это связано с тем, что практически все представители данной группы (96,6%) признают у себя наличие заболевания ВИЧ-инфекция, тогда как, лишь 73,3% из них считают, что они больны ВГС.

Таблица 12

Сравнение частот выборов дескрипторов для описания «наркомании», ВГС и ВИЧ-инфекции в группе «Н+ВГС+ВИЧ»

Наркомания (p1)	%	ВГС (p2)	%	ВИЧ (p3)	%	P*
Депрессия	90,0	Плохо	60,0	Напряжение	76,6	p1–p2 < 0,01 p1–p3 < 0,01 p2–p3 < 0,05
Грусть	73,3	Тревога	60,0	Тревога	76,6	
Тоска	73,3	Грусть	56,6	Плохо	73,3	p1–p2 < 0,01
Усталость	70,0	Тяжесть	53,3	Грусть	66,6	p1–p2 < 0,01 p1–p3 < 0,01
Тревога	70,0	Напряжение	50,0	Подавленность	63,3	p2–p3 < 0,05
Плохо	70,0	Подавленность	46,6	Тоска	63,3	
Мучительно	70,0	Тоска	43,3	Отчаяние	60,0	p1–p2 < 0,01 p1–p2 < 0,01
Подавленность	66,6	Вялый	43,3	Страдание	60,0	
Отчаяние	66,6	Жутко	40,0	Депрессия	56,6	p1–p2 < 0,05 p1–p3 < 0,01
Напряжение	63,3	Отчаяние	40,0	Жутко	56,6	p1–p2 < 0,05
Вялый	63,3	Давление	40,0	Бесчувствие	56,6	
Влечение	60,0	Опустошение	40,0	Мучительно	53,3	

Наркомания (p1)	%	ВГС (p2)	%	ВИЧ (p3)	%	P*
Слабость	56,6	Депрессия	36,6	Опустошение	53,3	p1–p2 < 0,01
Тяжесть	56,6	Боль	36,6	Истощение	50,0	
Опустошение	56,6	Мучительно	36,6	Предчувствие	46,6	p1–p2 < 0,01
Возбуждение	53,3	Бесчувствие	36,6	Слабость	43,3	
Боль	53,3	Слабость	36,6	Тяжесть	40,0	
Истощение	53,3	Истощение	36,6	Вялый	40,0	
Ломота	50,0	Усталость	33,3	Противный	40,0	p1–p2 < 0,01
Жутко	50,0	Страдание	33,3	Давление	36,6	
Страдание	46,6	Отравление	33,3	Боль	36,6	
Предчувствие	46,6	Предчувствие	30,0	Усталость	36,6	p1–p3 < 0,01
Бесчувствие	43,3			Отравление	33,3	
Невроготу	43,3					
Тошнота	40,0					
Знобить	40,0					
Давление	40,0					
Противный	40,0					

Таким образом, можно отметить, что в сознании больных опиной зависимостью всех групп чувственный уровень представлений о «наркомании» значительно более выражен, как по количеству переживаемых ощущений, так и по содержанию этих ощущений, по сравнению с чувственным отражением сопутствующих заболеваний ВГС и ВИЧ-инфекции. Представители всех групп примерно одинаково описывают наркоманию, описание ВГС и ВИЧ практически не отличаются друг от друга.

Таким образом, на сенситивном уровне ВКБ больных с зависимостью от опиоидов, сочетанной с парентеральными инфекциями, ведущим компонентом являются представления о наркомании, представления об инфекции включаются в описание наркомании, а виды инфекций не дифференцируются.

При этом сравнительное исследование пациентов с разным видом зависимости показал, что при примерно одинаковом объеме словарей интрацептивных ощущений, содержательно словари также различаются мало. Различия в словарях в основном наблюдаются в процентном соотношении выбранных слов и связаны с различиями в клинических проявлениях зависимости от алкоголя и зависимости от опиоидов.

Телесный опыт и представления о болезни у пациентов с зависимостью от опиоидов

В 2016 году совместно Т.С. Бузиной и В.П. Юриным было проведено психосемантическое исследование чувственного переживания болезни у лиц, зависимых от ПАВ (опиоидов) [17].

Перед нами стояли следующие задачи:

1. Выделить особенности интрацептивных словарей с помощью методики «ВДИО», характеризующих различные состояния: на момент исследования, интоксикация, абстиненция, а также важные, значимые ощущения.

2. Провести апробацию оригинальной методики «Опросник телесных ощущений при опиийной наркомании» и выделить особенности интрацептивных словарей при интоксикации и абстиненции.

3. Исследовать семантику телесного опыта у лиц, зависимых от ПАВ с различным стажем употребления.

4. Сравнить полученные интрацептивные словари для различных групп и описать их особенности.

Гипотеза исследования состояла в том, что у лиц, зависимых от опиоидов по мере увеличения стажа употребления интрацептивный словарь становится более недифференцированным и диффузным.

В исследовании приняли участие 32 человека с диагнозом: синдром зависимости от опиоидов (F11.2) в возрасте от 22 до 44 лет, средний возраст $33,4 \pm 5,4$. Общий стаж употребления от 5 до 23 лет, средние показатели общего стажа употребления $14,6 \pm 5,5$.

Для поставленных нами задач из данной выборки были выделены две группы пациентов с различным стажем употребления опиоидов: «(10 лет $\leq$)» – стаж до десяти лет включительно; «(20 лет $\geq$)» – стаж от двадцати лет и более.

В первую группу «(10 лет $\leq$)» вошли 10 пациентов в возрасте от 22 до 37 лет, средний возраст $29,0 \pm 4,3$. Общий стаж употребления от 5 до 10 лет, средние показатели общего стажа употребления $7,7 \pm 2,0$. Во вторую группу «(20 лет $\geq$)» вошли 9 пациентов в возрасте от 33 до 44 лет, средний возраст $38,2 \pm 3,7$. Общий стаж употребления от 20 до 23 лет, средние показатели общего стажа употребления $20,7 \pm 1,2$.

При описании общего состояния («на момент исследования») в группе «(10 лет $\leq$)» телесные дескрипторы и дескрипторы эмоционального переживания болезни имели негативный характер, причём дескрипторов, выражающих эмоциональное переживание, было больше (11) чем телесных (3). В остальных группах наблюдалась та же тенденция с небольшой лишь разницей в количестве дескрипторов (11 и 4 – «(20 лет $\geq$)», 12 и 3 – общая выборка). Следовательно, у всех пациентов трёх групп при описании общего состояния доминирует негативное эмоциональное переживание болезни.

При описании интоксикации в группе «(20 лет $\geq$)» отмечается избыточность интрацептивного словаря (20 дескрипторов, выражающих эмоциональное переживание и 15 – телесные) по сравнению с группой «(10 лет $\leq$)» и общей выборкой. Среди этих дескрипторов были отмечены и положительные, однако их количество значительно уступало дескрипторам, имеющих негативный характер. Также отмечено появление экстрацептивного дескриптора (метафоры), что, в общем, может указывать на неспособность вербализировать собственный телесный и эмоциональный опыт, и говорит о диффузности, недифференцированности индивидуального словаря этого опыта. В группе «(10 лет $\leq$)» также отмечено появление экстрацептивного дескриптора. Однако стоит отметить, что телесные дескрипторы и дескрипторы эмоционального переживания болезни данной группы и общей выборки не имели ярко выраженного негативного характера, как у пациентов группы «(20 лет $\geq$)». У всех пациентов трёх

групп при описании интоксикации доминирует число дескрипторов, соответствующих телесным описаниям.

При описании абстиненции в группе «(20 лет $\geq$)» отмечается избыточность интрацептивного словаря (23 дескриптора, выражающих эмоциональное переживание и 28 – телесные), имеющего исключительно негативный характер. Также отмечается наибольшее количество экстрацептивных дескрипторов (метафор) из всех групп и состояний – 4. По этим данным можно судить о том, что чем больше стаж употребления ПАВ, тем чаще возникают затруднения в вербализации собственного телесного и эмоционального опыта, что говорит о диффузности, недифференцированности индивидуального словаря этого опыта. По остальным группам также отмечается увеличение числа дескрипторов относительно других состояний и наличие экстрацептивных дескрипторов (метафор). В группе «(20 лет $\geq$)» и в общей выборке доминируют телесные дескрипторы, а в группе «(10 лет $\leq$)» – дескрипторы эмоционального переживания болезни и телесные представлены почти в равных количествах (17 и 16).

При описании важных, значимых дескрипторов в общей выборке в равной степени преобладают как телесные, так и дескрипторы, описывающие эмоциональные состояния (2 и 2), имеющие положительный характер. Для группы «(10 лет $\leq$)» большее значение имели телесные дескрипторы, нежели эмоциональные (6 и 3). В большей степени они имели положительный характер, однако, один дескриптор, относящийся к телесным описаниям, имел негативный характер. Все эмоциональные дескрипторы были положительными. В группе «(20 лет $\geq$)» при описании телесных ощущений преобладали как позитивные, так и негативные дескрипторы. Но стоит отметить, что именно в этой группе преобладало больше негативных дескрипторов, отражающих эмоциональное отношение.

Встречались дескрипторы, которые большинство пациентов не отмечали, однако были случаи, когда они выбирались, то есть при выборе положительных дескрипторов одновременно выбирались и негативные.

Выводы:

1. При описании общего состояния, то есть состояния на момент проведения исследования, у всех пациентов, независимо от стажа употребления наркотиков, при описании телесных ощущений доминировали дескрипторы, соответствующие негативным эмоциональным переживаниям болезни.

2. При описании интоксикации, абстиненции и важных, значимых ощущений в группе пациентов, где стаж употребления был от двадцати лет и более, отмечалась избыточность интрацептивных словарей.

3. При описании интоксикации у группы со стажем употребления двадцать лет и более доминируют дескрипторы негативного характера, а у группы со стажем десять лет и менее такого не наблюдалось.

4. При описании абстиненции отмечается увеличение интрацептивных словарей у всех групп.

5. При описании абстиненции у группы со стажем употребления двадцать лет и более доминируют телесные дескрипторы.

6. При выборе важных, значимых ощущений у группы со стажем употребления двадцать лет и более доминируют эмоциональные дескрипторы, имеющие негативный характер.

7. При выборе важных, значимых ощущений у группы со стажем десять лет и менее преобладали телесные дескрипторы, имеющие положительный характер.

8. Чем больше стаж употребления ПАВ, тем меньше различий на этапах выполнения и, следовательно, интрацептивный словарь становится более диффузным.

С целью выделения словарей интрацептивных ощущений, характеризующих различные клинические состояния, был проведён факторный анализ данных, полученных при проведении методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений». В качестве переменных послужили 80 предъявляемых слов, принимающих значения 0 или 1 в зависимости от того, были они выбраны испытуемым или нет.

В результате факторизации данных по клиническому состоянию «общее» (на момент проведения исследования) выделились 5 интерпретируемых факторов, объясняющих 51,9% общей дисперсии.

В первый фактор, объясняющий 13,3% общей дисперсии, вошли слова, описывающие соматические страдания. Этот фактор можно назвать фактором «болезненных, негативных телесных ощущений».

Таблица 13

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в первый фактор, характеризующие клиническое состояние – «общее» (на момент проведения исследования)

Слова	Факторные нагрузки
Знобить	0,79
Горький	0,69
Движение	0,64
Лихорадка	0,61
Истощение	0,60
Онемение	0,53
Дрожь	0,51
Боль	0,50
Биение	0,47
Холодок	0,47
Слабость	0,40
Ломота	0,39
Тошнота	0,31

Данный фактор является ведущим для описания клинического состояния «общее» (на момент проведения исследования).

В исследованиях, посвящённых интрацептивной семантике в норме (Бузина Т.С., 1998, 2009), было выявлено, что условно здоровые люди,

оценивая свой телесный опыт, ориентируется, прежде всего, на негативные ощущения. Эта тенденция наблюдается и здесь – у лиц, зависимых от опиоидов.

Обращает на себя внимание то, что именно этот фактор имеет наивысший процент дисперсии среди всех выделенных нами клинических состояний (даже в состоянии абстиненции его выраженность ниже). Данный фактор присутствует во всех четырёх клинических состояниях.

Во второй фактор, объясняющий 11,0% общей дисперсии, вошли слова, описывающие неопределённые телесные ощущения. Этот фактор можно назвать фактором «сенестопатий-метафор», имеющий в данном клиническом состоянии позитивную окраску.

Таблица 14

**Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие во второй фактор, характеризующие клиническое состояние – «общее»
(на момент проведения исследования)**

Слова	Факторные нагрузки
Треск	0,87
Вспышка	0,82
Ласкающий	0,75
Твёрдый	0,74
Всплеск	0,74
Звенеть	0,55
Стук	0,44
Мерцание	0,37
Пронзать	0,33

Данный фактор присутствует во всех четырёх клинических состояниях.

В третий фактор, объясняющий 10,2% общей дисперсии, вошли слова, описывающие позитивные переживания. Этот фактор можно назвать фактором «потребительского гедонизма». Выбор названия фактора связан с тем, что пациенты, находящиеся на стационарном лечении не обременены никакими обязанностями, а большая часть удовлетворения их потребностей ложится на плечи медицинского персонала и людей иных специальностей, работающих в клинике. Именно они обеспечивают больных

одеждой, постельным бельём, едой, лекарственными средствами, то есть – всем необходимым. Как выразился один из пациентов: «Накормят, напоят, спать уложат – санаторий».

Данный фактор был выделен и в состоянии «важные, значимые ощущения», однако с более низкой выраженностью.

Таблица 15

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в третий фактор, характеризующие клиническое состояние – «общее» (на момент проведения исследования)

Слова	Факторные нагрузки
Вкусный	0,86
Приятный	0,83
Лёгкость	0,73
Покой	0,64
Влечение	0,49
Удовольствие	0,43
Утихать	0,33

В четвёртый фактор, объясняющий 9,9% общей дисперсии, вошли слова, описывающие эмоциональное беспокойство. Этот фактор можно назвать фактором «тревожных ощущений».

Таблица 16

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в четвёртый фактор, характеризующие клиническое состояние – «общее» (на момент проведения исследования)

Слова	Факторные нагрузки
Опустошение	0,61
Жутко	0,56
Отчаяние	0,53
Страдание	0,52
Грусть	0,51
Невозмогу	0,47
Предчувствие	0,45
Тревога	0,42
Вялый	0,37
Цепенеть	0,37
Изнуряющий	0,36
Плохо	0,35
Подавленность	0,34

В пятый фактор, объясняющий 7,5% общей дисперсии, вошли слова, описывающие симптомы болезни. Этот фактор можно назвать фактором «эпизодических болезненных состояний».

Таблица 17

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в пятый фактор, характеризующие клиническое состояние – «общее» (на момент проведения исследования)

Слова	Факторные нагрузки
Отравление	0,59
Опьянение	0,56
Мокрый	0,52
Возбуждение	0,51
Мучительно	0,47
Жар	0,39
Изнуряющий	0,36
Истощение	0,32

В результате факторизации данных по клиническому состоянию «интоксикация» выделились 5 интерпретируемых факторов, объясняющих 54,5% общей дисперсии.

В первый фактор, объясняющий 21,7% общей дисперсии, вошли слова, описывающие сильные негативные эмоции. Этот фактор можно назвать фактором «негативных (депрессивных) эмоциональных переживаний».

Обращает на себя внимание то, что именно этот фактор имеет наивысшую выраженность среди остальных клинических состояний.

Если провести параллель с больными ипохондрией, то мы увидим сходство в том, что как они, так и зависимые от опиоидов активно используют эмоциональные признаки для описания интрацептивных ощущений.

Данный фактор был выделен и в состоянии «важных, значимых ощущений», также имеющий высокий процент дисперсии (20,4%), что может указывать на то, что негативные эмоциональные переживания могут служить предиктором употребления наркотиков с целью их купирования, однако полного снижения этих негативных переживаний не происходит. Даже позитивные (интоксикационные) эмоциональные переживания

(одноимённый фактор выделен в состоянии «важных, значимых ощущений») не могут полностью перекрыть ту огромную площадь негативных (депрессивных) эмоциональных переживаний, которая характерна для клинического состояния «интоксикации».

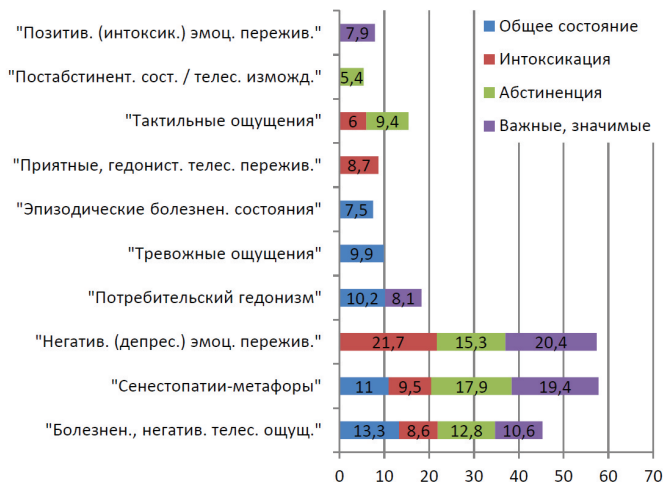


Рисунок 14. Процентное выражение выделенных факторов (% от общей дисперсии)

Таблица 18
Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в первый фактор, характеризующие клиническое состояние – «интоксикация»

Слова	Факторные нагрузки
Тоска	0,86
Отчаяние	0,85
Тревога	0,85
Грусть	0,82
Страдание	0,82
Жутко	0,79
Изнуряющий	0,76
Мучительно	0,74
Опустошение	0,73
Плохо	0,73
Подавленность	0,69
Напряжение	0,62
Цепенеть	0,59
Депрессия	0,51

Во второй фактор, объясняющий 9,5% общей дисперсии, вошли слова, описывающие неопределённые телесные ощущения. Этот фактор можно назвать фактором «сенестопатий-метафор».

Таблица 19

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие во второй фактор, характеризующие клиническое состояние – «интоксикация»

Слова	Факторные нагрузки
Царапнуть	0,77
Вспышка	0,72
Шепот	0,69
Твёрдый	0,67
Треск	0,63
Мерцание	0,63
Защекотать	0,63
Всплеск	0,46
Стук	0,39

В третий фактор, объясняющий 8,7% общей дисперсии, вошли слова, описывающие позитивные соматические ощущения. Этот фактор можно назвать фактором «приятных, гедонистических телесных переживаний».

Таблица 20

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в третий фактор, характеризующие клиническое состояние – «интоксикация»

Слова	Факторные нагрузки
Укол	0,71
Движение	0,62
Возбуждение	0,67
Тошнота	0,53
Учащаться	0,52
Бесчувствие	0,52
Приятный	0,49
Влечение	0,45
Покой	0,44
Давление	0,41
Утихать	0,41
Лёгкость	0,40
Жжение	0,40

В четвёртый фактор, объясняющий 8,6% общей дисперсии, вошли слова, описывающие соматические страдания. Этот фактор можно назвать фактором «болезненных, негативных телесных ощущений».

Обращает на себя внимание то, что данный фактор и предыдущий («приятные, гедонистические телесные переживания») имеют очень малую разницу в своих значениях, что может говорить о двояком отношении зависимых к проявлениям интоксикации на телесном уровне.

Таблица 21

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в четвёртый фактор, характеризующие клиническое состояние – «интоксикация»

Слова	Факторные нагрузки
Боль	0,82
Ломота	0,76
Усталость	0,66
Дрожь	0,61
Знобить	0,46

В пятый фактор, объясняющий 6,0% общей дисперсии, вошли слова, описывающие рецепторные ощущения. Этот фактор можно назвать фактором «тактильных ощущений».

Таблица 22

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в пятый фактор, характеризующие клиническое состояние – «интоксикация»

Слова	Факторные нагрузки
Тяжесть	0,55
Холодок	0,51
Онемение	0,41
Горячий	0,41

В результате факторизации данных по клиническому состоянию «абстиненция» выделились 5 интерпретируемых факторов, объясняющих 60,8% общей дисперсии.

В первый фактор, объясняющий 17,9% общей дисперсии, вошли слова, описывающие неопределённые телесные ощущения. Этот фактор

можно назвать фактором «сенестопатий-метафор», имеющий в данном клиническом состоянии негативную окраску.

Данный фактор не является лидирующим по своему процентному выражению, так как был выделен и в состоянии «важных, значимых ощущений», где он имеет наивысший процент дисперсии среди всех выделенных нами клинических состояний.

В свою очередь сенестопатии абстинентного синдрома являются прямым предиктором употребления наркотиков с целью снятия нежелательной и мучительной симптоматики.

Если провести параллель с больными ипохондрией, то мы увидим сходство в том, что как они, так и зависимые от опиоидов при построении своих интрацептивных словарей огромное значение придают экстрацептивным признакам, то есть метафорам.

Таблица 23

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в первый фактор, характеризующие клиническое состояние – «абстиненция»

Слова	Факторные нагрузки
Жужжание	0,87
Вспышка	0,78
Всплеск	0,77
Громко	0,77
Шепот	0,75
Шорох	0,74
Упругий	0,73
Твёрдый	0,71
Царапнуть	0,70
Укол	0,68
Звенеть	0,67
Стук	0,62
Пронзать	0,58
Мохнатый	0,57
Мерцание	0,55
Треск	0,48
Защекотать	0,45
Сжиматься	0,41
Движение	0,33

Во второй фактор, объясняющий 15,3% общей дисперсии, вошли слова, описывающие сильные негативные эмоции. Этот фактор можно назвать фактором «негативных (депрессивных) эмоциональных переживаний».

Таблица 24

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие во второй фактор, характеризующие клиническое состояние – «абстиненция»

Слова	Факторные нагрузки
Тоска	0,88
Грусть	0,84
Мучительно	0,84
Опустошение	0,81
Страдание	0,74
Плохо	0,74
Тревога	0,67
Терзающий	0,62
Жутко	0,61
Противный	0,59
Подавленность	0,56
Отчаяние	0,33

В третий фактор, объясняющий 12,8% общей дисперсии, вошли слова, описывающие соматические страдания. Этот фактор можно назвать фактором «болезненных, негативных телесных ощущений».

Таблица 25

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в третий фактор, характеризующие клиническое состояние – «абстиненция»

Слова	Факторные нагрузки
Тошнота	0,88
Тяжесть	0,82
Знобить	0,77
Невроготу	0,71
Напряжение	0,65
Ломота	0,62
Боль	0,53
Зуд	0,53
Лихорадка	0,45

В четвёртый фактор, объясняющий 9,4% общей дисперсии, вошли слова, описывающие рецепторные ощущения. Этот фактор можно назвать фактором «тактильных ощущений».

Таблица 26

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в четвёртый фактор, характеризующие клиническое состояние – «абстиненция»

Слова	Факторные нагрузки
Влажный	0,68
Мокрый	0,67
Липкий	0,55
Горячий	0,54
Онемение	0,51
Холодок	0,48
Давление	0,47

В пятый фактор, объясняющий 5,4% общей дисперсии, вошли слова, описывающие астенические проявления. Этот фактор можно назвать фактором «постабстинентного состояния/телесной измождённости».

Таблица 27

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в пятый фактор, характеризующие клиническое состояние – «абстиненция»

Слова	Факторные нагрузки
Дрожь	0,76
Слабость	0,73
Голод	0,51
Усталость	0,45

В результате факторизации данных по клиническому состоянию «важные, значимые ощущения» выделились 5 интерпретируемых факторов, объясняющих 66,4% общей дисперсии.

В первый фактор, объясняющий 20,4% общей дисперсии, вошли слова, описывающие сильные негативные эмоции. Этот фактор можно назвать фактором «негативных (депрессивных) эмоциональных переживаний».

**Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в первый фактор,
характеризующие состояние – «важные, значимые ощущения»**

Слова	Факторные нагрузки
Отчаяние	0,83
Тревога	0,83
Страдание	0,82
Мучительно	0,78
Плохо	0,79
Опустошение	0,75
Подавленность	0,73
Жутко	0,69
Терзающий	0,68
Грусть	0,66
Цепенеть	0,64
Пресыщение	0,64
Тоска	0,64
Зануть	0,61
Противный	0,50

Ранее было рассмотрено, что данный фактор может являться предиктором употребления наркотиков (см. клиническое состояние «интоксикация», фактор «негативные (депрессивные) эмоциональные переживания»).

Во второй фактор, объясняющий 19,4% общей дисперсии, вошли слова, описывающие неопределённые телесные ощущения (табл. 29). Этот фактор можно назвать фактором «сенестопатий-метафор».

Ранее было рассмотрено, что данный фактор (как один из вариантов развития зависимости) может являться предиктором употребления опиоидов (см. клиническое состояние «абстиненция», фактор «сенестопатии-метафоры»).

В третий фактор, объясняющий 10,6% общей дисперсии, вошли слова, описывающие соматические страдания (табл. 30). Этот фактор можно назвать фактором «болезненных, негативных телесных ощущений».

Таблица 29

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие во второй фактор, характеризующие состояние – «важные, значимые ощущения»

Слова	Факторные нагрузки
Царапнуть	0,87
Громко	0,84
Стук	0,83
Мохнатый	0,83
Твёрдый	0,81
Шорох	0,78
Треск	0,74
Шепот	0,73
Пронзать	0,72
Жужжание	0,67
Упругий	0,62
Звенеть	0,62
Мерцание	0,55
Защекотать	0,52
Сжиматься	0,52
Ломота	0,49
Всплеск	0,45
Движение	0,40

Таблица 30

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в третий фактор, характеризующие состояние – «важные, значимые ощущения»

Слова	Факторные нагрузки
Зуд	0,84
Дрожь	0,80
Слабость	0,75
Тошнота	0,64
Знобить	0,55
Липкий	0,44
Боль	0,39
Укол	0,37

В четвёртый фактор, объясняющий 8,1% общей дисперсии, вошли слова, описывающие позитивные переживания (табл. 31). Этот фактор можно назвать фактором «потребительского гедонизма».

В пятый фактор, объясняющий 7,9% общей дисперсии, вошли слова, описывающие приятные ощущения (табл. 32). Этот фактор можно назвать фактором «позитивных (интоксикационных) эмоциональных переживаний».

Таблица 31

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в четвёртый фактор, характеризующие состояние – «важные, значимые ощущения»

Слова	Факторные нагрузки
Вкусный	0,69
Ласкающий	0,63
Влечение	0,60
Покой	0,56
Лёгкость	0,55
Утихать	0,48
Приятный	0,41

Таблица 32

Дескрипторы интрацептивных ощущений, вошедшие в пятый фактор, характеризующие состояние – «важные, значимые ощущения»

Слова	Факторные нагрузки
Блаженствовать	0,62
Жар	0,62
Горячий	0,61
Удовольствие	0,48
Возбуждение	0,40

Выводы:

1. Болезненные, негативные телесные ощущения являются ведущими при описании клинического состояния «общее» (на момент проведения исследования), что соответствует критериям интрацептивной семантики в норме.

2. Сенестопатии-метафоры и болезненные негативные телесные ощущения в большом объёме представлены во всех четырёх состояниях.

3. Негативные эмоциональные переживания являются ведущими при описании клинического состояния «интоксикация» и состояния «важные, значимые ощущения», что свидетельствует о том, что эти переживания могут являться предикторами употребления наркотиков.

4. Сенестопатии-метафоры являются ведущими при описании состояния «важные, значимые ощущения» и клинического состояния «абстиненция», что свидетельствует о том, что сенестопатии могут являться предикторами употребления наркотиков.

5. Некоторые из выделенных факторов («болезненные негативные телесные ощущения», «сенестопатии-метафоры», «негативные эмоциональные переживания») являются ведущими для различных состояний («общее», «важные, значимые ощущения», («абстиненция»), интоксикация»), что указывает на диффузность и недифференцированность данных клинических состояний.

Исследование внутреннего телесного опыта при алкоголизме

Данное исследование телесного опыта при алкоголизме проведено совместно Т.С. Бузиной и А.В. Богачевой в рамках дипломной работы.

Характеристика выборки: исследование проводилось на базе Наркологической больницы №17 (филиал). Отбор людей в группу проводился по следующим параметрам: пол (мужской), возраст (до 50 лет), время пребывания в стационаре (не меньше 7 дней), стадия алкоголизма (II стадия). Было обследовано 62 человека в возрасте от 24 до 50 лет (средний возраст 39,34 г.).

Методы исследования. Шкала оценки депрессии А. Бека и методика «Выбор интрацептивных ощущений», которая представляет собой вариант методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова для исследования особенностей вербализации внутреннего опыта. Этапы давались в следующей последовательности: из списка 80 слов каждый испытуемый выбирал слова, подходящие для описания внутренних телесных ощущений человека. Из выбранных отбирались слова, описывающие внутренние телесные ощущения, которые человек пережил, испытал в своей жизни. Из списка пережитых испытуемый выбирал ощущения, которые считал важными для себя; болезненные ощущения; ощущения, которые хотел испытать и слова, описывающие его нормальное самочувствие. Также из списка болезненных нужно было выбрать те, ко-

торые испытуемый считает наиболее опасными для здоровья и жизни. В итоге, каждый испытуемый составил по семь интрацептивных словарей:

- 1) внутренние телесные ощущения;
- 2) словарь пережитых (знакомых) ощущений;
- 3) важные (значимые) ощущения;
- 4) болезненные ощущения;
- 5) опасные (угрожающие) ощущения;
- 6) ощущения, которые хочется испытать;
- 7) нормальное самочувствие.

Количественный анализ словарей, построенных при выполнении методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений».

По результатам методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» подсчитали среднее количество слов в каждом задании. С целью сравнения количественных показателей, полученных на выборке алкоголиков, с результатами группы нормы нами были использованы результаты уже проведенных исследований (Бузина Т.С., 1998, Тхостов А.Ш., 2002). Также целесообразным представляется сравнение с данными, полученными при исследовании интрацептивных словарей больных опийной наркоманией. Сравнение возможно только по первым пяти заданиям. Для наглядности построена гистограмма (рис. 15).

Также по результатам каждого из семи заданий вычислялись абсолютные показатели выбора (расчет «от общего числа»), когда за 100% принималось общее число используемых в тесте дескрипторов (80), и относительные показатели выбора (расчет «из возможного выбора»), когда за 100% принималось число дескрипторов, предъявляемых на предыдущем этапе теста. Используя данные других исследователей, были построены графики, отражающие динамику относительных и абсолютных показателей выборов для трех групп: алкоголики, наркоманы и здоровые (рис. 16, 17).

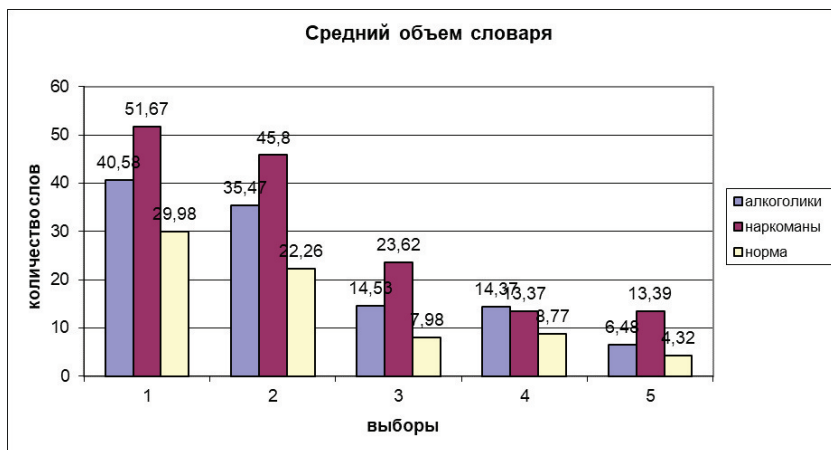


Рисунок 15. Сравнение объемов интрацептивных словарей группы нормы, больных опийной наркоманией и алкоголизмом

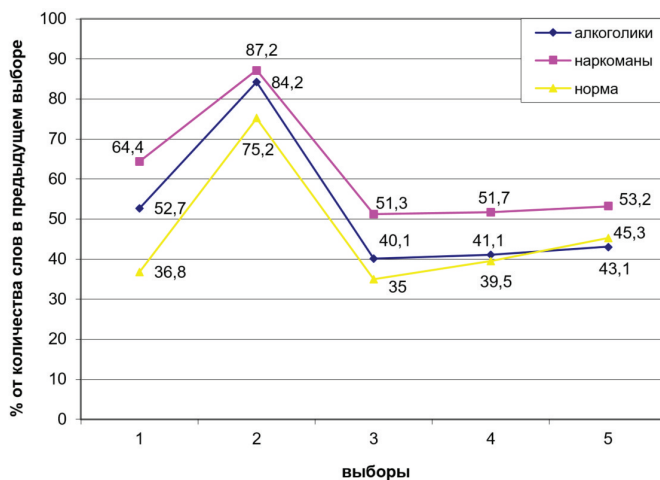


Рисунок 16. Динамика относительного количества дескрипторов в зависимости от выбора

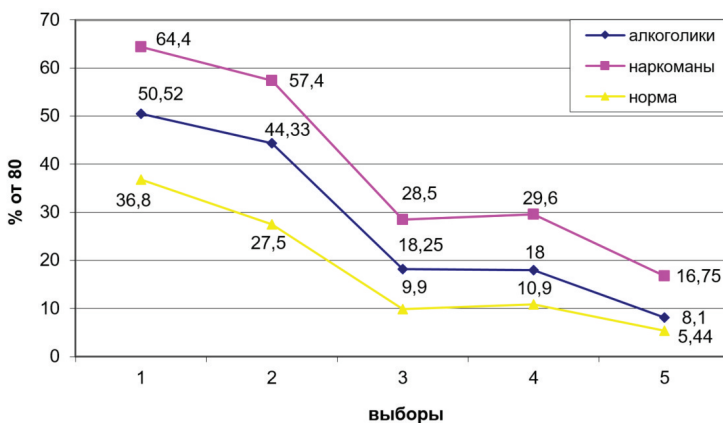


Рисунок 17. Динамика абсолютного количества дескрипторов в зависимости от выбора

Качественный анализ словарей, построенных на каждом этапе методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений».

В выборе 1 значимо чаще (по сравнению с нормальным распределением) больные алкоголизмом выбирают следующие слова (согласно критерию хи-квадрат, $p < 0,05$):

- 1) легкость;
- 2) ощущения тонуса – напряжение, усталость, слабость, вялый;
- 3) психические состояния – возбуждение, покой, депрессия, удовольствие;
- 4) опьянение;
- 5) конкретные физические симптомы – боль, жар, дрожь, ломота, тошнота, тяжесть, знобить, давление, онемение, голод, жжение.

Представленность конкретных физических симптомов больше, эта группа самая разнообразная. Наиболее выбираемые психические состояния характеризуются полярностью: возбуждение/покой, депрессия/удовольствие. Ощущения тонуса с большей вероятностью включаются в общий словарь ($p < 0,0001$), чем конкретные симптомы.

Уменьшение объема словаря пережитых (знакомых) ощущений по сравнению с общим происходит за счет снижения частоты выбора признаков, являющихся предельными оценками физического и психического состояний – истощение, опустошение, отчаяние, бесчувствие, которые редко встречаются в опыте испытуемых. Практически же объемы общего и знакомого не отличаются друг о друга (средние значения по группе = 42 и 38 слов соответственно). Это подтверждается и сравнительным анализом частотности использования признаков при построении словарей.

В выборе 2 значимо чаще выбирают слова ($p < 0,05$):

- 1) легкость;
- 2) ощущения тонуса – напряжение, слабость, усталость;
- 3) психические состояния – возбуждение, покой, удовольствие;
- 4) опьянение;
- 5) физические симптомы – боль, жар, дрожь, тяжесть.

При построении словаря важных (значимых) ощущений объем его сокращается по сравнению со знакомым за счет уменьшения выбора конкретных симптомов болезненных состояний (тяжесть, тошнота, жар, знобить, дрожь, жжение), ощущений тонуса (слабость, усталость, напряжение). В выборе 3 испытуемые значимо чаще ($p < 0,05$) выбирают дескрипторы положительных эмоциональных состояний – покой, легкость, удовольствие. В основном словарь представлен такими категориями, как приятные эмоциональные состояния (блаженствовать, удовольствие, ласкающий, приятный), слабодифференцированные психические состояния (влечение, предчувствие, тревога) и состояния, требующие повышенных энергозатрат (возбуждение, движение). Большинство испытуемых при построении словаря важных ощущений объясняли свой выбор тем, нужны или нет те или иные ощущения им в их опыте. Важными признавались в основном нужные ощущения.

В словаре болезненных ощущений значимо чаще ($p < 0,05$) встречается слово боль. Уменьшение объема болезненного словаря по сравнению с пережитым (знакомым) связано с сокращением выбора приятных эмоциональных состояний (блаженствовать, удовольствие, приятный, ласкающий, покой, легкость), вкусовых ощущений (вкусный, горький), ощущений тонуса (утихать, напряжение). В основном словарь представлен такими категориями, как негативные эмоциональные состояния (депрессия, тоска, тревога, подавленность, страдание), опьянение, и категорией болезненных симптомов (боль, тошнота, ломота, отравление, жар, дрожь, ожог, знобить, давление).

В основном словарь опасных ощущений состоит из таких дескрипторов, как депрессия, отравление и опьянение (состояний, затрагивающие весь организм) и ожог, боль, давление (конкретные симптомы).

Отвечая на вопрос, какие ощущения вы хотите испытать, испытуемые значимо чаще (при $p < 0,05$) выбирают слова:

- 1) легкость;
- 2) приятный;
- 3) удовольствие.

В выборе «Нормальное самочувствие» значимо чаще ($p < 0,05$) выбирают слово легкость. Основу этого типа словаря составляют дескрипторы легкость, удовольствие, покой, приятный, движение, влечение.

Результаты факторного анализа данных по методике «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений».

Для того, чтобы выявить те семантические критерии, на основании которых испытуемые структурировали свой внутренний опыт, был проведен факторный анализ данных, полученных при инструкции описания «внутренних телесных ощущений» (пояснения относительно значения по-

нения «внутренние телесные ощущения» не давалось). В итоге выделили 3 фактора, покрывающие 38,02% дисперсии.

Фактор 1 – негативные эмоциональные состояния (20,55% общей дисперсии):

Дескрипторы	Факторные нагрузки
1. Стрдание	0,85
2. Подавленность	0,79
3. Отчаяние	0,79
4. Опустошение	0,73
5. Тоска	0,69
6. Депрессия	0,69
7. Тревога	0,66
8. Жутко	0,66
9. Грусть	0,66
10. Блаженствовать	0,63
11. Плохо	0,61
12. Влечение	0,55
13. Мучительно	0,55

Фактор 2 – конкретные физические симптомы болезненных состояний (10,53% общей дисперсии):

Дескриптор	Факторные нагрузки
1. Ломота	0,85
2. Жжение	0,78
3. Зуд	0,78
4. Знобить	0,73
5. Грусть	0,72
6. Боль	0,71
7. Жар	0,69
8. Дрожь	0,67
9. Онемение	0,62
10. Тошнота	0,61
11. Удушье	0,58

Фактор 3 – ощущения, вызванные внешними стимулами (экстрацептивные определения) (6,94% общей дисперсии):

Дескриптор	Факторные нагрузки
1. Мерцание	0,84
2. Упругий	0,79
3. Жужжание	0,69
4. Стук	0,68
5. Мокрый	0,62
6. Громко	0,57
7. Шорох	0,53

Сравнительный анализ двух групп испытуемых.

Предварительный анализ показателей по относительным и абсолютным выборам показал значительный разброс данных, от минимальных до максимальных. С целью выделения более однородных групп испытуемых был проведен кластерный анализ показателей абсолютных и относительных выборов. Сначала выделили три кластера, отличающиеся друг от друга по степени выраженности этих значений. Сравнение первого кластера со вторым и третьим по параметрам выраженности депрессивного состояния с применением критерия Манна-Уитни показало, что в первом кластере значимо выше показатели депрессии, чем в остальных. В связи с этим было решено объединить второй и третий кластеры. Сравнение с применением критерия Манна-Уитни группы 1 (30 человек) и группы 2 (32 человека), выделенных при помощи кластерного анализа, показало:

1. Значимые различия ($p < 0,05$) между группами по уровню выраженности как абсолютных, так и по относительных показателей во всех семи заданиях.

2. В группе 1 значимо больше выражена симптоматика депрессивных состояний. В этой группе с субдепрессией – 11 человек, умеренной депрессией – 9, выраженной – 4, тяжелой – 2 (всего 26 человек). В группе 2

всего 12 человек с депрессией: субдепрессия – 8 человек, умеренная – 1, выраженная – 2, тяжелая – 1. В силу того, что как в первой, так и во второй группе есть люди с депрессиями, было проведено сравнение только тех из группы 1 с депрессивными состояниями и теми из группы 2, у кого ничего не обнаружилось, различия между ними оказались такими же значимыми.

3. В первой группе значимо больше людей с атактической мотивацией употребления и мотивацией гиперактивации. Во второй – больше людей с мотивацией, основанной на культурных традициях ($p < 0,05$).

Сопоставляя средние объемы (среднее количество слов в каждом выборе) интрацептивных словарей кластеров друг с другом и с данными по наркоманам и группе нормы, полученными в других исследованиях, можно видеть, что группа 1 приближается к группе наркоманов, а группа 2 стремится к норме.

Таблица 33

Средние объемы интрацептивных словарей двух групп больных алкоголизмом, наркоманией и группы нормы (условно здоровых)

Группа	Выбор 1	Выбор 2	Выбор 3	Выбор 4	Выбор 5
Алкоголики гр. 1	46,27	42,07	18,93	19,23	9,4
Наркоманы	51,67	45,8	23,62	13,37	13,39
Алкоголики гр. 2	34,69	28,91	9,22	9,87	3,94
Норма	29,98	22,26	7,98	8,77	4,32

Результаты анализа данных, полученных с помощью методики «Шкала оценки депрессии А. Бека».

В целом по выборке 38 (61,3% от общего количества) человек показали ту или иную степень выраженности депрессии. Субдепрессия – у 19 (30,6% от общего количества испытуемых), умеренная – 10 (16,1%), выраженная – 6 (9,7%), тяжелая – 3 (4,8%).

В целом по выборке значимо более выраженными ($p < 0,05$) оказались блоки:

1. Ощущение, что наказан (наиболее часто выражение «я чувствую себя уже наказанным»).

2. Несостоятельность («я чувствую, что слишком мало сделал чего-либо стоящего или заслуживающего внимания», «оглядываясь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач»).

3. Самообвинение («я виню себя за свои поступки», «я знаю за собой очень много серьезнейших недостатков»).

Сравнение групп 1 и 2 алкоголиков между собой с применением критерия Манна-Уитни показало, что в первой группе значимо более выражены показатели по следующим параметрам, приведенным в опроснике А. Бека:

1. Сниженное настроение («я испытываю подавленность или тоску»).

2. Отвращение к себе («я разочарован в себе», «я себе не нравлюсь»).

3. Утрата работоспособности («мне требуются дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать», «я не работаю так же хорошо, как раньше»).

4. Утрата либидо («проблемы секса занимают меня меньше, чем раньше», «моя половая активность значительно снизилась»).

Таким образом, преобладающими в первой группе являются симптомы гипотимии, ощущения собственной малоценности, слабость.

Результаты корреляционного анализа.

Найдены положительные корреляции (по критерию Спирмена, $p < 0,05$) между общими показателями депрессии и значениями по ОВ и АВ в заданиях № 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Обнаружены положительные корреляции (по критерию Спирмена, $p < 0,05$) между общим уровнем депрессии и показателями по шкалам лич-

ностной мотивации (гедонизм, атарактический мотив, гиперактивация) и по шкале похмельной мотивации.

Обнаружены положительные связи (по критерию Спирмена, $p < 0,05$) между значениями по шкале атарактической мотивации и показателями относительных и абсолютных выборов в заданиях 1 (общий словарь интрацептивных ощущений), 4 (болезненные), 5 (опасные), 6 (желаемое состояние). Показатели по ОВ и АВ в задании 4 (болезненные ощущения) также положительно связаны с показателями по шкалам атарактической мотивации, гиперактивации и похмельного мотива.

Обсуждение результатов.

Качественный анализ структуры и состава словарей интрацептивных ощущений, составленных больными алкоголизмом, показал, что они структурируют свой внутренний телесный опыт специфическим образом. Понятие «внутренние телесные ощущения», которые нужно было отобрать на первом этапе теста, большинство испытуемых рассматривали как «внутренние» и «телесные» ощущения. Создавалось впечатление, что больные не воспринимают эти слова в качестве единого определения какой-либо категории своего внутреннего мира.

Полученные данные свидетельствуют о существовании различий в способах структурирования внутреннего опыта больных алкоголизмом, наркоманией и здоровых. Здоровые люди чаще используют категории болезненных ощущений и тяжелых эмоциональных состояний. Это объясняется тем, что в норме осознание телесности происходит в основном как следствие появления неприятных физических состояний. Ведущим у наркоманов является фактор приятных ощущений, что свидетельствует о гедонистической направленности их в отношении своего телесного и эмоционального опыта. Болезненные соматические проявления занимают второстепенное значение в их телесном опыте и связаны в основном с ин-

токсикацией (Бузина Т.С., 1998). Больные алкоголизмом, в свою очередь, ориентируются на негативные эмоциональные состояния (страдание, подавленность, отчаяние, тоска и др.). При высокой чувствительности алкоголиков к отрицательным эмоциям и болезненным состояниям у них размыта категория «нормального состояния». Описывая свое «нормальное самочувствие», испытуемые использовали в основном такие неконкретные определения, как легкость, приятный, удовольствие. Таким образом, образуется разрыв между тем, что «не нравится», что хотелось бы изменить, и тем, какое состояние является удовлетворительным. Понятие «легкость» занимает значительное место в словарях испытуемых, хотя какими словами можно описать состояние легкости, как понять, что испытываешь именно его – неясно.

При анализе результатов сравнения выделенных групп алкоголиков возникает вопрос относительно того, отличается ли характер патогенеза зависимости в этих группах. Вторая группа показала «среднее» количество выборов, что предположительно соответствует группе нормы. Первая группа по показателям относительных и абсолютных выборов приближается к больным опийной наркоманией. Больные этой группы склонны к образованию депрессивных симптомов (о чем свидетельствует и наличие корреляции между уровнем выраженности депрессии и показателями по выборам в большинстве заданий теста по дескрипторам). Если учесть, что преобладающими типами мотивации употребления у данной группы больных выступают атарактическая и гиперактивация, то возникновение депрессии можно связать со снижением общего энергетического уровня. Атарактическая мотивация предполагает употребление вследствие желания нейтрализовать негативные эмоциональные переживания, снять напряжение. Гиперактивация отражает стимулирующий, растормаживающий эффект алкоголя, обеспечивающий человека насыщением стимулами при относительной "сенсорной депривации". На личностном субъектив-

ном уровне мотивы гиперактивации предстают в качестве стремления выйти из состояния скуки, психологической "пустоты", незанятости, душевного бездействия. Автор методики определения типа мотивации на употребление относит эти виды мотивации к личностным. Однако методика отражает субъективные объяснительные принципы употребления, за которыми лежат психофизиологические явления снижения тонуса, повышения напряжения, общего дискомфорта. Алкоголики первой группы используют алкоголь в качестве средства снижения/повышения тонуса, проецируя на физиологическое действие алкоголя ожидания относительно изменения своего психического состояния. В.Ю. Завьялов в своей работе описывает такую группу больных, указывая, что зависимость у них не связана с питательными нормами, а действует изнутри. Психологический смысл употребления для них заключается в попытке трансформирования тех или иных личностных качеств. Выход из состояния опьянения для них крайне болезненный, возвращение к реальности связано у таких людей с чувством вины. Относительно данного типа больных уместно вспомнить понятие «поиск ощущений». Видимо, свойственный им низкий уровень возбуждения (активации) способствует их стремлению изменять свое состояние «искусственным» путем, при ориентации на внешние способы.

Вторая группа в нашем исследовании подходит под описание, данное В.Ю. Завьяловым для другого типа больных алкоголизмом, для которых алкоголь приобретает значение только при соблюдении соответствующих ритуалов и традиций. Алкоголики данного типа стремятся с помощью выпивки в компаниях удовлетворять потребность в объединении, в общности, т.е. на первый план выступает зависимость от микрогруппы. При этом странным кажется, что значения абсолютных и относительных выборов в данной группе больных близки к данным по группе здоровых. Можно ли здесь говорить о том, что у алкоголиков этой группы нет нарушений в области структурирования своего опыта? Видимо, дело заключа-

ется в том, что болезнь накладывает на структуру их внутреннего опыта меньший отпечаток по сравнению с первой группой, т.к. для этого типа больных психологический смысл алкоголя не связан непосредственно с изменением внутреннего состояния, они не стремятся к этому. Опыание выступает для них как своего рода побочное явление процесса времяпрепровождения с целью испытать чувство общности и принятия.

Сложности в описании и дифференцировании внутреннего опыта связаны с проблемой границ образа Я человека. Диффузность интрацептивного словаря в сочетании со слабой саморегуляцией, импульсивностью у зависимых от алкоголя могут затруднять поиск внутренней опоры для овладения проблемным поведением. Этим можно объяснить выбор преимущественно способов лечения, основанных на внешних средствах, избегая психотерапии.

Выводы:

1. Внутренний опыт больных алкоголизмом имеет следующие особенности:

- 1) в качестве основного структурирующего внутренний опыт критерия выступает категория «негативные эмоциональные состояния»;
- 2) большое значение для больных имеют ощущения тонуса;
- 3) повышенная чувствительность к болезненным ощущениям, в том числе и к негативным эмоциональным состояниям.

2. Среди больных алкоголизмом выделяются группы, отличающиеся друг от друга разной степенью дифференцированности и структурированности словаря интрацептивных ощущений. Изменение внутреннего опыта в группе больных с низкой степенью дифференцированности словаря сочетается с тенденцией к развитию у них депрессии в период отказа от употребления. Также им свойственно наделять действие алкоголя психологическим смыслом избавления от негативных эмоций и изменения тонуса.

Проблемы с уровнем активации отражаются у данного типа больных в структуре депрессивных симптомов.

3. Развитие депрессивных состояний связано со степенью дифференцированности словаря интрацептивных ощущений и личностными видами мотивации.

2.4. Телесный опыт болезни пациента и представление о нем у врача

Данное исследование проведено совместно А.Ш. Тхостовым и А.С. Нелюбиной в 2013 [1].

Телесный опыт болезни, приобретаемый пациентом с момента начала заболевания, в процессе его лечения и, возможно, хронификации, является одним из важных факторов, опосредующих поведение больного. Восприятие, вербализация и категоризация телесных ощущений, связываемых пациентом с его состоянием, часто далека от объективной картины заболевания, которая формируется у лечащего врача посредством методов доказательной медицины. Психологические закономерности субъективного восприятия болезни, такие как смешение эмоций и, собственно, интрацептивных ощущений, нераспознавание или недооценка опасных для жизни признаков болезни, приводит к различным вариантам дезадаптивного поведения больного, его неадекватным ожиданиям от лечения, и вообще от возможностей современной медицины. Со своей стороны, лечащий врач, неверно представляя переживания больного, испытывает сложности с выбором траектории лечения и предупреждения некомплаентного поведения пациента.

Целью нашего исследования стало изучение телесного опыта болезни у пациентов с тяжелым соматическим заболеванием в сопоставлении с объективной картиной болезни, сформировавшейся у их лечащего врача.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 69 человек, разбитых нами на две подвыборки. Первая группа – больные с ишемической болезнью сердца в форме стенокардии напряжения, сочетанной с артериальной гипертонией 2 стадии (51 человек). Вторая подвыборка – лечащие их врачи-кардиологи (18 человек). Исследование проводилось в условиях стационара, индивидуально во время беседы с психологом. Методы и методики исследования: изучение анамнеза, клиническая беседа, психосемантический тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (А.Ш. Тхостов, С.Н. Елшанский, 2003). Последняя методика представлялась в карточном варианте, содержащем 80 карточек со словами, описывающими различные интрацептивные ощущения.

Для пациентов использовался классический вариант с 6 этапами: 1) отбор телесных ощущений, 2) знакомых, 3) важных /значимых, 4) относящихся к болезни/болезненным, 5) опасных/угрожающих и 6) часто испытываемых.

Для выборки лечащих врачей количество этапов было сокращено до трех: 1) ощущения, вызванные у пациента болезнью; 2) опасные и 3) часто испытываемые ощущения.

По инструкции врачи должны были выбрать ощущения типичного больного с этой патологией. Обработка данных производилась частотным анализом. Подсчитывался средний объем словаря в каждой выборке и описывался состав словаря интрацептивных ощущений – какие именно ощущения выбирались по этапам: «болезненный словарь», «словарь опасных ощущений», «словарь часто испытываемых ощущений» и т.д.

Для статистического сравнения выборок пациентов и врачей использовалось угловое преобразование Фишера.

Результаты. Вербализация телесного опыта болезни пациентами имеет ряд специфических черт.

Во-первых, мы описали феномен «нозоцентричности», при котором словари «подходящих для описания телесных ощущений» и «знакомых» ощущений полностью совпадали – пациент не мог абстрагироваться, и выбирал только те ощущения, которые присутствовали в его непосредственном телесном опыте.

Во-вторых, пациенты затруднялись в разделении телесных и эмоциональных ощущений и даже находили для последних локализацию в теле (например, предчувствие локализовалось в области грудной клетки). Пациенты считали эмоциональные переживания симптомами болезни, надеясь, что они пройдут в результате лечения.

В-третьих, больными смешивались сами ощущения и названия симптомов и лечебных действий (например, пациенты понимают под словом «давление» не само ощущение давления, а симптом болезни – «повышенное артериальное давление», а под словом «укол», не ощущение «покалывания», а инъекцию).

Словари интрацептивных ощущений, относящихся к болезни, в выборке кардиологических больных объемны и разнообразны и включают помимо собственно телесных ощущений («жар», «боль») ощущения низкого тонуса («вялость», «слабость»), а также эмоциональные переживания («депрессия», «страдание», «предчувствие», «опустошение»).

Словари их лечащих врачей были меньше по объему и очень схожи между собой, поскольку, как нам кажется, кардиологи описывали «типичного больного» с заданной патологией, игнорируя индивидуальные различия. Врачи выбирали слова, похожие на названия симптомов, причем делали это статистически значимо чаще, чем пациенты («боль», «укол», «сжиматься», «биение» при $p \leq 0,01$, «давление», «тяжесть», «удушье», «плохо» при $p \leq 0,05$). Из эмоциональных переживаний ведущим симптомом называлась тревога (выбиралась значимо чаще, чем в выборке пациентов (при $p \leq 0,01$), что, вероятно связано с ее распространенностью у

данных пациентов, проблемами, которые доставляет врачу тревожный больной и широкой практикой назначения седативных препаратов в кардиологии. Следует отметить, что в данном случае, в представлениях врачей наблюдается некоторое смещение – с научной точки зрения, тревога не является собственно симптомом ИБС, и может быть лишь симптомом сопутствующего расстройства, например, тревожного синдрома.

Словари опасных, угрожающих ощущений были больше в выборке лечащих врачей, поскольку, как нам кажется, они включают симптомы, способные привести к ухудшению состояния и требующие внимания и срочного обращения за медицинской помощью. Статистически значимо чаще врачи по сравнению с их пациентами выбирали такие ощущения как «боль» (при $p \leq 0,01$), «давление», «укол» (при $p \leq 0,01$), «сжиматься» (при $p \leq 0,01$), «тяжесть» ($p \leq 0,01$). Мы предполагаем, что пациенты с хроническим заболеванием привыкают к своему состоянию и продолжают оценивать как опасные только «боль», «давление» и «слабость». Различие в словарях «часто испытываемых ощущений» заключалось в том, что врачи выбирали ощущения, характерные для типичной картины заболевания, а пациенты отбирали те, которые их беспокоили перед поступлением в больницу и от которых они хотели бы избавиться в процессе лечения.

Выводы:

Проведенное эмпирическое исследование помогло реконструировать особенности восприятия, категоризации и вербализации проявлений заболевания больными на уровне приобретенного ими телесного опыта болезни и представление о телесном опыте «типичного пациента» у их лечащих врачей. Расхождения в классификации ощущений, относящихся к болезни и опасных для жизни, между пациентом и врачом могут приводить к различным формам дезадаптивного поведения больного, низкой приверженности к терапии, плохому контакту между врачом и пациентом. Предотвратить завышенные или неадекватные ожидания пациента от ле-

чения помогло бы четкое структурирование жалоб пациента врачом уже на этапе сбора анамнеза – разделение их на те, которые поддаются и не поддаются терапии (полностью или частично) и те, которые требуют психотропной терапии и обращению к врачу-психотерапевту. На наш взгляд, сопоставление «объективных» и «субъективных» картин болезни на уровне телесного восприятия при различных нозологиях представляется весьма перспективным, особенно для решения задач профилактики низкой приверженности лечению и дезадаптивного поведения больных.

Литература

1. Tkhostov A., Nelyubina A. (2013). Illness perceptions in patients with coronary heart disease and their doctors // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 86. – P. 574–577.
2. Бузина Т.С. Психологическая профилактика наркотической зависимости. М.: Когито-центр, 2015.
3. Елшанский С.П. Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1999.
4. Елшанский С.П. Семантика внутреннего восприятия при зависимостях от психоактивных веществ. – М., 2004.
5. Елшанский С.П. Семантика внутреннего восприятия при зависимостях от психоактивных веществ (на модели опийной наркомании): Дисс. ... докт. психол. наук. – М., 2005.
6. Ефремова О.В. Субъективная семантика интрацепции при ипохондрических синдромах / О.В. Ефремова // *Психология субъективной семантики интрацепции*. – Ч.1. – Москва: Институт молодежи. 1997. – 229 с.
7. Ефремова О.В., Тхостов А.Ш. Исследование семантической организации интрацептивных ощущений // *Вестн. Моск. Университета. Сер. 14, Психология*. – 1990. – № 3. – С. 55-62.
8. Когония Л.М., Нелюбина А.С., Маркарова Е.В., Тунцова Е.Е. Чувственное восприятие болезни пациентами в зависимости от степени ее осознания при раке молочной железы // *Медицинский совет*. – 2019. – № 19. – С. 84-91.
9. Нелюбина А.С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2009.

10. Подосинова Т.В., Бузина Т.С. Особенности внутренней картины болезни больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложнённым вирусным гепатитом С // Врач- аспирант. – 2010. – № 6.1 (43). – С. 169-178.

11. Проблемы современной клинической психологии. Сборник научных статей под редакцией А.Ш. Тхостова и С.П. Елшанского. – М., МГУ, 2007.

12. Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств): дис. ... канд. психол. наук / Г.Е. Рупчев. – М.: МГУ, 2001. – 128 с.

13. Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни: Дисс. ... докт. психол. наук. – М., 1991.

14. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М., 2002.

15. Тхостов А.Ш., Елшанский С.П. Методическое пособие по применению теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» для исследования особенностей вербализации внутреннего опыта. – М., 2004.

16. Тхостов А.Ш., Ефремова О.В. Метод исследования интрацептивной семантики при ипохондрических синдромах // Тезисы докладов Всес. конф. «Актуальные проблемы пограничной психиатрии» – М.-Витебск, 1989. – Ч.1. – С.110-112.

17. Юрин В.П. Психосемантическое исследование чувственного переживания болезни у лиц, зависимых от ПАВ / В сборнике: XIX Всероссийская студенческая научно-практическая конференция Нижневартковского государственного университета. – 2017. – С. 519-523.

Учебное издание

Тхостов Александр Шамилевич

Нелюбина Анна Сергеевна

Бузина Татьяна Сергеевна

**Тест «Выбор дескрипторов
интрацептивных ощущений»**

Учебное пособие для обучающихся
по специальности 37.05.01 Клиническая психология

Издательство «Наукоемкие технологии»

ООО «Корпорация «Интел Групп»

<http://publishing.intelgr.com>

E-mail: publishing@intelgr.com

Тел.: +7 (812) 945-50-63

Подписано в печать 26.09.2022.

Формат 60×84/16

Объем 6,5 п.л.

Тираж 100 экз.

ISBN 978-5-907618-16-9



9 785907 618169