

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

**Научный руководитель – Бузина Татьяна Сергеевна**

***Юрин Валерий Петрович***

*Выпускник (специалист)*

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.

Евдокимова, Москва, Россия

*E-mail: yurin.valera2017@yandex.ru*

По данным основных показателей деятельности наркологической службы в РФ в 2014 - 2015 годах было выявлено, что число зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков в г. Москве возросло [2].

Увеличение лиц злоупотребляющих наркотическими веществами является не только клинической, но и важнейшей психологической проблемой.

Следовательно, изучение телесного опыта и представлений о болезни у пациентов зависимых от опиоидов вносит несомненный вклад в разработку новых и усовершенствование нынешних лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий, в том числе в психокоррекцию и психотерапию, а также предоставляет серьёзные теоретические перспективы объяснения целого ряда патологических явлений, в том числе влечения к ПАВ.

**Целью исследования** является изучение телесного опыта и представлений о болезни у лиц зависимых от опиоидов.

**Задачи исследования:**

1. Исследовать семантическую и семантико-перцептивную структуру телесного (чувственного) опыта в различных клинических состояниях: интоксикация, абстиненция и в постабстинентном состоянии;
2. Исследовать представления о болезни у лиц зависимых от опиоидов;
3. Выявить особенности представлений о болезни у лиц зависимых от опиоидов на разных этапах болезни;
4. Соотнести и проанализировать полученные результаты по телесному опыту и представлениям о болезни.

**Объектом исследования** выступает телесный опыт и представления о болезни у пациентов с зависимостью от опиоидов.

**Предметом исследования** является семантическая и семантико-перцептивная структура телесного опыта при различных клинических состояниях зависимости, а также когнитивный и эмоциональный компоненты представлений о своей болезни.

**Гипотеза исследования:** представления о болезни у лиц зависимых от опиоидов будут различны на разных этапах болезни, в то время как телесный опыт изначально является диффузным и не имеет развития в течение болезни.

**Методы исследования:**

1. Библиографический;
2. Экспериментально-психологический:
  - Модифицированная методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» («ВДИО») Тхостова А. Ш. (1991) [5];
  - «Стандартный 25-шкальный семантический дифференциал» Ч. Осгуда [4];

- Модифицированная методика «Семантико-перцептивные универсалии» Артемьевой Е. Ю. (совместно с Назаровой Л. С.) [1];
- «Опросник восприятия болезни» («IPQ-R») Р. Мосс-Морриса и соавт. в адаптации Рассказовой Е. И. (2016) [3,6].

3. Статистический (факторный анализ, средние значения, частотное распределение).

**Характеристика выборки.** В исследовании приняли участие 60 человек с диагнозом: синдром зависимости от опиоидов (F11.2) в возрасте от 22 до 46 лет. Обследование больных осуществлялось в наркологической клинической больнице № 17 г. Москвы.

*Сравнение семантических вербальных методик.* Болезнь в целом (представления о болезни), общее состояние (на момент проведения исследования), интоксикация и абстиненция оцениваются пациентами негативно;

*Картина интоксикации.* Стартовая площадка для употребления наркотиков - уже имеющийся негативный эмоциональный фон, что подтверждается прямой связью со шкалой психологических причин (в методике выявления представлений о болезни). Усиление негативного эмоционального фона может идти по двум направлениям. В первом случае ожидаемые гедонистические ощущения не наступают из-за крайне низкого качества наркотика. Во втором случае усиление происходит из-за длительности своей болезни. Приятные ощущения со временем редуцируются, а употребление осуществляется лишь с целью «поддержания себя в тонусе», «чтобы не «ломало» и т. д. Выраженность приятных и болезненных ощущений в интоксикации мало выражена и практически равна, а позитивные эмоции в данном состоянии встречаются в ещё меньшей степени, однако остаются желаемыми и значимыми.

При использовании невербальной семантической методики пациенты амбивалентно относятся к своей болезни, положительно оценивают интоксикацию и состояние на момент проведения исследования (общее), негативно оценивают абстиненцию. Но не все карточки в абстиненции имеют негативно окрашенные характеристики. В шестом выборе мы видим ту переходную точку, которая разделила это состояние на две части. Первая часть характеризуется интенсивными и мучительными болевыми ощущениями, а вторая со слабостью/измождённостью, с трезвостью/очищением, с возможностью отдыха. Данное состояние характеризуется большей дифференцированностью по сравнению со всеми остальными, так как именно здесь не было выявлено повторов карточек - «растекания» по выборам, а также «сцепления» для одного выбора.

Представления пациентов о своей болезни с различным стажем употребления ПАВ (Рис. 1):

§ До 10 лет - нереалистично воспринимают свою болезнь/имеют дефицит информации о ней;

§ От 11 до 19 - отмечается выраженное снижение мотивации на лечение;

§ Свыше 20 лет - отмечается повышенное эмоциональное напряжение.

#### **Выводы:**

1. Изучение телесного опыта пациентов зависимых от опиоидов с различным стажем заболевания показало, что он является недифференцированным уже на ранних этапах зависимости и не имеет развития в течение болезни;

2. Использование метафор, а также характеристик, связанных с интоксикационными переживаниями в различных клинических состояниях, является одним из факторов употребления ПАВ;

3. Телесный опыт зависимых от опиоидов при описании различных клинических состояний также является мало дифференцированным, при этом использование невербального варианта дало больше различий, чем при использовании вербальных методик, однако

полученные описания по невербальной методике носили стереотипный (общепринятый) характер;

4. Наиболее дифференцированным среди всех клинических состояний при зависимости от опиоидов является состояние «абстиненция», которое негативно оценивается пациентами, как в вербальных, так и невербальных методиках;

5. В когнитивном компоненте представлений о болезни также наблюдается недифференцированность, проявляющаяся в невозможности отбора симптомов, являющихся или не являющихся типичными для своего заболевания;

6. Выделенные в факторном анализе телесные ощущения находят своё отражение в представлениях о болезни и в возможных причинах;

7. Различные представления о болезни, а также возможные её причины зависят от длительности употребления наркотиков, то есть они различны на разных этапах болезни;

8. Большая часть пациентов ориентирована на избежание осложнений и отрицательных последствий своего заболевания, а не на само лечение;

9. В качестве возможного источника своей болезни пациенты называют психологические причины, а дополнительной причиной выступает внешнее социальное окружение.

### Источники и литература

- 1) Артемьева Е. Ю. Основы психологии субъективной семантики. М., 1999.
- 2) Киржанова В. В., Григорова Н. И., Киржанов В. Н., Сидорюк О. В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: статистический сборник. М., 2016.
- 3) Рассказова Е. И. Русскоязычная версия опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями // Вестник Моск. Ун-та, Сер. 14. Психология. 2016. №1. С. 123-142.
- 4) Серкин В. П. Методы психологии субъективной семантики и психосемантики. М., 2008.
- 5) Тхостов А. Ш., Елшанский С. П. Методическое пособие по применению теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» для исследования особенностей вербализации внутреннего опыта. – М., 2003.
- 6) Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K. et al. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R) // Psychology and Health, Vol. 17. 2002. №1. P. 1-16.

### Иллюстрации

Название шкалы / причины	«(10 лет ≤)»	«[11 - 19]»	«(20 лет ≥)»
Последствия	Болезнь пока не оказала сильного влияния на мою жизнь Из-за неё возникают трудности у моих близких	Болезнь оказала негативное влияние на мою жизнь	Болезнь оказала негативное влияние на мою жизнь
Длительность заболевания	Болезнь скоро закончится	–	Болезнь будет длиться долго / останется у меня на всю жизнь
Личный контроль	Я знаю много способов контроля своей болезни	Я не уверен в том, что мои усилия в борьбе с болезнью будут успешными	–
Эмоциональные репрезентации	–	–	Я часто переживаю негативные эмоции в отношении своей болезни (раздражение, тревога)
Психологические причины	Семейные проблемы или тревоги, вызванные моим заболеванием Чрезмерная нагрузка на работе	Моё эмоциональное состояние, например, чувства подавленности, одиночества, тревоги, опустошённости	–
Факторы риска	–	–	Источником болезни послужило моё собственное поведение

Рис. 1. Особенности представлений о болезни у пациентов с различным стажем употребления ПАВ

Название шкалы / причины	Когнитивные представления	Телесный опыт
Последствия болезни	Болезнь представляется как серьёзная, несущая различные негативные последствия (например, финансовые, на жизнь в целом)	Фактор «характеристика самого себя» (негативная), который является негативным «следом» болезни (я стал «плохим» из-за болезни)
Эмоциональное реагирование	В отношении своей болезни пациенты испытывают негативные эмоции (тревога, беспокойство, страх)	Фактор «негативные (депрессивные) эмоциональные переживания» который представлен в различных клинических состояниях (в интоксикации, в абстиненции, а также в важных, значимых ощущениях)
Личный контроль	Пациенты считают, что изменение их состояния зависит от них самих, а все предпринятые действия в отношении болезни будут успешными (необходимы волевые усилия)	Фактор «безволие» Таким образом, наблюдается расхождение между телесным опытом и когнитивным компонентом болезни.
Понимание болезни	Большинство пациентов считают, что они понимают свою болезнь, разбираются в ней / сложилось чёткое и ясное понимание своего состояния	Фактор «оценка своей болезни» (негативная), фактор «негативные (депрессивные) эмоциональные переживания», который представлен в различных клинических состояниях (в интоксикации, в абстиненции, а также в важных, значимых ощущениях), фактор «сенестопатии-метафоры» (в абстиненции)
Психологические причины	Большинство пациентов отмечают, что возможной причиной болезни стало их эмоциональное состояние (чувство подавленности, одиночества и т. д.), а также семейные проблемы / тревоги, вызванные их заболеванием	Фактор «негативные (депрессивные) эмоциональные переживания» в состоянии «важные, значимые ощущения»
Иммунитет	Изменения иммунной системы = снижение толерантности к веществу (требуется повышение дозы)	Фактор «оценка психоактивных веществ» (негативная), фактор «зависимость» (в интоксикации)

Рис. 2. Связи шкал блока представлений о болезни с телесным опытом