

Особенности внутренней телесности у больных с шизотипическим расстройством личности

Желонкина Татьяна Андреевна

Аспирант

Научный центр психического здоровья РАМН, Факультет психологии, Москва, Россия

E-mail: t.zhelonkina@gmail.com

В отечественной клинической психологии изучение телесности, связи восприятия тела и ипохондрических состояний традиционно базируется на методологии культурно-исторического подхода (Выготский Л.С., 1931). Телесность трактуется как означенный опыт интрацептивных ощущений, формирующийся под влиянием социокультурных факторов (Николаева В.В., Арина Г.А., 1996; Тхостов А.Ш., 2002). Конструкт внутренней телесности как совокупности представлений и репрезентации знаний о своем внутреннем теле также указывает на тесную связь с интрацептивными ощущениями и их метафоричностью (Рупчев Г.Е., 2000). Подразумевая таким образом когнитивную схему телесного опыта, внутренняя телесность, тем не менее, в отличие от конструкта «соматосенсорной амплификации», включает в себя аффективные компоненты и фантазийные образы. В таком случае эмоциональный компонент отношения к телу представляет собой континуум от принятия своего тела (эго-синтонность, «Я-есть тело») до отчуждения от него (эго-дистонность, «У меня есть тело») (Рупчев Г.Е., 2000).

На ряду с проведенными исследованиями внутренней телесности (Рупчев Г.Е., 2000; Тхостов А.Ш., 2002; Бескова Д.А., 2006), обнаруживается дефицит исследований, направленных на изучение эмоционального отношения к телу и репрезентации телесного опыта через образные представления у пациентов с шизотипическим расстройством личности (ШРЛ).

Гипотезой исследования стало предположение о наличии различий в когнитивной репрезентации и аффективном компоненте внутреннего телесного опыта у пациентов с ШРЛ и здоровых лиц.

Экспериментальную группу составили 23 пациента с диагнозом «Шизотипическое расстройство личности» (F21.8 по МКБ-10). У всех больных отмечалась небредовая ипохондрическая симптоматика. Пациенты находились на лечении в отделениях по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАМН, профессор Смулевич А.Б.) НЦПЗ РАМН (директор – академик РАМН, профессор Тиганов А.С.). В группу вошли пациенты в возрасте от 19 до 62 лет, из них: 15 – мужчин, 8 – женщин. Группу сравнения составили 23 человека, не обращавшихся за помощью психиатра и не имевших соматических жалоб на момент обследования.

Логика исследования предполагает сочетание методик: 1) Краткий опросник тревоги о здоровье SHA1 (Salkovskis P., 2002), адаптированный нами и коллегами (Желонкина Т.А., Ениколопов С.Н., Ермушева А.А., 2014); 2) Опросник тревоги о здоровье HAQ (Lucosk M.P., 1996); 3) Опросник когнитивных установок о теле и здоровье САВАh (Rief W., 1998)[1]; 4) Шкала оценки поведения в болезни SAIB (Rief W., 2003)[1]; 5) Методика

изучения телесного образа Я «Сегменты» (Саламова Д.К. и др., 2003); 6) Пятифакторный опросник (McCrae R.R., 1987); 7) Методика оценки личностной и ситуативной тревожности (Spielberger C.D., 1970); 8) Методика «Индекс жизненного стиля» (Plutchik R., 1979); 9) «Цветовой Тест Отношений» (ЦТО, Эткинд А.М., 1987). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS19.

Характерными для пациентов ШРЛ оказались страх наличия серьезного заболевания и его последствий, высокие значения по шкалам «Страха смерти» (НАQ), «Бдительности к телесным сенсациям» (SHAI), «Непереносимость телесных ощущений» и «Соблюдение здорового образа жизни» (САВАh).

Для получения схемы репрезентации «внутреннего тела» по результатам методики «Сегменты» проводился эксплораторный факторный анализ с применением косоугольного вращения, что позволило объединить предъявляемые в методике 13 телесных зон в группы (или факторы), которые, предположительно, входят в структуру «внутреннего тела». Факторный анализ на группе здоровых лиц, позволил выделить трехфакторную структуру, объясняющую 58,8% дисперсии. Первый фактор объединил области, содержащие жизненно-важные органы: голова, грудная клетка, область живота. Второй – область шеи, спины. Третий – плечевой пояс, области рук и ног. Факторная структура для больных ШРЛ объясняла 67,1% дисперсии. При этом первый фактор включил в себя зоны рук и ног; второй – области шеи, плечевого пояса, грудной клетки и живота, третий – область головы. По результатам Цветового теста отношений при подборе цветов для категорий «Тело» испытуемые контрольной группы выбирали основные цвета. В группе больных ШРЛ дополнительный цвет (серый) встречался на ряду с основными цветами.

По результатам факторного анализа можно предположить, что у пациентов ШРЛ происходит отчуждение от тела: голова не объединяется с другими телесными зонами, является отдельным фактором. Выбор конечностей как наиболее значимых телесных зон связан, вероятно, с восприятием тела как инструмента для функционирования во внешнем мире. Остальное тело в таком случае приобретает параметры постороннего и непредсказуемого объекта, то есть ощущения в теле трудно дифференцируемы и малопонятны. Другими словами, его отношение к своему телу ближе к полюсу «У меня есть тело». Тогда происходящие в организме процессы непонятны, вызывают страх и могут восприниматься как угрожающие жизни и здоровью (выраженный страх смерти), что обуславливает повышение бдительности к телесным проявлениям и непереносимость телесных ощущений. Выбор серого цвета (ЦТО) может свидетельствовать о попытке изоляции от тревоги, вызванной ощущениями в теле, негативном отношении к телу и восприятием его как неудобного и несовершенного инструмента для функционирования во внешнем мире. Аналогичные результаты, связанные с выбором серого цвета, были получены Султановой А.С. (2007) на выборке раненых с фантомно-болевыми синдромами, что объяснялось трудностями в овладении собственным телом, восприятием его как препятствия в достижении некоторых потребностей. Вероятно, подобные трудности в овладении телом испытывают больные ШРЛ. Вместе с тем актуальным представляется дальнейшее исследование данного предположения.

[1] В настоящее время проводится адаптация русскоязычной версии методики совместно с канд. психол. наук, м.н.с. НЦПЗ РАМН Рассказовой Е.И.

Литература

1. Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств): Автореф. дисс. канд. психолог. наук. – М., 2000.
2. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Психопатологические аспекты небредовой ипохондрии // Психические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАМН А.Б.Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2011.
3. Starcevic V., Lipsitt D.R. (eds). Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady. New York: Oxford University Press, 2001.