

приобретение навыка адекватного взаимодействия с окружающими людьми, ориентированного на сотрудничество и предполагающего самостоятельность и ответственность.

Личностно-ориентированная психиатрия является основой правовой защиты, она исходит из утверждения, что ценность и достоинство личности должны быть важнейшей отправной точкой действий по охране общественного здоровья. Неспособность осознать человеческое достоинство граждан с психическими расстройствами, а также признать высокую ценность психического здоровья индивида и общества, выразились в различных злоупотреблениях и игнорировании имевшихся возможностей улучшить психическое здоровье через инициативы, основанные на сообществе и личности. Деятельность по охране психического здоровья, направленная на укрепление психического здоровья, профилактику психических болезней и обеспечение эффективной и гуманной службы помощи, получит дополнительный импульс от теоретического и клинического развития личностно-ориентированной психиатрии и внесет свой вклад в ее развитие.

УДК 616.895.87-036.6:159.9

*Мельниченко В.В.*

## **ОСОБЕННОСТИ СУВЕРЕННОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С РАЗЛИЧНОЙ ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Актуальность изучения проблемы суверенности психологического пространства (СПП) личности у больных заболеваниями шизофренического спектра продиктована необходимостью поисков новых индивидуальных личностно-ориентированных реабилитационных программ для достижения стабильной, долгосрочной ремиссии, особенно у пациентов с первичным психотическим эпизодом.

Психологическое пространство личности – это субъективно значимый фрагмент бытия, определяющий актуальную деятельность и стратегию жизни человека. Оно включает комплекс физических, социальных и чисто психологических явлений, с которыми человек себя отождествляет (территорию, личные предметы, социальные привязанности, установки). Эти явления становятся значимыми в контексте психологической ситуации, приобретая для субъекта личностный смысл, и начинают охраняться всеми доступными ему физическими и психологическими средствами. Другими словами психологическая (личностная) суверенность — это способность человека контролировать, защищать и развивать свое психологическое пространство, она основывается на обобщенном опыте успешного автономного поведения человека в каждой жизненной ситуации. Ключевое место в феноменологии психологического пространства занимают его границы, основная функция которых заключается в определении личной идентичности человека: что есть «Я» и что есть «другое».

Цель исследования: изучение особенностей СПП личности у больных параноидной шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра в зависимости от социально-демографических характеристик и давности заболевания.

Материал и методы исследования. Было обследовано 59 пациентов (20 (34%) женщин и 39 (66%) мужчин) Республиканской клинической психиатрической больницы с параноидной шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра в возрасте от 18 до 55 лет. Оценка суверенного психологического пространства проводилась с помощью опросника суверенности психологического пространства (СПП) личности С.К.Нартовой-Бочавер, который относится к группе стандартизованных личностных тестов, оценивающий 6 основных шкал: Суверенность физического тела (СФТ), Суверенность территории (СТ), Суверенность мира вещей (СВ), Суверенность привычек (СП), Суверенность социальных связей (СС), Суверенность ценностей (СЦ). Метод математической обработки результатов включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 5.5» (StatSoft) на IBM PC/AT. В ходе обработки данных использовались параметрические тес-

ты: для двух несвязанных выборок t-критерий Стьюдента и для более двух – дисперсионный анализ. Уровень значимости был выбран  $p \leq 0,05$ .

Результаты исследования и их обсуждение. Респонденты были распределены по типам суверенности психологического пространства: сверхсуверенные (женщины - 25 %, мужчины - 2,5 %); с нормальной суверенностью (женщины – 30%, мужчины – 10,5%); депривированные (женщины – 45%, мужчины – 87%). В ходе исследования были выделены две группы пациентов: I - с давностью заболевания до 3 лет; II – с продолжительностью болезни более 3 лет. В результате были обнаружены несколько более высокие показатели суверенности психологических границ по шкалам у пациентов с давностью заболевания более 3 лет: СП -  $24 \pm 20$ , СС -  $41 \pm 31$ , СЦ -  $26 \pm 21$ , СПП -  $22 \pm 21$ . Более депривированными и незащищенными чувствовали себя больные с первым психотическим эпизодом и давностью заболевания менее 3 лет: СПП -  $18 \pm 14$ , СФТ -  $34 \pm 21$ , СП -  $31 \pm 18$ , СС -  $29 \pm 21$ . Наличие связи между различным сроком давности заболевания в группах больных на уровне значимости  $p=0,008$  для СТ и  $p=0,001$  для СС, означало большую адаптированность и уверенность в своих территориальных и социальных границах у пациентов II группы.

В выборках респондентов мужчин и женщин выявлены различия в ощущениях их собственных границ тела, вещей, социальных связей и ценностей ( $t_f 2,56 > t_{кр}$ ) ( $p \leq 0,05$ ), причем для женщин они оказывались важнее, чем для мужчин (СФТ  $40 \pm 25$  у женщин в сравнении с  $-31 \pm 20$  у мужчин; СВ  $33 \pm 24$  у женщин в сравнении с  $-20 \pm 16$  у мужчин; СС  $50 \pm 32$  у женщин в сравнении с  $-28 \pm 22$  у мужчин; СЦ  $30 \pm 24$  у женщин в сравнении с  $20 \pm 14$  у мужчин). На основании этого можно предположить, что женщина-пациент без приватной территории хотя и не очень благополучно, но может существовать относительно автономно, а мужчина-пациент - не в состоянии оберегать свои границы в моменты переживания личностных кризисов и обострения болезненных переживаний.

У молодых людей до 20 лет ( $43 \pm 26$ ) более развита субъектность, самоприятие, доверительное отношение к миру (СФТ F одн.дисп.анализ 1,5 на уровне значимости  $p = 0,02$ ).

Статистические различия были зафиксированы по суверенности физического тела ( $F=0,5$ ;  $p=0,023$ ) и социальных связей ( $F=0,85$ ;  $p=0,014$ ) в группах больных, у которых наследственность отягощена шизофренией (СФТ  $-45 \pm 23$ ; СС  $-29 \pm 23$ ). Полученные данные могут быть объяснены осведомленностью больных по поводу психических расстройств и сформированными стратегиями поведения в ответ на стигматизированное общество в отношении больных различной психической патологией.

Суверенность физического тела и территории ( $F=2,2$ ;  $p=0,008$ ) поддерживали личности с гармоничными преморбидными особенностями (СФТ  $30 \pm 22$ ; СТ  $21 \pm 14$ ), в то же время заметная депривация психологического пространства отмечалась у пациентов тревожных и замкнутых ( $-23 \pm 19$  и  $-23 \pm 20$  соответственно) Суверенность социальных связей была более устойчивой у пациентов, которые перенесли более 4х психотических эпизодов ( $t_{кр}=3,4 e''$   $t_f$  на уровне значимости  $p=0,001$ ) и у больных с количеством госпитализаций более четырех ( $F=0,93$ ;  $p = 0,001$ ).

Полученные результаты свидетельствуют об относительной сохранности суверенного психологического пространства у больных параноидной шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра давностью заболевания более 3 лет. Пациенты с нормальной суверенностью пространства вне зависимости от социально-демографических характеристик имели высокий уровень субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, считали, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствовали собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Пациенты в основном рационально воспринимали установившиеся в процессе болезни границы личностного комфорта, имели определенные маркеры идентификации. Группа респондентов, которые перенесли более четырех психотических эпизодов и предыдущих госпитализаций была более независимой в своих поступках, свободна в выборе, не подвержена внешнему влиянию («изнутри направляемая» личность). При этом больные женского пола вне зависимости от длительности психического расстройства продемонстрировали более высокую степень защищенности и безопасности физического пространства, соматического и психического благополучия, чем мужчины, что может быть отражением лучшей адаптации женщин к стигматизирующим условиям психиатрического стационара. Молодые пациенты до 20 лет были склонны более оптимистично оценивать свое психологическое состояние, они обнаруживали способность к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально-насыщенных контактов с людьми, к субъект-субъектному общению. Полученные данные могут быть использованы при составлении индивидуальных личностно-ориентированных реабилитационных программ для пациентов с параноидной шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра.