

стандартную терапию атипичными антипсихотиками. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты. В ходе сравнительного анализа показателей экзистенциальной исполненности в выделенных группах больных шизофренией с различной длительностью заболевания были найдены достоверные различия по показателю самодистанцирования (t -критерий Стьюдента, Тэмп=1,99, $p \leq 0,05$). Самодистанцирование измеряет способность больного шизофренией отойти на дистанцию по отношению к себе самому. Исследуемые с длительностью заболевания более 5 лет не имели способности ориентироваться лишь на самих себя, и воспринимать ситуацию, размышляя над ней и трезво видя ее данности. Они не чувствовали дистанцию по отношению к самим себе, преимущественно занимались собой, например, своими навязчивыми желаниями или мыслями, автоматическим мышлением, фиксированными чувствами, упреками в свой адрес. Одним из следствий затруднений в дистанцировании по отношению к себе и невозможности реалистично воспринимать и мыслить у пациентов основной группы являлась потеря ориентации (больные больше не понимали, что с ними происходит). Респонденты из группы сравнения обладали способностью к самодистанцированию, могли отодвинуть при необходимости свои желания, представления, чувства и намерения, чтобы взглянуть на себя и на ситуацию с некоторой дистанции. В то же время необходимо отметить, что сравнительный анализ не обнаружил достоверных различий в исследуемых группах по показателям самотрансценденции, свободы, ответственности, персональности, экзистенциальности и общему показателю экзистенциальной исполненности.

Выводы. Больные шизофренией испытывают переживания экзистенциального характера, в основе которых лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с осознанием себя как жертвы неблагоприятных условий для социализации и риска утраты субъективного статуса, обусловленных «жизнью с болезнью» и парциальной или тотальной депривацией личности. Длительность заболевания больных шизофренией в значительной степени влияет на показатель самодистанцирования экзистенциальной исполненности. Исследуемые с длительностью заболевания более 5 лет не чувствовали дистанцию по отношению к самому себе, были внутренне фиксированы (при хронических дефицитах, неудовлетворенных потребностях) на чувствах, упреках в свой адрес, стремились заниматься собой, например, своими навязчивыми желаниями или мыслями. Исходя из полученных результатов, рациональным является терапевтический подход, предусматривающий устранение ограниченности видения мира, в виду суженности восприятия, а также создание внутренней дистанции по отношению к определённым ситуациям и повышение уровня ее объективности.

УДК:616.895.8.-036.3/.8-037-008.485-082

Коваленко С.Р., Рязанцев Р.Е., Кравченко М.О.

ИССЛЕДОВАНИЯ КОНТРОЛЯ ЗА ДЕЙСТВИЕМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Личностный потенциал - это интегральная характеристика уровня личностной зрелости, играющая важную роль в адаптации к условиям жизнедеятельности, формированию профессиональных навыков, оказывает влияние на успешность самореализации, карьеру, развитие своих способностей. То есть личностный потенциал означает способность человека к умножению своих психологических возможностей, в первую очередь способность к развитию. Одна из сфер его образующих эмоционально - волевая, которая значительно страдает при таком заболевании как шизофрения.

Шизофрения на данный момент остаётся наиболее распространенным психическим расстройством. К наиболее частым проявлениям нарушения волевой сферы при шизофрении в первую очередь относят абулию. Нарушение проявляется в том, что у пациента возникает стойкое негативное расстройство, и дополненное апатией, такое состояние является единым апатико-абулическим синд-

ромом, который типичен для конечного состояния при шизофрении. В традиционном понимании воля: проявляется в произвольном внимании, направленном на целевой объект, и усилиях субъекта повысить уровень собственной активности. То есть, нарушение волевого компонента проявляется тем, что достижение цели в условиях препятствия вызывает реакцию отказа.

В случае исследования личности как системы, состоящей из достаточно автономных субсистем, воля проявляется в произвольном внимании к целевому объекту и отсутствием усилий со стороны субъекта, направленных на энергетизацию своего поведения. Возникающие в ходе деятельности препятствия вызывают произвольное увеличение усилий субъекта, направленных на достижение цели. Теория Куля заменяет понятие «воля» на «контроль за действием» (как совокупность процессов, опосредующих реализацию намерения). Согласно автору, намерение состоит из ряда элементов, объединенных в единую сеть. Ключевыми элементами этой сети являются когнитивные репрезентации настоящего (состояние связано с процессами инициирования действий), будущего (с процессами репрезентации цели и способов ее достижения) и текущего (с контролем как прошлых, так и будущих событий, способных повлиять на осуществление действия) состояния. Он классифицирует людей на два типа волевой активности (тех самых вариантов контроля за действием): ориентированные на состояние (ОС): испытывают трудности инициирования действия, повторяющиеся мысли по поводу незавершенных намерений или свершившихся неудач; ориентированные на действие (ОД): личность не обнаруживает на уровне переживаний каких-либо мыслей и эмоций, которые могли бы помешать реализации намерения. Следовательно, ОД-субъекты осуществляют регуляцию намеренного действия произвольно: действие, основанное на полноценном намерении, управляется как бы само по себе и не требует постоянного контроля со стороны сознания.

Цель исследования - изучение контроля за действием у больных шизофренией с различной длительностью заболевания среди пациентов РКПБ г. Донецк.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов РКПБ г.Донецк в возрасте от 18 до 60 лет с диагнозом шизофрения различной длительности течения. Участники были разделены на две группы. Основную группу составили 38 пациентов с длительностью течения заболевания более 5 лет, в группу сравнения вошли 22 пациента с длительностью заболевания менее 5 лет. Использовалась методика контроль за действием Ю.Куля в адаптации С.А. Шапкина, состоящая из 36 пунктов. Пункты группируются в три шкалы: «контроль за действием при планировании» (данная шкала отражает способность субъекта в процессе инициации действия отвлекаться от неполноценных, конкурирующих намерений), «контроль за действием при реализации» (отражает способность субъекта пребывать в процессе реализации намерения необходимое время, проявлять настойчивость), «контроль за действием при неудаче» (отражает способность субъекта инициировать процесс реализации намерения, несмотря на сопровождающие его трудности).

Результаты: При исследовании контроля за действием получены в среднем следующие результаты: по шкалам «планирование» ($6,65 \pm 2,94$ балла; ОС 36.6%, ОД 63.4%), «реализация» ($6,1 \pm 2,33$ балла; ОС 70%, ОД 30%) и «неудача» ($7,2 \pm 2,46$ балла; ОС 31.6%, ОД 68%). Результаты основной группы: Планирование $6,59 \pm 3,01$ балла (ОС 35% и ОД 65%). Реализация $5,84 \pm 2,44$ балла (ОС 48% и ОД 52%). Неудача $6,78 \pm 2,63$ балла (ОС 35% и ОД 65%). В группе сравнения получены следующие результаты: Планирование $6,68 \pm 2,86$ балла (ОС 36.4% и ОД 63.6%). Реализация $6,4 \pm 2,15$ балла (ОС 63.6% и ОД 36.4%). Неудача $7,81 \pm 2,08$ балла (ОС 27,3% и ОД 72.7%).

Среди этих групп был проведен корреляционный анализ по признаку «длительность заболевания» с использованием t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни по шкалам планирование (t- 0.1; U- 400), реализация (t- 0.9; U – 379.5), неудача (t- 1.6; U- 320). Полученные результаты не находятся в зоне значимости.

Выводы: Несмотря на отсутствие достоверных корреляций, по шкале «неудача» имеется тенденция к отклонению результатов в сторону ориентации на состояние при более длительном течении заболевания. То есть, пациенты с длительным течением заболевания более склонны к самоконтролю при реализации намерения в сопровождении каких-либо трудностей. Это возможно из-за того, что при более длительном течении заболевания пациенты сталкиваются с большим количеством неудач которые в будущем приводят к ожиданию неудач в процессах реализации намерения.

В результатах основной группы и группы сравнения у 1/3 пациентов преобладает ориентация на состояние. Действия, выполняемые ими, не только требуют контроля со стороны сознания, но и часто подвергают личность аalienации. Следовательно, 2/3 исследуемых ориентированы на действие. Та-