

Абрамов В.А., Соловьева М.А., Студзинский О.Г.

ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОЙ ВИТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: текущая и диспозиционная витальность, пациенты, страдающие шизофренией, длительность заболевания

На протяжении последних десятилетий актуальным является вопрос о степени влияния жизненной энергии человека на состояние его психического и соматического здоровья, активность физиологических процессов, возможность и степень самореализации и реализации личности вообще, использование личностного потенциала.

Несмотря на то, что философские и медицинские учения с глубокой древности содержали сведения о наличии у человека определенного энергетического потенциала, необходимого для здорового и гармоничного существования, понятие витальности было введено в экспериментальную психологию относительно недавно. Витальность есть субъективное переживание обладания физической и психической энергией [1], воспринимающееся человеком как внутренняя сила, мощь, энтузиазм, способность и готовность к действию, сопровождающаяся чувством удовлетворения, позитивными переживаниями. По данным G.A. Nix и соавторов (1999), витальность взаимосвязана с мотивацией т.к. подразумевает энергию, которую можно регулировать, которой можно управлять и использовать для достижения цели [2]. Таким образом, витальность способствует самореализации личности и оказывает положительное влияние на самовосприятие и ощущение счастья и удовлетворения, являясь составной частью эвдемического благополучия [1].

Впервые научное обоснование энергетических процессов психической деятельности дал в ряде своих работ З. Фрейд. Он также рассматривал психическую энергию как некий ограниченный ресурс, присущий каждому человеку, растрачивающийся на процессы защиты и сопротивления, что, по мнению Фрейда, могло приводить к психическому истощению человека и выражаться в функциональных нарушениях.

В последующем в экспериментальной психологии к аналогичной точке зрения пришли Стюарт и соавторы [3], в процессе изучения и ана-

лиза клинических данных, установив наличие взаимосвязи между ощущением энергии и различными состояниями здоровья (от нарушений сна до соматических заболеваний). При этом негативные состояния соотносились с соматическими состояниями или чувством усталости, что соответствовало достаточно узкому подходу. Позитивным вкладом была возможность количественной оценки психической энергии с помощью разработанного ими вопросника.

Представители психодинамического направления (Jung, 1960; Perls, 1973) считали, что телесно-психическое единство является целостной системой, в рамках которой циркулирует и перераспределяется психическая энергия. Регрессия и прогрессия, по их мнению, связаны с направлениями ее движения. При прогрессии внутренняя энергия используется для адаптации к жизни и окружению и расходуется на избранные виды деятельности. При различных психотравмирующих ситуациях энергия меняет направление, регрессирует и накапливается в бессознательном, где за ее счет активизируются комплексы. При этом может происходить расщепление позиций между сознанием и бессознательным, поток энергии возвращается вспять в психическую систему и таким образом становится недоступным для адаптации и использования сознанием, вследствие чего возникает застой, движение энергии останавливается. Возникает состояние подавленности, амбивалентности, активизация внутренних конфликтов, неуверенности.

С точки зрения современной психологии, критерии, позволяющие объективно оценить количество психической энергии в человеке, отсутствуют. Таким образом, правильнее было бы говорить не о витальности, а о субъективной витальности, как самооценке самим человеком своего энергетического состояния, соотносимого не столько с его физическим состоянием, сколько психическим. Понятие субъективной

вitalности было предложено Р. Райаном и К. Фредерик [1] и включало в себя степень ощущения человеком полноты жизненных сил и энергии, доступной личности. В позитивной психологии субъективная vitalность является важным индикатором психологического благополучия, отличающимся от внешних критериев благополучия, таких как успех, социальная адаптированность и личные достижения.

Важным представляется то, что «субъективная vitalность соотносится с восприятием человеком самого себя как «источника» [4] деятельности [5,6,7]». Переживание роста субъективной vitalности сопровождается ростом автономии и целостности [8, 9], самоактуализации [10, 11] дееспособности [10]. На субъективное ощущение психической энергии негативное воздействие могут оказывать различные конфликты, препятствия для самоактуализации, длительные чрезмерные нагрузки на Я, состояния дистресса, психические расстройства [12]. При этом, ряд авторов подчеркивает, что субъективная vitalность имеет интрапсихический источник происхождения, что отражается в ее восприятии человеком, так называемый внутренний субъективный локус причинности (internal perceived locus of causality) [13], и прямо связана с ощущением человеком своей способности инициировать и осуществлять действия, автономно их регулировать [14].

«Деятельность, контролируемая в соответствии с интериоризованными нормами и ценностями, которые не ощущаются субъектом как свои (с уровня «супер-эго», в терминологии З.Фрейда), ведет к снижению субъективной vitalности, хотя и в меньшей степени, нежели

деятельность, контролируемая извне. В противоположность этому, автономно регулируемая деятельность, удовлетворяющая базовые психологические потребности личности в саморегуляции, самоактуализации, причастности, компетентности и автономии, повышает уровень субъективной vitalности» [5, 15]. При различных заболеваниях vitalность снижается в той степени, в какой человек воспринимает болезнь как препятствия к личностно значимой деятельности, достижениям и самоэффективности. Следовательно, согласно Р. Райану и К. Фредерик [1], vitalность зависит от субъективного смысла недуга для личности.

Важным аспектом представляется влияние на ощущение субъективной vitalности эмоционального состояния близости и любви. При проведении исследования данного феномена было отмечено, что реализованная потребность в причастности, связях, отношениях повышают ее уровень. При эмоционально насыщенных состояниях человека нужно дифференцировать субъективную vitalность, как показатель по сути энергетического состояния человека, с другими крайне энергетическими состояниями гипертимии, гнева, враждебности и тревоги.

Представляет интерес изменения субъективной vitalности и при других внутренних энергетических состояниях, в том числе, различных психических расстройствах, в частности, самовосприятие собственного энергетического уровня и связанной с ним способности к действию у пациентов, страдающих шизофренией.

Целью исследования было изучение показателя субъективной vitalности у пациентов с различной длительностью шизофрении.

Материалы и методы исследования

В исследовании принимали участие 77 пациентов Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка. У всех обследуемых была диагностирована параноидная форма шизофрении. Основным критерием формирования групп была длительность заболевания. Согласно данному показателю, к первой группе относились пациенты с длительностью заболевания до 5 лет включительно, их число составило 33 (42,9±5,6%) человека, ко второй группе с длительностью свыше 5 лет – 44 пациента (57,1±5,6%). Возраст исследуемых составил от 20 до 67 лет. Материальные условия в своей жизни большинство участников первой группы

оценивало как «удовлетворительные» (30 респондентов – 90,95%), 3 человека - как «уровень выживания» (9,1±5%), во второй группе удовлетворительными их считали 32 (72,7±6,7%) человека, «на уровне выживания» – 7 человек (15,9±5,5%), неудовлетворительными – 5 человек (11,4±4,8%). Приведенные данные свидетельствуют о снижении качества жизни и ухудшении социальной адаптации у больных с длительными сроками заболевания.

При проведении исследования использовалась методика субъективной vitalности, разработанная в рамках теории самодетерминации Р. Райаном и С. Фредерик [1]. Методика имеет

два критерия: шкала витальности как состояния (Vt-s) и шкала диспозиционной витальности (Vt-d). Первая предлагает оценить свое состояние «здесь и сейчас», вторая направлена на оценку характерного для человека уровня витальности, так как не привязана ко времени и отражает, скорее, особенности личности (витальность как черта личности).

Данные, полученные в исследованиях по валидации методики, позволяют предположить, что шкалы методики субъективной витальности, несмотря на внешнее сходство вопросов (относящихся к настоящему моменту и к самоощущению вообще), имеют различное психологичес-

кое содержание.

Согласно проведенной ранее проверке конструктивной валидности методики методики в русскоязычной среде, для шкалы Vt-s нормативным можно считать уровень $Vt-s = 28.7$ при стандартном отклонении 9.3. Нормативными являются показатели, находящиеся в интервале от 19.4 до 37 баллов. Соответственно для шкалы Vt-d среднее равнялось 32.8 при стандартном отклонении 8.8. Нормативные показатели, следовательно, располагаются в интервале от 24 до 41.6 балла. Для сокращенной версии Vt-d среднее - 28.5, стандартное отклонение — 8.3, нормативные результаты колеблются от 20.2 до 36.3 балла [6].

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе текущей субъективной витальности у пациентов первой группы с длительностью заболевания до пяти лет низкие показатели отмечались у 5 респондентов - $15,2 \pm 6,2\%$, нормативные у 21 респондентов - $63,6 \pm 8,4\%$, высокие у 7 респондентов - $21,2 \pm 7,2\%$. Соответственно, при анализе текущей витальности у пациентов с длительностью заболевания свыше 5 лет у 21 пациента показатель был низким - $47,7 \pm 7,5\%$, нормативным у 18 - $40,9 \pm 7,4\%$, у 5 - высоким - $11,4 \pm 4,8\%$.

При анализе диспозиционной витальности у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет низкий показатель определялся у 5 респондентов - $11,4 \pm 4,8\%$, нормативный у 19 респондентов - $57,6 \pm 8,6\%$, высокий у 9 респондентов - $27,3 \pm 7,8\%$. В группе с длительностью заболевания свыше 5 лет низкий показатель отмечался у 15 - $34,1 \pm 7,1\%$ пациентов, нормативный у 22 - $50 \pm 7,5\%$, высокий у 7 - $15,9 \pm 5,5\%$.

Таким образом, во второй группе отмечался рост пациентов с низким показателем витальности. Показатель текущей витальности был снижен у $47,7 \pm 7,5\%$ респондентов, диспозиционной витальности у $34,1 \pm 7,1\%$. Это свидетельствовало о том, что самоощущение жизненной энергии у данного контингента больных прогрессивно снижается в процессе заболевания.

Исходя из определения Уайта [16] о базовой потребности человека ощущать себя субъектом собственной деятельности, т.е. быть компетентным, обладать «пригодностью или способностью производить те действия со средой, которые приводят к поддержке, росту и расцвету» мы можем предположить снижение уровня данной потребности или возможности ее удовлетворения у больных с длительным течением шизофрении.

Также у данных пациентов прогрессивно сни-

жалась внутренняя мотивация, что в свою очередь приводило к снижению самооценки. При возникновении ситуации болезни субъективная витальность выступает в роли интегральной оценки респондентом себя относительно себя самого, оценки энергии, доступной Я. Одним из аспектов, также приводящих к ее снижению мог являться личностный смысл болезни и процесса лечения.

На основании данных о том, что текущая витальность «имеет ярко выраженные значимые положительные корреляционные связи с осмысленностью жизни и показателями, отражающими ощущение подконтрольности событий жизни и того, что происходит с самой личностью, а также уровнем счастья и удовлетворенностью жизнью» [6], можно предположить, что у пациентов первой группы данные показатели снижены незначительно, а у пациентов второй группы более существенно.

Согласно проведенным ранее исследованиям [5], установлено, что более низкие показатели субъективной витальности как личностной диспозиции соответствуют значимо более низким показателям по всем основным личностным характеристикам, дефицитарности психологических ресурсов личности, таких как удовлетворенность жизнью, осмысленность жизни, интернальность, жизнестойкость, толерантность к неопределенности и уверенность в способности справляться с жизненными вызовами. Появляется склонность к поведенческому уходу, как характерному стилю реакции на трудности.

В тоже время нормативные показатели диспозиционной витальности определяют более благоприятный личностный прогноз за счет наличия значимых положительных корреляционных связей с личностными ресурсами и стратегия-

ми совладания. Более низкий уровень диспозиционной витальности может рассматриваться как субъективное отражение недостаточности жизненной энергии и ресурсов или ограниченных возможностей, вне зависимости от медицинского диагноза (болезнь, инвалидность).

Высокий процент больных с нормативными показателями в первой и второй группах свидетельствовал о субъективном восприятии себя как энергетически сохранных личностей, что обуславливается, по всей видимости, защитными механизмами личности, бессознательным стремлением к сохранению ощущения собственной дееспособности, потребностью делать «свои» выборы, ощущать себя субъектом своей жизни в будущем. Такой выбор, даже при внешней низкой его эффективности, воспринимается не просто как «свой» («принятый мною»),

но и как «соответствующий мне», автономный и внутренне мотивированный.

Таким образом, на основании результатов исследования, был выявлен рост числа пациентов с низкими показателями текущей и субъективной витальности при увеличении длительности заболевания шизофренией на фоне снижения показателей нормативной и высокой витальности. Подобное снижение чувства внутренней энергии, наполненности и готовности к действию объяснимо с точки зрения клинических и психологических проявлений данного заболевания. Достаточно высокий процент респондентов с нормативными и высокими показателями субъективной витальности свидетельствуют о возможности эффективного включения данных пациентов в систему реабилитационных мероприятий.

Абрамов В.А., Соловьева М.А., Студзинский О.Г.

ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОЙ ВИТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: текущая и диспозиционная витальность, пациенты, страдающие шизофренией, длительность заболевания.

Витальность есть субъективное переживание обладания физической и психической энергией (Ryan, Frederick, 1997), воспринимающееся человеком как внутренняя сила, мощь, энтузиазм, способность и готовность к действию, сопровождающаяся чувством удовлетворения, позитивными переживаниями. Она является важной составляющей личностного потенциала, оказывает влияние на субъективную оценку качества жизни индивида. В статье рассматриваются показатели текущей и диспозиционной витальности пациентов, страдающих шизофренией.

Целью исследования было изучение показателя субъективной витальности у пациентов с различной длительностью заболевания шизофренией.

В исследовании принимали участие 77 пациентов Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка. У всех обследуемых была диагностирована параноидная форма шизофрении. Основным критерием формирования групп была длительность заболевания. Согласно данному показателю было сформировано 2 группы: к первой группе относились пациенты с длительностью заболевания до 5 лет включительно, их число составило 33 человека, ко второй группе с длительностью свыше 5 лет, в нее вошли 44 пациента. Использовалась методика субъективной витальности разработанной в рамках теории самодетерминации Р. Райаном и С. Фредерик (Ryan, Frederick, 1997).

При анализе текущей субъективной витальности у пациентов первой группы с длительностью заболевания до пяти лет низкие показатели отмечались у 5 респондентов - $15,2 \pm 6,2\%$, нормативные у 21 респондентов - $63,6 \pm 8,4\%$, высокие у 7 респондентов - $21,2 \pm 7,2\%$. Соответственно, при анализе текущей витальности у пациентов с длительностью заболевания свыше 5 лет у 21 пациента показатель был низким - $47,7 \pm 7,5\%$, нормативным у 18 - $40,9 \pm 7,4\%$, у 5 - высоким - $11,4 \pm 4,8\%$.

При анализе диспозиционной витальности у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет низкий показатель определялся у 5 респондентов - $11,4 \pm 4,8\%$, нормативный у 19 респондентов $57,6 \pm 8,6\%$, высокий у 9 респондентов - $27,3 \pm 7,8\%$. В группе с длительностью заболевания свыше 5 лет низкий показатель отмечался у 15 - $34,1 \pm 7,1\%$ пациентов, нормативный у 22 - $50 \pm 7,5\%$, высокий у 7 - $15,9 \pm 5,5\%$.

На основании результатов исследования был выявлен рост числа пациентов с низкими показателями текущей (от $15,2 \pm 6,2\%$ в первой группе до $47,7 \pm 7,5\%$ во второй), и диспозиционной (от $11,4 \pm 4,8\%$ в первой группе до $34,1 \pm 7,1\%$ во второй) субъективной витальности при увеличении длительности времени заболевания. Подобное снижение чувства внутренней энергии, наполненности и готовности к действию объяснимо с точки зрения клинических проявлений данного заболевания. При этом, достаточно высокий процент с нормативными и высокими показателями субъективной витальности говорят о возможности эффективного включения данных пациентов в систему психотерапевтических и реабилитационных мероприятий. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 25-29).

EVALUATION OF SUBJECTIVE VITALITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT DURATION OF DISEASE

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Key words: current and disposition vitality, patients suffering from schizophrenia, duration of the disease.

Vitality is a subjective experience of possessing physical and mental energy (Ryan, Frederick, 1997), perceived by man as an internal force, power, enthusiasm, ability and willingness to action, accompanied by a sense of satisfaction, positive experiences. It is an important component of the personal potential, influences the subjective evaluation of the quality of life of the individual. The article examines the indicators of the current and dispositional vitality of patients suffering from schizophrenia.

The aim of the study was to study the subjective vitality index in patients with different duration of schizophrenia.

77 patients of the Republican Clinical Psychiatric Hospital of Donetsk took part in the study. All the subjects were diagnosed with a paranoid form of schizophrenia. The main criterion for the formation of groups was the duration of the disease. According to this indicator, 2 groups were formed: the first group included patients with the duration of the disease up to 5 years inclusive, their number was 33, to the second group with a duration of more than 5 years, it included 44 patients. The methodology of subjective vitality developed by R. Ryan and S. Frederick (1997) was developed using the self-determination theory.

When analyzing the current subjective vitality in the patients of the first group with the duration of the disease up to five years, low rates were observed in 5 respondents - $15.2 \pm 6.2\%$, normative in 21 respondents - $63.6 \pm 8.4\%$, high in 7 respondents - $21.2 \pm 7.2\%$. Accordingly, in the analysis of the current vitality in patients with a duration of disease over 5 years in 21 patients, the indicator was low - $47.7 \pm 7.5\%$, normative in $40.9 \pm 7.4\%$, in 5 - high - $11.4 \pm 4.8\%$.

When analyzing dispositional vitality in patients with a duration of disease up to 5 years, a low indicator was determined in 5 respondents - $11.4 \pm 4.8\%$, normative in 19 respondents $57.6 \pm 8.6\%$, high in 9 respondents - $27.3 \pm 7.8\%$. In the group with a duration of disease over 5 years, a low indicator was observed in $34.1 \pm 7.1\%$ of patients, normative in $50 \pm 7.5\%$, high in $15.9 \pm 5.5\%$.

Based on the results of the study, there was an increase in the number of patients with low current indicators (from $15.2 \pm 6.2\%$ in the first group to $47.7 \pm 7.5\%$ in the second group), and disposition (from $11.4 \pm 4.8\%$, 8% in the first group to $34.1 \pm 7.1\%$ in the second) of subjective vitality with an increase in the duration of the disease. Such a decrease in the sense of inner energy, fullness and readiness for action is explainable from the point of view of the clinical manifestations of this disease. At the same time, a sufficiently high percentage with normative and high indicators of subjective vitality indicates the possibility of effective inclusion of these patients in the system of psychotherapeutic and rehabilitation measures. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 25-29).

Литература

1. Ryan R.M., Frederick C. On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being // R.M. Ryan, C. Frederick // Journal of Personality. - 1997. - Vol. 65. - P. 529–565.

2. Nix G.A., Ryan R.M., Manly J.B., Deci E.L. Revitalization through self-regulation: the effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality / G.A. Nix, R.M. Ryan, J.B. Manly, E.L. Deci // Journal of experimental social psychology. - 1999. - Vol. 35. - P. 266–284.

3. Stewart A.L., Hays R.D., Ware J.E. Health perceptions, energy / fatigue, and health distress measures / A.L. Stewart, J.E. Ware (Eds.) // Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach. Durham, NC: Duke University Press. - 1992. - P. 143–172.

4. De Charms R. Personal causation: The internal affective determinants of behavior / R. Charms. - New York: Academic Press. - 1968.

5. Александрова Л.А. Субъективная витальность как личностный ресурс [Электронный ресурс] / Л.А.Александрова. - Психологические исследования: электрон. науч. журн. - 2011. - N 3(17). URL: <http://psystudy.ru>

6. Александрова Л.А. Субъективная витальность как предмет исследования / Л.А.Александрова // Психология. Журнал Высшей школы экономики. - 2014. - Т. 11. - № 1. - С. 133–163.

7. Александрова Л.А., Лебедева А.А., Леонтьев Д.А. Ресурсы саморегуляции студентов с ограниченными возможностями здоровья как фактор эффективности инклюзивного образования / Л.А.Александрова, А.А.Лебедева, Д.А.леонтьев // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России: материалы II Междунар. науч.-практ. конф. Кисловодск; Ставрополь: СевКавГТУ, 2009. - Ч. 2: Симпозиум «Субъект и личность в психологии саморегуляции». - С. 11–16.

8. Deci E.L., Ryan R.M. A motivational approach to self:

Integration in personality / E.L. Deci, R.M. Ryan // Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation / R.Dienstbier (Ed.). Lincoln: University of Nebraska Press, 1991. - P. 237–288.

9. Deci E.L., Ryan R.M. Self-determination research: reflections and future directions // E.L.Deci, R.M.Ryan (Eds.). - Handbook of self-determination research. Rochester, NY: The University of Rochester Press, 2002. - P. 431–441.

10. Rogers C. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin, 1961. Rogers C. The actualizing tendency in relation to "motives" and to consciousness // M.R.Jones (Ed.). Nebraska Symposium on Motivation. Vol. 11. Lincoln: University of Nebraska Press, 1963. P. 1–24.

11. Sheldon K.M., Kasser T. Coherence and congruence: Two aspects of personality integration / K.M. Sheldon, T. Kasser. - Journal of Personality and Social Psychology. - 1995. - Vol. 68. - P. 531–543.

12. Ryan R.M., Deci E.L., Grolnick W.S. Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology // D.Cicchetti, D.J.Cohen (Eds.).- Developmental psychopathology. New York: Wiley, 1995. - Vol. 1: Theory and methods. - P. 618–655.

13. Deci E.L., Ryan R.M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior / E.L. Deci. - New York: Plenum, 1985.

14. Ryan R.M., Deci E.L. From Ego Depletion to Vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the Self // R.M.Ryan, E.L. Deci. - Social and Personality psychology compass. - 2008. - Vol. 2. - P. 702–717.

15. Ryan R.M. Psychological needs and the facilitation of integrative processes // R.M.Ryan. - Journal of Personality. - 1995. - Vol. 63. - P. 397–427.

16. White R.W. Competence and the psychosexual stages of development // Nebraska Symposium on Motivation. Vol. 8. Perspectives on motivation / M.R.Jones (Ed.). - Lincoln: University of Nebraska Press, 1960. - P. 97–141.

Поступила в редакцию 11.05.2017