

УДК 616.895.8:159.937+159.922

*Ряполова Т.Л.***СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, субъективное жизненное пространство, феноменологический подход, экзистенциальные переживания, самоактуализация, смысло-жизненные ориентации

Личностно-ориентированные подходы к оказанию специализированной помощи больным шизофренией должны основываться на целостном описании личностных особенностей больных, которое невозможно без гуманистического и экзистенциального обращения к феномену бытия их в мире, поскольку «каждый человек интенсивно строит собственное своеобразное созвездие взаимоотношений своего "Я" с миром. Его мотивы принадлежат ему самому, всегда принимая форму "личных проектов". Его наследственность уникальна, воспринимаемое им окружение уникально, все его взаимоотношения с миром уникальны» (Г. Олпорт, 2002) [1].

По мнению К. Левина [2], истинной средой обитания личности является не физическая реальность и не социальная среда, а лишь те их фрагменты, которые отражены в сознании человека и на которых основывается его поведение. В связи с этим им было предложено понятие жизненного пространства как единой констелляции взаимозависимых факторов человека и его среды. Отмечая контекстуальность и подвижность всех явлений внутреннего мира человека, автор теории поля отмечал, что существует соблазн включить в жизненное пространство чисто психологические явления, подобные мотивам, когнитивным схемам, целям, и исключить физические и социальные события, не оказывающие на человека прямого воздействия. Но есть пограничная область событий и процессов, которые обычно относятся к физическим, экономическим или правовым и, тем не менее, прямо воздействуют на индивида. Поэтому они также должны включаться в жизненное пространство человека. Жизненное пространство в его представлении изображалось в виде овала, в центре которого находится круг, символизирующий собой внутренний мир личности. Жизненное пространство имеет две основных

границы: внешняя отделяет жизненное пространство от реального физического и социального макромиров, внутренняя отделяет внутренний мир личности от ее психологической среды в пределах жизненного пространства.

Индивидуальный характер образа мира был подкреплен теорией личностных конструктов Дж.Келли, согласно которой каждый человек воспринимает мир по-своему, через сетку своей системы координат. Единицами этой системы являются личностные конструкты, т.е. критерии, по которым человек сравнивает и оценивает объекты окружающей действительности. По мнению основоположника когнитивной теории личности, на человека оказывают влияние не события, а его интерпретация этих событий, которая зависит от его системы представлений [3].

В работах Х. Томе субъективное жизненное пространство представлено как когнитивно репрезентированный и психически переработанный реальный мир жизни человека [4].

Сами по себе внешние объекты по отношению к личности субъективное жизненное пространство не создают. Чтобы говорить о феномене субъективного (индивидуального) жизненного пространства, необходимо специфическое «наложение» вектора личностных или социальных взаимовлияний, которые структурируют объекты относительно друг друга и создают «пространство» [5].

Близкими к психологическому пространству личности понятиями являются идентичность (тождественность самому себе), эмпирическое Я (включающее в себя составные части), Я-концепция (представляющая собой рефлексию бытия), самость (неосознаваемая основа жизни личности) [6].

Сторонник онтологического равноправия фактов и феноменов в психологии личности У. Джемс понимал Я как хозяина всех психических

функций, как общую сумму всего того, что человек может назвать своим: в нее должны быть включены не только физические и душевные качества человека, но и некоторые предметы, принадлежащие ему, и люди, имеющие к нему некоторое определенное отношение, привычки и вкусы [7].

При описании субъективного бытия человека неизбежно используются понятия, традиционно применяемые для описания объективного бытия. Так, используются понятия внутреннего мира человека [8], жизненного мира [9], факторов места и обособлении личности [10], психологического времени и пространства [8 - 10], а также понятия, изначально имеющие чисто топологическое содержание, такие, как «пространство» (внутреннее, психосемантическое, социальное), «дистанция», «выше — ниже», «ближе — дальше», «границы», «барьеры» [11].

Содержание жизненного пространства личности включает совокупность значимостей, «систему позитивно, нейтрально или негативно окрашенных объектов или явлений, которые входят в систему взаимосвязей личности и среды» [12].

Жизненное пространство личности особенно тем, что включает в себя такие субъективные координаты как «значение», «смысл», «ценность», поэтому, с нашей точки зрения, термин «субъективное жизненное пространство» наиболее точно отражает суть данного психического феномена.

По словам В.Е. Ключко, «эти характеристики элементов среды, доступные для восприятия и значимые для конкретного человека или группы, определяются неповторимостью ценностно-смысловой и мотивационно-потребностной сфер индивидуального и группового субъекта» [13], то есть понимание жизненного пространства личности связано с трансформацией внешней, социальной среды через внутренние детерминанты человека. «В актуальную жизненную ситуацию человек привносит «наслоения» всей своей индивидуальной истории. У разных людей жизненный мир отличается разной степенью изменчивости, своеобразия, внутренней согласованности. Разной может быть... и способность индивида гибко изменять собственную позицию в столкновении с жизненной проблемой или «застрять» только на одной ее особенности. Жизненные миры различаются также размахом планов, ожиданий и действий, широтой интересов и напряженностью усилий» [4].

С.К. Нартова-Бочавер указывает на то, что

состояние границ собственного психологического мира в значительной мере определяет отношение человека к элементам среды, т.е. его мироотношение в целом. В зависимости от того, воспринимается ли окружающий мир как чуждый или родственный, строится и собственная деятельность человека в нем [14]. Психологическое пространство личности определяется автором как субъективно значимый фрагмент бытия, т.е. существенный, выделяемый из всего богатства проявлений мира и определяющий актуальную деятельность и стратегию жизни человека. Психологическое пространство включает ряд физических и психологических явлений, с которыми человек отождествляет себя. Они становятся значимыми для субъекта, когда приобретают личностный смысл, и поэтому границы психологического пространства охраняются физическими и психологическими средствами [15].

Пространство подвижно и зависит от интенсивности и осмысленности жизнедеятельности человека. Так, оно может расширяться при наличии неопределенных перспектив, что соответствует стадии жизненного поиска, оставаться стабильным в случае обретения ответа и стягиваться, например, при возникновении сверхценной идеи. Однако психологическое пространство скорее является устойчивой характеристикой личности, чем ее состоянием. В пространстве можно выделить его объем, количество измерений, сохранность (устойчивость - подвижность границ). Оно развивается в онтогенезе и взаимодействует с другими качествами личности. Весьма важным является прочность его границ, дающая человеку переживание суверенности собственного «Я», чувство уверенности, безопасности, доверия к миру. Таким образом, не очень интересно, каким «метражом» исчисляется пространство, главное, чтобы оно было субъективно достаточным для человека [16].

Психологическое пространство, которое человек ощущает как свое, позволяет ему обособиться, отграничиться от мира предметов, социальных и психологических связей, представляющих фон, среду его жизнедеятельности. В зависимости от того, воспринимается ли окружающий мир как чуждый или родственный, строится и собственная деятельность человека в нем, принимая агрессивную либо кооперативную окраску. Границы пространства определяют отношение к малому и большому социуму - семье и друзьям, социальной группе, этносу, человечеству. Восприятие социума как своего позволяет

проявляться конструктивным, творческим тенденциям, проводящим человека через прозрачные для него социальные границы, благодаря чему, как отмечал Э. Эриксон, формируется «широкая идентичность», чувство общности с широким кругом людей [17]. Если же социум ощущается как чужой, эти границы могут блокироваться, ограничивая поле самоактуализации личности.

С.К. Нартовой-Бочавер введено понятие психологической суверенности, определяемое как а) способность субъекта контролировать свое психологическое пространство, б) баланс между собственными потребностями и потребностями других, в) состояние психологических границ личности [18].

Несмотря на возрастающий в последние годы интерес психологов к изучению проблемы субъективного жизненного пространства, исследований данного феномена у больных с психическими расстройствами, в частности, у больных шизофренией, относительно немного [19 - 24].

В то же время, страдание больных шизофренией, обусловленное не только болезненными симптомами, но и эмоциональным дистрессом госпитализации, фактом установления психиатрического диагноза, необходимостью длительного приема медикаментов, социальной стигмой и социальными ограничениями, предусматривает возможность переоценки ими дальнейших ориентиров жизнедеятельности и обретения но-

вых жизненных смыслов, т.е. переструктурирования субъективного жизненного пространства.

Актуальность настоящего исследования может быть обоснована экстраполяцией принципов формирования субъективного жизненного пространства на проблемы больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра. С нашей точки зрения, принцип системности предполагает необходимость рассмотрения субъективного жизненного пространства больных шизофренией, с одной стороны, как обладающего структурой, с другой - как связанного с другими личностными проявлениями и включенного в другие системы, в частности, открытого к среде во всех ее проявлениях. Принцип детерминизма позволяет объяснить в нелинейном процессе развития субъективного жизненного пространства пациентов с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра наличие альтернативных линий, выделить особые точки восприимчивости больных к формированию различных изменений психологического пространства. В соответствии с принципом синергетики, ценность субъективного жизненного пространства подчеркивает необходимость и эффективность ненасильственного отношения к личности как в процессе оказания психиатрической помощи больным шизофренией, так и при выборе психотерапевтических подходов в процессе реабилитации пациентов, что обуславливает прикладное значение данного исследования.

Материал и методы исследования

Исследование субъективного жизненного пространства проводилось у 74 пациентов Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка (45 мужчин (60,8%) и 29 женщин (39,2%)) в возрасте от 18 до 55 лет. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, у 14 больных (18,9%) был установлен диагноз острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении, 52 пациента (70,3%) страдали параноидной шизофренией, у 8 больных (10,8%) имело место шизоаффективное расстройство. В соответствии с задачами исследования, исследование субъективного жизненного пространства отдельно у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра не проводилось, поэтому в дальнейшем все обследованные больные обозначаются как «больные шизофренией».

В исследовании использовались клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический,

социально-психологический методы и метод математической обработки результатов.

Клиничко-анамнестический метод предусматривал изучение историй болезни пациентов и внесение клиничко-социальных характеристик обследованных больных в специально разработанную «Индивидуальную карту клиничко-социально-демографического анализа истории болезни больного шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра». Клиничко-психопатологический метод основывался на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию и включал элементы феноменологического подхода в процессе опроса и анализа психического состояния пациента. Социально-психологический метод был направлен на исследование субъективного психологического пространства больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра с помощью опросника «Суверенность психологического пространства» (С.К. Нартова-

Бочавер, 2010) [18], самоактуализационного теста (САТ, Ю.Е. Алешина и соавт., 1987) [25], теста смысловых ориентаций (СЖО) Дж. Крамбо, Л. Махолик (1968) в адаптации Д.А. Леонтьева (2000) [26], личностного опросника А.Т. Джерсайлда (Personal Issues Inventory) [27].

Математическая обработка результатов проводилась с использованием лицензионного пакета статистического анализа – «Statistica 7.7» (StatSoft) на IBM PC/AT. Для количественного анализа полученных в исследовании данных использовались методы статистического анализа. Для представления данных, полученных в результате исследования, применяли стандартные методы описательной статистики. Для адекватного представления числовых данных предварительно проводили проверку распределения на нормальность. В случае, когда распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли

значения среднего арифметического (\bar{X}) и стандартной ошибки среднего (m). Для сравнения показателей различных выборок применяли стандартные статистические критерии проверки гипотез. В случае сравнения двух выборок, когда распределение не отличалось от нормального, для сравнения средних значений количественных показателей использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение отличалось от нормального - критерий Вилкоксона. При сравнении средних для трех и более различных групп пациентов привлекались методы множественного сравнения: использовался однофакторный дисперсионный анализ и метод Шеффе (нормальный закон распределения); критерий Крускала-Уоллиса и метод множественных сравнений Данна (закон распределение отличается от нормального). Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$ [28].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ суверенности психологического пространства больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания, количества перенесенных психотических эпизодов и кратности госпитализаций в психиатрический стационар представлен в таблицах 1-3.

Как видно из таблицы 1, у больных с длительностью заболевания до 5ти лет границы психологического пространства оказывались депривированными (-18±14), что свидетельствовало о снижении восприятия пациентами собственной автономности.

Таблица 1

Суверенность психологического пространства больных шизофренией в зависимости от давности заболевания (СПП)

Показатели	I группа (до 5ти лет) (n=31 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 5ти лет) (n=39 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Суверенность физического тела (СФТ)	-34±21	-35±23	0,927
Суверенность территории (СТ)	19±16	-32±22	0,008*
Суверенность вещей (СВ)	-27±19	23±22	0,313
Суверенность привычек (СП)	-31±18	24±20	0,095
Суверенность социальных связей (СС)	-29±21	41±31	0,000**
Суверенность ценностей (СЦ)	21±16	26±21	0,162
Суверенность психологического пространства (СПП)	-18±14	22±21	0,352

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$; ** - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$.

Полученные данные свидетельствуют о дискомфорте физиологическом и физическом самоощущении пациентов в условиях психиатрического стационара, ощущении оторванности от привычного мира вещей и социальных связей. Снижение суверенности территории и ценностей не носило катастрофического характера и мог-

ло рассматриваться и как следствие переживания больными аутизации и психотического опыта, и как потенциальная возможность сохранения автономии в условиях агрессивной среды психиатрического стационара. Собственно, это подтверждалось картиной суверенности психологического пространства у пациентов с дли-

тельностью заболевания свыше 5 лет. Психологические границы больных данной группы характеризовались относительно сохранной автономией (22 ± 21), хотя и сниженной практически по всем составляющим психологического пространства (вещей 23 ± 22 , привычек 24 ± 20 , социальных связей 41 ± 31 , ценностей 26 ± 21). При этом сохранялась депривированность суверенности физического тела (-35 ± 23), что может быть связано с побочными эффектами нейролептической терапии, и, статистически достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с аналогичным показателем в предыдущей группе, нарастала депривированность территории (-32 ± 22) как следствие увеличения продолжительности пребывания больных в условиях закрытого отделения. Также для больных данной группы было характерным статистически достоверное

($p < 0,001$) увеличение до среднего уровня показателя суверенности социальных связей (41 ± 31 в сравнении с -29 ± 21 в группе пациентов с давностью заболевания менее 5 лет). Вероятно, относительная сохранность ценностного суверенитета больных шизофренией обеих групп при большей продолжительности болезни позволяла им увеличивать круг социального взаимодействия с другими пациентами. С одной стороны, это способствовало более четкой очерченности границ психологического пространства с точки зрения приобретения социальных контактов по собственному усмотрению и снижало размытость границ психологического пространства, с другой – «отдаляло» больных от социума, что могло закреплять как аутостигматизацию, так и аутистические тенденции больных шизофренией.

Таблица 2

Суверенность психологического пространства больных шизофренией в зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов

Показатели	I группа (1-3) (n=19 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 4) (n=51 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Суверенность физического тела (СФТ)	38 ± 21	-33 ± 22	0,583
Суверенность территории (СТ)	19 ± 15	-29 ± 22	0,467
Суверенность вещей (СВ)	-26 ± 19	24 ± 21	0,809
Суверенность привычек (СП)	-32 ± 17	-25 ± 19	0,311
Суверенность социальных связей (СС)	-37 ± 22	36 ± 29	0,000**
Суверенность ценностей (СЦ)	22 ± 14	24 ± 20	0,297
Суверенность психологического пространства (СПП)	-18 ± 13	-21 ± 20	0,460

Примечание: ** - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$.

Аналогичная тенденция прослеживалась в группах больных с различной кратностью психотических эпизодов: относительная сохранность ценностного суверенитета (22 ± 14 у больных, перенесших 1-3 психотических эпизода, и 24 ± 20 у пациентов с кратностью психотических эпизодов более 4х) способствовали относительному восстановлению автономно устанавливать социальные связи (депривированность социальных связей в I группе больных -37 ± 22 в сравнении с пониженным уровнем автономности социальных связей (36 ± 29) у пациентов, перенесших 4 и более психотических эпизода, различия достоверны, $p < 0,001$). В то же время, во II группе больных прослеживалась тенденция к нарастанию депривированности психологического пространства в сфере «физическое тело» и «территория» (-33 ± 22 и -29 ± 22 соответственно), что может быть связано и с особенностями нейролептической терапии, и с

продолжительностью пребывания в психиатрическом стационаре. Суверенность привычек в обеих группах больных оставалась неизменно депривированной (-32 ± 17 и -25 ± 19 соответственно), что может быть отражением насильственного изменения временной формы организации жизни больных как психотической реальностью, так и условиями психиатрической больницы. Согласно полученным данным, психотический эпизод стойко депривирует психологическое пространство больного шизофренией вне зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов (СПП в I группе -18 ± 13 и -21 ± 20 во II группе).

Как видно из таблицы 3, сравнение суверенности психологического пространства у больных шизофренией с различной кратностью госпитализаций в психиатрический стационар обнаружило нарастание депривированности психологического пространства у пациентов II группы (2-3 гос-

питализации) в сравнении с впервые госпитализированными больными (-34±22 в сравнении с -14±8 в I группе). Это происходило в основном за счет нарастания депривированности физического тела (-36±21 во II группе в сравнении с -19±13 в I группе) и территории (-17±12 во II группе и 23±17 в I группе). Госпитализации стабиль-

но депривировали психологическое пространство больных как в сфере физического тела, так и в сфере привычек (-34±17 в группе I, -23±15 в группе II, -25±21 в группе III), поскольку помещение в психиатрический стационар неизбежно сопровождалось насильственным изменением привычного для пациентов распорядка.

Таблица 3

Суверенность психологического пространства больных шизофренией в зависимости от количества госпитализаций в психиатрический стационар (СПП)

Показатели	I группа (1 госп.) (n=18 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (2-3 госп.) (n=13 чел.) $\bar{X} \pm m$	III группа (4 и >) (n=39 чел.) $\bar{X} \pm m$
Суверенность физического тела (СФТ)	-19±13	-36±21	-34±23
Суверенность территории (СТ)	23±17	-17±12	31±23
Суверенность вещей (СВ)	-29±17	17±17	-25±22
Суверенность привычек (СП)	-34±17	-23±15	-25±21
Суверенность социальных связей (СС)	-36±25**	33±28**	37±29**
Суверенность ценностей (СЦ)	18±14	25±15	26±22
Суверенность психологического пространства (СПП)	-14±8	-34±22	23±22

Примечание: ** - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$.

Однако у больных, госпитализированных в психиатрический стационар 4 и более раз (III группа), отмечалось относительное (до пониженного уровня) восстановление суверенности психологического пространства (23±22). Особенностью психологического пространства обследованных больных являлась пониженная, но стабильная, суверенность ценностей. По-видимому, именно за счет этого депривированные у больных I группы социальные связи (-36±25) по мере увеличения количества госпитализаций восстанавливали свой суверенитет (33±28 в группе II и 37±29 в группе III, различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$).

Показатели самоактуализации обследованных больных в основном находились на среднем уровне и практически не менялись ни по мере увеличения давности заболевания, ни с увеличением количества перенесенных психотических эпизодов или количества госпитализаций.

В то же время, у больных с длительностью заболевания свыше 5 лет достоверно уменьшался показатель ценностных ориентаций (в сравнении с аналогичным показателем в I группе ($p < 0,001$)), что означало нарастающие затруднения в возможности разделять ценности, присутствующие самоактуализирующейся личности, при этом показатель оставался в пределах среднего уровня.

В группе больных с большим количеством перенесенных психотических эпизодов несколько улучшался, оставаясь на среднем уровне, показатель компетентности во времени (7,1±2,1 в сравнении с 6,2±1,8 в I группе, различия статистически достоверны ($p < 0,05$)). Вероятно, психотический опыт пациентов в настоящем исследовании оказался способен в некоторой степени восстанавливать дискретность восприятия времени, влиять на умение ощутить полноту жизни в настоящий момент и на целостное восприятие жизни.

Показатели смысло-жизненных ориентаций у обследованных больных шизофренией также не зависели от изучаемых клинических показателей давности заболевания, кратности психотических эпизодов и госпитализаций.

В то же время, показатель осмысленности жизни (86,1±9,34) у обследованных больных, вне зависимости от длительности заболевания, кратности психотических эпизодов и госпитализаций, был достоверно ($p < 0,05$) снижен в сравнении с нормативным показателем (120,36 ±10,21). Это свидетельствовало о постепенной утрате смысла жизни больными, включенными в исследование. При этом соотношение элементов со временем касалось в основном затруднения целеобразования, что снижало осмысленность жизни, ее направленность и временную перспекти-

ву (показатель по субшкале 1 (цели в жизни) $27,2 \pm 12,5$ достоверно ($p < 0,05$) ниже в сравнении с нормативным $38,91 \pm 3,2$). Удовлетворенность прожитой частью жизни (показатель по субшкале 3 (результат жизни) $25,4 \pm 9,8$ в сравнении с нормативным $29,83 \pm 3,0$) и возможность испытывать полноту жизни, эмоциональную насыщенность и радость жизни (показатель субшкалы 2 (процесс жизни) $28,6 \pm 34,7$ в сравнении с нормативным показателем $35,95 \pm 4,06$) несколько снижались, но не обнаруживали достоверных различий с нормой ($p > 0,05$). Обследованные больные обнаруживали затруднения в возможности контроля над жизнью, что, соответственно, сказывалось на общем восприятии смысла. Больные обнаруживали некоторое снижение уверенности в собственных силах контролировать жизненные события и выстраивать цели в соответствии со своими представлениями о смысле жизни (показатель «локус контроля – Я» $18,4 \pm 8,43$ при норме $24,5 \pm 2,39$, различия статистически недо-

верны ($p > 0,05$)). При этом статистически достоверным ($p < 0,05$) было снижение показателя «локус контроля – жизнь» ($25,8 \pm 10,4$ в сравнении с нормативным $34,59 \pm 4,44$), что отражало убежденность пациентов в невозможности сознательного контроля над жизнью, свободы принятия решений и их воплощения.

Исследование показателей личностного опросника А. Джерсайлд, характеризующие в большей мере экзистенциальные переживания обследованного контингента, представлено в таблицах 4, 5.

При этом не было выявлено достоверных данных о влиянии длительности заболевания на выраженность таких показателей как одиночество, бессмысленность, свобода выбора, половой конфликт, враждебность, расхождение между идеальным и реальным Я, свобода воли, безнадежность и бездомность. Все указанные состояния личности имели слабую или умеренную выраженность (на уровне 1-3х баллов).

Таблица 4

Особенности экзистенциальных переживаний больных шизофренией в зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов

Показатели	I группа (1-3 эпизода) (n=21 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 4) (n=50 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Одиночество	$2,2 \pm 1,8$	$3,1 \pm 1,9$	0,044*
Бессмысленность	$2,7 \pm 1,9$	$2,8 \pm 2,1$	0,840
Свобода выбора	$2,5 \pm 2,3$	$3,7 \pm 1,9$	0,026*
Половой конфликт	$2,1 \pm 2,3$	$2,7 \pm 1,8$	0,212
Враждебность	$3,3 \pm 2,9$	$3,6 \pm 1,8$	0,574
Расхождение между идеальным Я и реальным Я	$2,1 \pm 1,7$	$2,7 \pm 1,6$	0,202
Свобода воли	$3,7 \pm 1,7$	$3,6 \pm 1,9$	0,822
Безнадежность	$2,8 \pm 2,1$	$3,1 \pm 1,7$	0,645
Бездомность	$2,2 \pm 2,5$	$2,6 \pm 1,9$	0,388

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$.

Как показано в таблице 4, по мере увеличения количества перенесенных психотических эпизодов у обследованных больных статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличивались показатели одиночества и свободы выбора (до $3,1 \pm 1,9$ и $3,7 \pm 1,9$ во II группе пациентов соответственно), не достигая при этом критических значений.

Больные с большим количеством госпитализаций в психиатрический стационар обнаруживали статистически достоверную ($p < 0,05$) тенденцию к нарастанию, хотя и в пределах умеренной выраженности, переживания свободы выбора. Это свидетельствовало о чувстве некоторой ограниченности возможности выбора в соответствии с их желаниями и потребностями,

некоторых затруднениях при необходимости защищать себя, пользоваться правом протеста против насилия, утверждать свое право на собственные мысли и желания, чувствовать себя свободным с правом быть самим собой в отношениях с окружающими, особенно с более авторитетными личностями.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

Депривированность психологического пространства оказывалась более характерной для больных с меньшей давностью заболевания, перенесших меньшее количество психотических эпизодов и реже госпитализировавшихся в психиатрический стационар.

Особенности экзистенциальных переживаний больных шизофренией в зависимости от количества госпитализаций в психиатрический стационар

Показатели	I группа (1 госп.) (n=18 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (2-3 госп.) (n=7 чел.) $\bar{X} \pm m$	III группа (4 и >) (n=46 чел.) $\bar{X} \pm m$
Одиночество	2,3±1,7	2,1±1,7	3,1±1,9
Бессмысленность	2,7±2,2	2,3±1,3	2,9±2,1
Свобода выбора (отношение к авторитету)	2,2±2,1*	3,7±2,6*	3,7±1,9*
Половой конфликт	1,9±2,3	2,6±1,9	2,7±1,9
Враждебность	3,4±2,5	3,1±2,0	3,5±2,2
Расхождение между идеальным Я и реальным Я	2,3±1,9	1,9±1,3	2,7±1,6
Свобода воли	3,9±1,5	3,6±2,1	3,5±2,0
Безнадежность	2,7±2,2	3,4±1,6	3,1±1,7
Бездомность	2,5±2,5	1,6±1,7	2,7±1,9

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$.

Показатели самоактуализации и компоненты смысло-жизненного пространства не зависели от изучавшихся клинических показателей, при этом все показатели были значительно ниже нормативного уровня.

Экзистенциальные показатели одиночества, бессмысленности жизни, безнадежности, враждебности были самыми низкими у больных с первым психотическим эпизодом и у пациентов, страдавших шизофренией менее 5ти лет. Увеличение количества госпитализаций сопровождалось сглаживанием экзистенциальных переживаний, что наряду с обретением суверенности границ психологического пространства не может не являться тревожным фактором, т.к. свидетельствует не о полноценной адаптации и социализации больных, а формирует своеобразный

«кокон» в больничной среде, «затуманивает» жизненные смыслы, что не может не усугубляться наличием когнитивных и эмоционально-мотивационных проблем этих пациентов.

То есть, проведенное исследование показало неравномерное воздействие заболевания на характеристики субъективного жизненного пространства больных шизофренией и продемонстрировало формирование отчуждения как результирующей деформированного болезнью субъективного жизненного пространства пациентов. Заболевание шизофренией и жизненный путь больного неизбежно затрагивают субъективное жизненное пространство в двух направлениях: изменении целостности личностных границ и в появлении и актуализации новых измерений психологического пространства.

Ряполова Т.Л.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, субъективное жизненное пространство, феноменологический подход, экзистенциальные переживания, самоактуализация, смысло-жизненные ориентации.

В статье представлены результаты исследования субъективного жизненного пространства 74 больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра (45 мужчин (60,8%) и 29 женщин (39,2%)) в возрасте от 18 до 55 лет. Актуальность исследования обоснована экстраполяцией принципов формирования субъективного жизненного пространства на проблемы больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра. Установлено, что депривированность психологического пространства оказывалась более характерной для больных с меньшей давностью заболевания, перенесших меньшее количество психотических эпизодов и реже госпитализировавшихся в психиатрический стационар. Показатели самоактуализации и компоненты смысло-жизненного пространства не зависели от изучавшихся клинических показателей, при этом все показатели были значительно ниже нормативного уровня. Экзистенциальные показатели одиночества, бессмысленности жизни, безнадежности, враждебности были самыми низкими у больных с первым психотическим эпизодом и у пациентов, страдавших шизофренией менее 5ти лет. Увеличение количества госпитализаций сопровождалось сглаживанием экзистенциальных переживаний, что наряду с обретением суверенности границ психологического пространства не может не являться тревожным фактором, т.к. свидетельствует не о полноценной адаптации и социализации больных, а формирует своеобразный «кокон» в больничной среде, «затуманивает» жизненные смыслы, что не может не усугубляться наличием когнитивных и эмоционально-мотивационных проблем этих пациентов.

Исследование показало неравномерное воздействие заболевания на характеристики субъективного жизненного пространства больных шизофренией и продемонстрировало формирование отчуждения как результирующей деформированного болезнью субъективного жизненного пространства пациентов. Заболевание шизофренией и жизненный путь больного неизбежно затрагивают субъективное жизненное пространство в двух направлениях: изменении целостности личностных границ и в появлении и актуализации новых измерений психологического пространства. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 49-57).

STRUCTURAL FEATURES OF THE SUBJECTIVE LIFE SPACE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS AND DISEASES OF THE SCHIZOPHRENIC SPECTRUM

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Key words: schizophrenia, subjective living space, phenomenological approach, existential experiences, self-actualization, sense-life orientations.

The article presents the results of a study of the subjective living space of 74 patients with schizophrenia and diseases of the schizophrenic spectrum (45 men (60.8%) and 29 women (39.2%)) aged 18 to 55 years. The relevance of the study is justified by extrapolation of the principles of the formation of the subjective vital space on the problems of schizophrenic patients and diseases of the schizophrenic spectrum. It was found that the deprivation of the psychological space was more characteristic for patients with a lesser prescription of the disease, who had fewer psychotic episodes and less often were hospitalized in a psychiatric hospital. The indicators of self-actualization and the components of the sense-living space did not depend on the clinical indicators studied, and all the indicators were significantly lower than the normative level. The existential indices of loneliness, the meaninglessness of life, hopelessness, hostility were the lowest in patients with the first psychotic episode and in patients who had schizophrenia less than 5 years. The increase in the number of hospitalizations was accompanied by a smoothing of existential experiences, which, along with gaining sovereignty of the boundaries of psychological space, can not but be an alarming factor, since Testifies not to full-fledged adaptation and socialization of patients, but forms a kind of "cocoon" in the hospital environment, "obscures" the vital meanings, which can not but be exacerbated by the presence of cognitive and emotional-motivational problems of these patients.

The study showed the uneven impact of the disease on the characteristics of the subjective life space of schizophrenic patients and demonstrated the formation of alienation as the resultant deformed disease of the subjective living space of patients. The disease of schizophrenia and the life path of the patient inevitably affect the subjective living space in two ways: changing the integrity of personal boundaries and in the emergence and actualization of new dimensions of psychological space. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 49-57).

Литература

1. Олпорт Г. Становление личности: Избранные труды / [Пер. с англ. Л. В. Трубицкой и Д. А. Леонтьева]; под общ. ред. Д. А. Леонтьева. - М.: Смысл, 2002. - 461 с.
2. Левин К. Теория поля в социальных науках / К. Левин. - С-Пб.: Речь, 2000. - 368 с.
3. Келли Дж. Теория личности. Психология личных конструкций / Дж. Келли. - С-Пб.: Речь, 2000. - 249 с.
4. Анцыферова Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. - 1993. - Т. 14, № 2. - С. 3-16.
5. Швалб Ю.М. К определению понятий среды и пространства жизнедеятельности человека // Экологическая психология: Хрестоматия / под ред. Ю.М. Швалба. - Киев: Сталкер, 2006. - С. 212-219.
6. Кондратова Н.А. Субъективная репрезентация жизненного пространства личности / Н.А. Кондратова / Автореф. дисс. на соискание уч. степ. кандидата психол. наук // Специальность 19.00.01 - Общая психология, психология личности, история психологии. - Москва, 2009. - 24 с.
7. Джемс У. Психология / У. Джемс. - М., 1991. - 368 с.
8. Калмыкова Е.С. Внутрличностные противоречия и условия их разрешения / Е.С. Калмыкова / Автореф. дисс. на соискание уч. степ. кандидата психол. наук // Специальность 19.00.01 - Общая психология, психология личности, история психологии. - М., 1986. - 26 с.
9. Лоренц К. Агрессия (так называемое зло) / К. Лоренц. - М., 1994. - 272 с.
10. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание / С.Л. Рубинштейн. - М., 1957. - 331 с.
11. Барышева Е.И. Соотношение понятий стиль жизни и субъективное жизненное пространство личности / Е.И. Барышева // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. - 2015. - № 3, Т.21. - С. 73-78.
12. Журавлев А.Л. Социально-психологическое пространство самоопределяющегося субъекта: понимание, характеристики, виды / А.Л. Журавлев, А.Б. Купрейченко // Вестник практической психологии образования: Научно-методический журнал. - 2007. - № 2 (11). - С. 7-13.
13. Ключко В.Е. Коммуникативная сфера как фактор становления ментального пространства человека / В.Е. Ключко // Менталитет и коммуникативная сфера в транзитивном обществе / под ред. В.И. Кабрина, О.И. Муравьевой. - Томск: Томский гос. ун-т, 2004. - С. 30-44.
14. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности» и его эвристические возможности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологическая наука и образование, 2002, № 1. - С. 35 - 42.
15. Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытие / С.К. Нартова-Бочавер. - Спб.: Питер, 2008. - 400с.
16. Валединская О.Р. Личное пространство человека и возможности его «измерения» / О.Р. Валединская, С.К. Нартова-Бочавер // Психология зрелости и старения. - М., 2002. - С. 60 - 77.
17. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. - М., 1996. - 344 с.
18. Нартова-Бочавер С.К. Новая версия опросника «Суверенность психологического пространства 2010» / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. - 2014. - №3, Т.35. - С. 105-119.
19. Сахаров Е.А., Ахмадуллина Э.Н. Связь психологической суверенности с особенностями психологического преодоления конфликтов у больных шизофренией / Е.А. Сахаров, Э.Н. Ахмадуллина // Практическая медицина. - 2009. - Т. 38, № 6. - С. 63-66.
20. Золотова М.А. Субъективная картина жизненного пути у людей с разным статусом психического здоровья / М.А. Золотова, М.В. Сапоровская // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2015. - Т. 21, № 4. - С.86-91.
21. Витютина Т.А. Социально-психологический контекст экзистенциальных переживаний больных шизофренией / Т.А. Витютина // Социальный психолог. - 2010. - № 2. - С. 80-95.
22. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология / Б.В. Зейгарник. Под ред. М.Р. Гинзбург. - М.: МПСИ, 2007. - 416 с.
23. Кемпинский А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. Пер. с польского А.А. Боричев. - СПб.: Ювента, 1998. - 293 с.
24. Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / Ю.Ф. Поляков. - М.: МГУ, 1991. - 254 с.
25. Алешина Ю.Е. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. Спецпрактикум по социальной психологии / Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. - 18 с.
26. Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентации (СЖО). 2-е изд./ Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2000. - 18 с.
27. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности / А.О. Прохоров. - М.: ПЕР СЭ, 2004. - 112 с.
28. Петри А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин // Пер. с англ. В.П. Леонова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 144 с.

Поступила в редакцию 10.04.2017