

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895.8:159.922+177.3

*Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., Студзинский О.Г., Тахташова Д.Р., Мельниченко В.В.***ОТЧУЖДЕНИЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ ЖИЗНЕННОЕ ПРОСТРАНСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, субъективное жизненное пространство, феноменологический подход, экзистенциальные переживания, отчуждение

Доминирующий в последние годы тренд доказательной медицины ставит во главу угла диагностического процесса операциональный подход, основанный на атеоретичной дименсиональной (измерительной) модели сущности психических расстройств и положенный в основу диагностических критериев международных классификаций болезни. В результате такого подхода была пересмотрена симптоматика психических расстройств и фактически упразднена общая психопатология в структуре клинической психиатрии: в большинстве современных американских и европейских руководств такого раздела вообще нет [1]. При очевидном преимуществе дименсионального подхода для унификации «клинического мышления» и получения достоверных результатов психофармакологических клинических исследований, исключительная операционализация диагностического поиска практически исключает фиксацию субъективных переживаний больного, способствует дегуманизации психиатрической практики и «к обнищанию психиатрии» [2-4]. В то же время, психическая жизнь больных шизофренией в ее субъективном измерении, независимо от прогресса нейробиологии, должна оставаться специфической областью интереса в психиатрии [5].

Формирование патогенетически обоснованной биопсихосоциальной модели сущности психических расстройств предполагает сочетанное использование и операциональной, и категориальной диагностики [1]. Категориальный подход основан на феноменологической характеристике психических расстройств и предполагает возможность проникновения в субъективный мир больного. Однако в реальной клинической практике врачами-психиатрами лишь периодически может использоваться подробное описание в истории болезни, в психическом статусе конкретных высказываний больных, которые могут

быть обозначены как феноменологические описания. Получение же ясных, точных и систематичных описаний тех или иных переживаний больного, лежащих в основе феноменологического исследования и основанных на самоописаниях пациентов, затруднено и практически не применяется. Современные больные шизофренией не только в силу имеющихся у них когнитивных и эмоционально-мотивационных проблем, но и в силу особенностей современного общества и образования, ориентированного на клиповое мышление в условиях нарастающего потока информации, испытывают естественные затруднения в самоанализе или репрезентации происходящего с ними. Поскольку тезис М. Bleuler (1980) о том, что шизофрения требует изучения жизни и индивидуальности больных [6], остается по-прежнему актуальным, а изучение субъективного опыта представляется многообещающей областью для исследований шизофрении [7], нами осуществлена попытка, взяв основу методологические принципы дименсионального подхода, предложить больным шизофренией стандартизованные опросники, направленные на изучение феноменологической структуры переживаний, в том числе, экзистенциальных, предположив, что стандартные формулировки помогут пациентам выразить субъективные переживания и обратиться к своему внутреннему миру. Ведь, по словам G. Stolz-Ingelath (2000), индивидуальное понимание пациента, стоящее недалеко от правды тонкое объяснение шизофрении, способствует уменьшению алиенации (отчуждения) больных [8].

Субъективное жизненное пространство некоторыми авторами понимается как когнитивно репрезентированный и психически переработанный реальный мир жизни человека [9]. Содержание жизненного пространства личности включает совокупность значимостей, «систему по-

зитивно, нейтрально или негативно окрашенных объектов или явлений, которые входят в систему взаимосвязей личности и среды» [10]. 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.

Деятельностно-смысловой подход Д.А. Леонтьева [11] и теоретические представления С. Мадди об отчуждении как об основе экзистенциального невроза [12] предлагают рассматривать отчуждение как нарушения в структуре взаимо-

отношений индивида с миром, проявляющегося в переживании смыслоутраты [13]. При этом в описание его входят и такие характеристики как ощущение бессмысленности существования, апатия, сочетающиеся со скукой, депрессией и притупленной эмоциональной реакцией (уплощением аффекта). Не являются такие же характеристики эмоционально-мотивационного снижения у больных шизофренией экзистенциальным переживанием смыслоутраты и отчуждения?

Целью настоящего исследования являлось определение взаимосвязей между отчуждением больных шизофренией и особенностями их субъективного жизненного пространства.

Материал и методы исследования

Исследование субъективного жизненного пространства и отчуждения проводилось у 74 больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра 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 задачами исследования, пациенты не распределялись по диагностическим рубрикам, поэтому в дальнейшем все обследованные больные обозначаются как «больные шизофренией».

В исследовании использовались клиничко-anamнестический, клиничко-психопатологический, социально-психологический методы и метод математической обработки результатов.

Клиничко-anamнестический 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) [14], самоактуализационного теста (САТ, Ю.Е. Алешина и соавт., 1987) [15], теста смысловых ориентаций (СЖО) Дж. Крамбо, Л. Махолик (1968) в адаптации Д.А. Леонтьева (2000) [16], личностного опросника А.Т. Джер-

сайлда (Personal Issues Inventory) [17] и опросника субъективного отчуждения для взрослых (ОСОТЧ-В, в адаптации Е.Н. Осина, 2010) [18],

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 $p < 0,05$ [19].

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование субъективного отчуждения больных шизофренией с различной продолжительностью заболевания, различной кратностью

психотических эпизодов и госпитализаций в психиатрический стационар представлено в таблицах 1-3.

Таблица 1

Субъективное отчуждение больных шизофренией в зависимости от давности заболевания

Показатели ОСОТЧ		I группа (до 5ти лет) (n=5 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 5ти лет) (n=69 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Отчуждение от работы	Вегетативность	23,3±17,96	45,3±27,5	0,048*
	Бессилие	24,0±31,6	45,4±26,9	0,094
	Нигилизм	36,3±24,2	55,9±25,8	0,148
	Авантюризм	23,7±33,2	49,1±21,8	0,018*
Отчуждение от общества	Вегетативность	28,0±21,9	44,9±27,7	0,189
	Бессилие	51,0±25,0	49,0±24,3	0,861
	Нигилизм	44,7±21,4	50,6±24,1	0,593
	Авантюризм	23,7±28,5	46,7±25,6	0,058
Отчуждение от других людей	Вегетативность	33,3±23,7	45,3±22,7	0,258
	Бессилие	44,7±36,9	48,5±23,7	0,739
	Нигилизм	31,0±28	43,9±22,4	0,226
	Авантюризм	34,0±38,6	49,1±24,3	0,203
Отчуждение от семьи	Вегетативность	31,3±39,1	47,7±25,7	0,187
	Бессилие	32,7±34,2	50,1±25,8	0,159
	Нигилизм	24,6±21,4	56,7±44,9	0,023*
	Авантюризм	20,0±18,1	44,5±27,1	0,035*
Отчуждение от самого себя	Вегетативность	33,3±30,9	47,6±26,1	0,245
	Бессилие	49,3±33,3	49,3±27,1	0,996
	Нигилизм	50,7±36,2	48,3±23,6	0,838
	Авантюризм	21,7±28,3	51,6±23,9	0,010*

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

При анализе отчужденности у больных с различной давностью заболевания обращала на себя внимание относительная сохранность взаимоотношений с окружающим миром у больных I группы с длительностью заболевания менее 5 лет при нарастании отчуждения по мере увеличения давности заболевания. Однако в коммуникациях с окружающими людьми у пациентов данной группы отмечался более высокий уровень отчужденности (36,25±23,6) с тенденцией к нарастанию общего показателя отчуждения от других людей в группе больных с длительностью заболевания свыше 5 лет (46,75±32,7).

В течение первых лет болезни пациенты сохраняли интерес к работе, и профессиональная деятельность входила в систему ценностей (средний балл отчуждения от работы в I группе пациентов 26,4±12,86). В группе больных с длительностью заболевания свыше 5 лет отмеча-

лось нарастание отчуждения от работы вплоть до неспособности поверить в истинность и ценность данного вида социальной активности (вегетативность в данной группе больных статистически достоверно ($p < 0,05$) превышала аналогичный показатель в I группе). В то же время, часть пациентов на фоне переживания бессмысленности жизни предпринимала компульсивные попытки приступить к работе, пусть даже не в соответствии со специальностью, что на фоне нарастающего эмоционально-мотивационного снижения расценивалось ими экстремальные действия и нашло отражение в достоверном ($p < 0,05$) повышении показателя авантюризма в отчуждении от работы у пациентов II группы (49,1±21,8) в сравнении с аналогичным показателем в I группе (23,7±33,2).

Во взаимоотношениях в семье пациенты обнаруживали относительную сохранность контак-

тов при длительности заболевания менее 5 лет ($27,5 \pm 18,7$) с нарастанием отчуждения при увеличении продолжительности болезни ($50,0 \pm 32,7$), причем в семьях больные II группы достоверно ($p < 0,05$) чаще занимали деструктивную позицию. При этом часть пациентов, на фоне отчуждения от семьи и восприятия бессмысленности ее существования, предпринимали неконструктивные попытки или наладить взаимоотношения, или

завести новую семью (авантюризм в показателе отчуждения от семьи в этой группе статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал аналогичный в группе I). Это могло быть свидетельством поиска реализации экзистенциальных переживаний во внутрисемейных контактах и являлось одним из оснований использования семейных ресурсов для реабилитационной поддержки больных шизофренией.

Таблица 2

Субъективное отчуждение больных шизофренией в зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов

Показатели ОСОТЧ		I группа (1-3) (n=17 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 4) (n=57 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Отчуждение от работы	Вегетативность	46,0±29,9	43,2±26,9	0,712
	Бессилие	35,9±24,5	46,3±28,2	0,151
	Нигилизм	49,4±24,0	56,1±26,6	0,331
	Авантюризм	49,4±28,8	46,8±21,8	0,684
Отчуждение от общества	Вегетативность	41,8±29,0	44,3±27,3	0,741
	Бессилие	41,2±20,1	51,5±24,9	0,090
	Нигилизм	46,6±20,9	51,3±24,7	0,445
	Авантюризм	37,9±25,5	47,4±26,3	0,196
Отчуждение от других людей	Вегетативность	43,1±22,1	44,9±23,2	0,769
	Бессилие	47,2±24,3	48,5±24,7	0,845
	Нигилизм	40,2±19,4	43,8±23,9	0,527
	Авантюризм	42,5±27,5	49,7±24,8	0,310
Отчуждение от семьи	Вегетативность	46,4±26,2	46,7±27,1	0,968
	Бессилие	39,9±24,9	51,5±26,7	0,110
	Нигилизм	38,4±21,7	59,3±48,4	0,014*
	Авантюризм	39,1±23,2	43,9±28,4	0,484
Отчуждение от самого себя	Вегетативность	41,9±21,9	48,1±27,7	0,344
	Бессилие	49,2±25,7	49,3±27,9	0,991
	Нигилизм	48,7±23,3	48,4±24,8	0,962
	Авантюризм	48,4±27,6	49,8±24,7	0,837

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

Анализ показателей отчуждения больных шизофренией в различных сферах социальной жизни в зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов представлен в таблице 2. Как видно из приведенной таблицы, вне зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов обследованные больные характеризовались умеренной отчужденностью от работы, общества, других людей, семьи и от самих себя, причем не наблюдалось тенденции к нарастанию отчуждения в группе больных, перенесших 4 более психотических эпизодов. Исключение составила отчужденность от семьи, где пациенты II группы занимали деструктивную позицию на фоне утраты смысла семейных отношений (различия показателя нигилизма в

отчужденности от семьи между группами статистически достоверны ($p < 0,05$)). Полученные данные могут быть основанием для использования семейной терапии уже на начальных этапах заболевания с целью профилактики дисгармонии внутрисемейных отношений больных шизофренией.

Количество госпитализаций в психиатрический стационар оказалось фактором, наиболее явно влияющим на отчужденность в различных сферах жизни у обследованных больных (табл.3). Несмотря на отсутствие достоверных различий при сравнении общего показателя отчужденности в выделенных группах ($40,7 \pm 23,6$ в группе I, $44,8 \pm 34,6$ в группе II и $49,35 \pm 32,9$ в группе III) очевидной являлась тенденция к на-

растанию субъективной изоляции пациентов, чаще госпитализированных в психиатрическую больницу. Нарастание отчуждения от работы проявлялось компульсивным поиском экстремальных видов деятельности (или несвойственной пациентам до заболевания) вследствие ощущения бессмысленности участия в

трудовой деятельности при попытках родственников предложить выйти на работу или же полным обесцениванием идеи занятости на рабочем месте (различия в показателях авантюризма и вегетативности в отчуждении от работы между группами статистически достоверны ($p < 0,05$)).

Таблица 3

Субъективное отчуждение больных шизофренией в зависимости от количества госпитализаций в психиатрический стационар

Показатели ОСОТЧ		I группа (1 госп.) (n=17 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (2-3 госп.) (n=9 чел.) $\bar{X} \pm m$	III группа (4 и >) (n=48 чел.) $\bar{X} \pm m$
Отчуждение от работы	Вегетативность	43,2±27,1*	42,9±30,5*	44,2±27,6*
	Бессилие	37,7±24,3	40,6±16,7	46,8±30,1
	Нигилизм	47,4±22,4	43,3±21,1	59,2±27,2
	Авантюризм	48,1±29,1*	46,2±20,1*	47,4±22,2*
Отчуждение от общества	Вегетативность	37,3±25,5	47,7±30,6	45,2±27,9
	Бессилие	43,1±24,3	39,5±13,3	53,1±25,1
	Нигилизм	45,2±20,5	58,6±18,9	50,4±25,6
	Авантюризм	36,2±23,5	53,9±19,6	46,7±27,7
Отчуждение от других людей	Вегетативность	40,3±21,1	45,4±18,2	45,9±24,3
	Бессилие	45,2±25,4	45,1±20,1	49,9±25,2
	Нигилизм	41,0±18,0	42,9±17,4	43,7±25,4
	Авантюризм	40,2±26,4	49,6±23,3	50,5±25,4
Отчуждение от семьи	Вегетативность	44,8±26,9	45,0±29,3	47,6±26,7
	Бессилие	36,9±24,9	45,8±19,2	53,7±27,3
	Нигилизм	38,2±20,9	42,5±16,7	62,6±51,8
	Авантюризм	39,5±23,1	39,4±22,1	44,6±29,6
Отчуждение от самого себя	Вегетативность	43,9±23,3	47,1±21,8	47,6±28,5
	Бессилие	46,5±25,3	46,2±21,5	50,9±29,2
	Нигилизм	47,5±24,3	40,4±12,2	50,4±25,8
	Авантюризм	47,0±26,3	46,4±19,3	51,0±26,2

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

Отчуждение от общества наиболее ярко проявлялось в группе пациентов, имевших 2-3 госпитализации в психиатрический стационар. Примерно с одинаковой частотой наблюдались деструктивное поведение (показатель авантюризма 53,9±19,6) и обесценивание идеи общественной жизни (показатель вегетативности 47,7±30,6). У больных III группы отчуждение от общества характеризовалось утратой веры в свои способности, однако осознание важности аспекта общественной жизни в основном сохранялось (показатель бессилия 53,1±25,1). Немаловажную роль в нарастании отказа от общественной жизни играла как стигматизирующая больных обстановка психиатрического стационара, так и наклеивание ярлыка психически больного со стороны общества. Поэтому участие пациентов в антистигматизационных программах, наряду со специфическими психотерапевтическими воз-

действиями, является важным фрагментом личностно-ориентированных подходов к оказанию помощи данному контингенту больных.

Нарастающее параллельно с кратностью госпитализаций отчуждение от семьи носило двоякий характер: переживание утраты веры в собственные возможности повлиять на семейную ситуацию при осознании важности семейных отношений и деструктивная позиция во взаимоотношениях с членами семьи как демонстрация убежденности в отсутствии смысла сохранения семьи (показатели бессилия и нигилизма в исследуемых группах 36,9±24,9, 45,8±19,2, 53,7±27,3 и 38,2±20,9, 42,5±16,7, 62,6±51,8 соответственно).

Таким образом, у обследованных больных шизофренией отчужденность наблюдалась в основном с сферах работы и семьи. На показатели отчуждения от работы оказывали влияние длительность заболевания и частота госпитализа-

ций в психиатрический стационар, отчуждение от семьи усугублялось и видоизменялось по мере нарастания давности заболевания, увеличения количества перенесенных психотических эпизодов и кратности госпитализаций. Полученные данные определяют точки приложения специфических и неспецифических личностно-ориентированных методов оказания помощи и поддержки больным шизофренией.

Результаты корреляционного анализа исследованных показателей представлены в таблицах 4-6.

Результаты корреляционного анализа исследованных показателей представлены в таблицах 4-6.

Таблица 4

Корреляционные связи показателей отчуждения и самоактуализации личности больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра

ОСОТЧ	САТ					
	Ценностные ориентации	Сензитивность	Синергия	Принятие агрессии	Креативность	Потребность в познании
Авантюризм	0,455** 0,008	0,477** 0,005	0,374* 0,032	0,383* 0,028	0,419* 0,015	0,533** 0,001
Нигилизм	0,122 0,498	0,257 0,149	-0,055 0,760	0,153 0,395	0,411* 0,017	0,281 0,114
Отчуждение от других	0,170 0,343	0,273 0,124	0,079 0,661	0,148 0,412	0,391* 0,025	0,185 0,303

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$; ** - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,001$.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить достоверные положительные корреляционные связи авантюризма как одной из форм отчуждения (по С. Мадди) с такими показателями самоактуализации как ценностные ориентации ($r=0,455$ при $p=0,008$), сензитивность ($r=0,477$ при $p=0,005$), синергия ($r=0,374$ при $p=0,032$), принятие агрессии ($r=0,383$ при $p=0,028$), контактность ($r=0,419$ при $p=0,015$) и познавательные потребности ($r=0,533$ при $p=0,001$). То есть, несмотря на глубинное переживание бессмысленности происходящего больные шизофренией способны на импульсивный поиск видов деятельности, зачастую не соответствующих их предболезненному роду занятий и профессиональной принадлежности (например, автослесарь по образованию предпринимает безрассудные, с точки зрения близких, попытки поступить на исторически факультет университета, мотивируя это имеющей место с подросткового возраста увлеченностью археологией). Способствуют этому способность разделять ценности, присущие самоактуализирующейся личности, сохраняющая способность отдавать себе отчет в собственных потребностях и чувствах, рефлексировать их, способность к целостному восприятию мира и пониманию связанности противоположностей, способность принимать свои раздражительность и гнев как естественные проявления человеческой природы, потребность к субъект-субъектному общению, потребность к приобретению знаний об окружающем мире. Т.о., чем сохраннее самоактуализация личности, тем

больше предпринимается попыток, пусть даже и безрассудных, преодолеть бессмысленность существования и отчуждения.

С другой стороны, сохранность потребностей в контактах с окружающими людьми обследованных больных приводила к нарастанию убежденности в отсутствии смысла вследствие деструктивных взаимоотношений с окружающими (достоверные, $p=0,017$, положительные корреляционные связи с нигилизмом как формой отчуждения, $r=0,411$) и, в конечном итоге, нарастанию отчужденности от других ($r=0,391$ при $p=0,025$). Подобная структура взаимоотношений с окружающими может быть связана как с особенностями феноменологической структуры эмоционально-волевой сферы пациентов, так и с предубежденным отношением к ним со стороны общества как проявлением стигматизации.

Выявленное при исследовании суверенности психологического пространства обследованного контингента больных снижение независимости в установлении социальных связей сочеталось с достоверными положительными корреляционными зависимостями от ряда показателей отчужденности. Снижение способности к самостоятельному налаживанию социальных контактов приводило к нарастанию восприятия бессмысленности жизни с деструктивными тенденциями (корреляции с нигилизмом $r=0,549$ при $p=0,001$), к компульсивному поиску жизненности в экстремальных видах деятельности (корреляции с авантюризмом $r=0,413$ при $p=0,017$) вплоть до неспособности поверить в истинность и цен-

ность любого вида деятельности (корреляции с вегетативностью $r=0,384$ при $p=0,027$). Привязанность к миру вещей, чрезмерная фиксация на личной собственности у респондентов могли провоцировать деструктивное и экстремальное поведение в поиске смысла жизни (достоверные ($p<0,05$) положительные корреляции между суверенностью мира вещей и показателями нигилизма ($r=0,354$) и авантюризма

($r=0,360$). Нарастание отчужденности в сферах работы, семьи, общения с другими усугубляло снижение суверенности и автономности в установлении социальных контактов и поиске близких людей (достоверные ($p<0,05$) положительные корреляционные связи между суверенностью социальных связей и отчуждением от работы ($r=0,413$), от других ($r=0,385$), от семьи ($r=0,355$)).

Таблица 5

Корреляционные связи показателей суверенности психологического пространства, самоактуализации и отчуждения у больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра

СПП	САТ				ОСОТЧ					
	Ценностные ориентации	Самоуважение	Представления о природе человека	Познавательные потребности	Бессилие	Нигилизм	Авантюризм	Отчуждение от работы	Отчуждение от других	Отчуждение от семьи
СПП	0,405* 0,019	0,220 0,219	0,298 0,093	0,155 0,389	0,155 0,389	0,287 0,105	0,163 0,364	0,236 0,186	0,081 0,653	0,165 0,359
СФТ	0,362* 0,038	0,355* 0,042	0,146 0,418	0,147 0,413	0,147 0,413	0,206 0,251	0,092 0,612	0,170 0,345	0,045 0,802	0,112 0,533
СТ	0,276 0,119	0,168 0,351	0,117 0,517	0,057 0,754	0,057 0,754	0,199 0,266	0,079 0,661	0,194 0,280	-0,006 0,974	0,145 0,422
СВ	0,331 0,060	0,193 0,281	0,266 0,134	0,146 0,419	0,146 0,419	0,354* 0,043	0,360* 0,04	0,262 0,140	0,224 0,210	0,317 0,072
СП	0,435* 0,011	0,226 0,207	0,355* 0,043	0,362* 0,039	0,359* 0,040	0,276 0,120	0,215 0,228	0,163 0,33	0,044 0,807	0,102 0,571
СС	0,170 0,345	0,002 0,990	0,246 0,167	0,128 0,478	0,384* 0,027	0,549** 0,001	0,413* 0,017	0,413* 0,017	0,385* 0,027	0,355* 0,043
СЦ	0,189 0,293	-0,040 0,826	0,390* 0,025	-0,073 0,685	-0,073 0,685	0,293 0,098	0,156 0,385	0,286 0,107	0,170 0,345	0,237 0,184

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p<0,05$; ** - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p<0,001$.

Весьма показательной с точки зрения экзистенциально-феноменологического подхода к пониманию субъективного жизненного пространства больных шизофренией является наличие достоверных ($p=0,025$) положительных корреляционных связей ($r=0,390$) между суверенностью ценностей обследованных больных и самоактуализационным показателем представлений о природе человека: суверенность ценностей сохраняется при наличии склонности к восприятию природы человека в целом как положительной («люди в массе своей скорее добры»).

В то же время, отсутствие насильственных попыток изменить привычный распорядок жизни (достоверные ($p<0,05$) положительные корреляционные связи ценностных ориентаций с суверенностью физического тела ($r=0,405$)

и привычек ($r=0,435$)), а также суверенность психологического пространства в целом ($r=0,405$ при $p=0,019$) определялись у обследованных пациентов их способностью разделять ценности, присущие самоактуализирующейся личности.

Наличие достоверных положительных корреляций между суверенностью физического тела и самоуважением ($r=0,355$ при $p=0,042$) свидетельствовало о роли физического комфорта и отсутствия насилия над отправлением физических потребностей в самоактуализирующей личности способности ценить свои достоинства и уважать себя за них. В то же время, депривация соматического комфорта может быть фактором, блокирующим самовосприятие и способствующим самоуничижению.

Корреляционные связи экзистенциальных личностных показателей, самоактуализации, отчуждения и суверенности психологического пространства у больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра

Показатели методики А. Джерсайлд	SAT	OCOTЧ				СПП				
	Познавательные потребности	Бессилие	Нигилизм	Отчуждение от работы	Отчуждение от общества	СПП	СФТ	СТ	СВ	СС
Одиночество	0,086 0,636	0,076 0,673	0,149 0,408	0,181 0,313	-0,070 0,697	0,199 0,266	0,136 0,449	0,268 0,132	0,156 0,386	0,350* 0,046
Бессмысленность существования	0,361* 0,039	0,375* 0,032	0,203 0,258	0,142 0,430	0,052 0,776	0,246 0,167	0,179 0,319	0,154 0,392	0,168 0,351	0,350* 0,046
Свобода выбора	0,082 0,651	0,153 0,397	0,152 0,400	0,219 0,220	0,004 0,985	0,111 0,537	0,027 0,884	0,082 0,650	0,124 0,490	0,418* 0,015
Половой конфликт	0,175 0,329	0,282 0,112	0,408* 0,018	0,282 0,111	0,319 0,070	0,258 0,147	0,304 0,086	0,183 0,307	0,180 0,316	0,236 0,186
Враждебный настрой	0,372* 0,033	-0,110 0,543	-0,017 0,927	0,010 0,955	-0,362* 0,039	0,093 0,606	0,111 0,538	0,118 0,514	0,016 0,931	0,034 0,851
Безнадежность	0,160 0,374	0,221 0,216	0,359* 0,040	0,423* 0,014	-0,323 0,066	0,264 0,138	0,311 0,078	0,335 0,057	0,203 0,258	0,308 0,082
Неприкаянность	0,6 0,76	0,23 0,2	0,15 0,4	0,11 0,53	0,06 0,75	0,470** 0,006	0,383* 0,028	0,402* 0,020	0,44* 0,010	0,459** 0,007

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$; ** - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,001$.

Экзистенциальные переживания больных шизофренией в проведенном исследовании обнаруживали умеренное количество корреляционных связей с показателями самоактуализации, отчуждения и суверенности психологического пространства. Достоверные положительные ($p < 0,05$) корреляционные связи между показателями одиночества и бессмысленности существования и суверенностью социальных связей ($r = 0,350$ в обоих случаях) могут отражать возможность попыток установления социальных контактов, которые, являясь непродуктивными, усугубляли переживания одиночества и бессмысленности жизни. При этом свобода выбора положительно коррелировала с автономностью в выборе друзей и знакомых ($r = 0,418$ при $p = 0,015$). Экзистенциальное переживание неприкаянности (бездомности по А. Джерсайлд) обнаруживало положительные корреляции как с суверенностью физического тела ($r = 0,355$ при $p = 0,028$), суверенностью территории ($r = 0,402$ при $p = 0,020$) и суверенностью мира вещей ($r = 0,44$ при $p = 0,010$), так и с суверенностью психологического пространства в целом ($r = 0,470$ при $p = 0,006$). Полученные данные позволяют думать о том,

что «размытость» психологического пространства больных шизофренией, его депривированность с попытками насильственного внедрения в соматическое благополучие, территориальную целостность и в мир вещей снижают экзистенциальные переживания одиночества и бессмысленности существования пациентов.

Потребность в познании как характеристика самоактуализирующейся личности респондентов положительно коррелировала с показателями бессмысленности существования ($r = 0,361$) и враждебного настроения ($r = 0,372$). Чем выше было у больных стремление к приобретению знаний об окружающем мире, тем больше они ощущали бессмысленность существования, тем чаще они трактовали окружающий мир как враждебный и проецировали собственный враждебный настрой на окружающих. Возможно, причиной этому являлись особенности когнитивного стиля обследованных пациентов в сочетании со стигматизирующими условиями существования их в окружающем мире.

Переживания безнадежности и полового конфликта стимулировали формирование деструктивных тенденций при наличии убежденности в

отсутствии смысла в жизни (достоверные ($p < 0,05$) положительные корреляции нигилизма и безнадежности ($r = 0,359$) и полового конфликта ($r = 0,408$)). Неспособность поверить в истинность и ценность любой реальной или воображаемой деятельности как наиболее тяжелая форма отчуждения был сопряжена с экзистенциальным переживанием бессмысленности существования ($r = 0,375$ при $p = 0,032$).

Парадоксальным, на первый взгляд, было наличие достоверной ($p = 0,039$) отрицательной корреляции между враждебным настроением у обследованных больных и отчуждением от общества ($r = -0,362$). Но, по-видимому, ощущение враждебности переживалось больными вне отрыва от социальных связей, проецируясь на людей или общество в целом с включением их в круг объектов негативной настроенности, что, соответственно, не позволяло пациентам пережить отчуждение как изоляцию или отверженность.

Ощущение безнадежности являлось одним из факторов переживания отчуждения, прежде всего, в сфере работы ($r = 0,423$ при $p = 0,014$). В то же время, отсутствие работы, переживание собственной несостоятельности и ненужности в профессиональной сфере усугубляло переживание безнадежности существования с болезнью.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

Проведенный корреляционный анализ позволил дать предварительную экзистенциально-феноменологическую оценку субъективного жизненного пространства больных шизофренией. Так, суверенность социальных связей являлась для обследованных больных шизофренией фактором, провоцирующим и усиливающим отчуждение от семьи, других людей и работы, что проявлялось нарастанием экзистенциальных переживаний бессилия, могло провоцировать безрассудные поступки, но, чаще, сопровождалось деструктивным поведением, провоцирующим конфликты в семье, с друзьями и, если они сохранялись, сотрудниками, т.е. суверенность социальных связей для больных шизофренией может являться признаком «уплотнения» границ в социальном контексте и быть феноменом аутизации и амбивалентности обследованных пациентов.

Экзистенциальное переживание неприкаянности, ненужности окружающему миру могло быть результатом и способствовать нарастанию депривированности социальных связей и психологического пространства в целом, в меньшей мере, но достаточно тесно, было связано с суверен-

ностью / депривированностью физического тела, территории и мира вещей, т.е. комфортное с точки зрения обывателя физическое, материальное, территориальное состояние больных переживалось ими как ненужное, брэнное. С точки зрения общей психопатологии это может рассматриваться как проявление гипобулии, но феноменологически означает экзистенциальное переживание неприкаянности пациентов.

Суверенность социальных связей обследованных больных носила двоякий характер: «уплотнение», определенность границ, с одной стороны, переживалось как ощущение одиночества, с другой – олицетворяло бессмысленность существования, что могло быть экзистенциально-феноменологической характеристикой аутизации пациентов и подтверждалось положительной корреляцией с переживанием феномена свободы выбора («я выбираю изоляцию при уверенности в наличии людей вокруг меня»).

Смысло-жизненные ориентации являлись наиболее существенным параметром субъективного жизненного пространства больных шизофренией, поскольку именно они в наибольшей степени влияли как на самоактуализацию пациентов, так и на их отчуждение. Фиксация пациентов на прошлой жизни являлась провоцирующим для формирования дискретности восприятия времени фактором. Переживание потери смысла жизни способствовало нарастанию отчуждения не только от общества, других людей и семьи, но и от себя самого. Утрата веры в возможность контроля над собственной жизнью, фатализм, формировали доминирующую стратегию отчуждения в виде отказа от каких-либо усилий по изменению ситуации и ощущение собственного бессилия перед окружающим миром.

Полученные результаты свидетельствуют не только возможности их использования при разработке реабилитационных и психотерапевтических рекомендаций для пациентов с шизофренией, но и определяют перспективы экзистенциально-феноменологических подходов в исследовании больных шизофренией с увеличением выборки испытуемых (в частности, пациентов с первым психотическим эпизодом), сравнительном анализом с больными, страдающими другими психическими расстройствами, а также здоровыми респондентами с учетом дополнительных параметров испытуемых (гендерно-возрастных, образовательных и пр.), расширением и дифференциацией экспериментально-психологического инструментария (в том числе с использованием проективных методик).

ОТЧУЖДЕНИЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ ЖИЗНЕННОЕ ПРОСТРАНСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, субъективное жизненное пространство, феноменологический подход, экзистенциальные переживания, отчуждение.

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. Исследование направлено на определение взаимосвязей между отчуждением больных шизофренией и особенностями их субъективного жизненного пространства.

Проведенный корреляционный анализ позволил дать предварительную экзистенциально-феноменологическую оценку субъективного жизненного пространства больных шизофренией. Так, суверенность социальных связей являлась для обследованных больных шизофренией фактором, провоцирующим и усиливающим отчуждение от семьи, других людей и работы. Экзистенциальное переживание неприкаянности, ненужности окружающему миру могло быть результатом и способствовать нарастанию депривированности социальных связей и психологического пространства в целом, в меньшей мере, но достаточно тесно, было связано с суверенностью / депривированностью физического тела, территории и мира вещей, т.е. комфортное с точки зрения обывателя физическое, материальное, территориальное состояние больных переживалось ими как ненужное, брэнное. С точки зрения общей психопатологии это может рассматриваться как проявление гипобулии, но феноменологически означает экзистенциальное переживание неприкаянности пациентов.

Суверенность социальных связей обследованных больных носила двоякий характер: «уплотнение», определенность границ, с одной стороны, переживалось как ощущение одиночества, с другой – олицетворяло бессмысленность существования, что могло быть экзистенциально-феноменологической характеристикой аутизации пациентов и подтверждалось положительной корреляцией с переживанием феномена свободы выбора («я выбираю изоляцию при уверенности в наличии людей вокруг меня»).

Смысло-жизненные ориентации являлись наиболее существенным параметром субъективного жизненного пространства больных шизофренией, поскольку именно они в наибольшей степени влияли как на самоактуализацию пациентов, так и на их отчуждение. Фиксация пациентов на прошлой жизни являлась провоцирующим для формирования дискретности восприятия времени фактором. Переживание потери смысла жизни способствовало нарастанию отчуждения не только от общества, других людей и семьи, но и от себя самого. Утрата веры в возможность контроля над собственной жизнью, фатализм, формировали доминирующую стратегию отчуждения в виде отказа от каких-либо усилий по изменению ситуации и ощущение собственного бессилия перед окружающим миром.

Полученные результаты свидетельствуют не только возможности их использования при разработке реабилитационных и психотерапевтических рекомендаций для пациентов с шизофренией, но и определяют перспективы экзистенциально-феноменологических подходов в исследовании больных шизофренией в увеличении выборки испытуемых (в частности, пациентов с первым психотическим эпизодом), сравнительном анализе с больными, страдающими другими психическими расстройствами, а также здоровыми респондентами, учете дополнительных параметров испытуемых (гендерно-возрастных, образовательных и пр.), расширении и дифференциации экспериментально-психологического инструментария (в том числе, использовании проективных методик). (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 4-14).

Ryapolova T.L., Golodenko O.N., Studzinsky O.G., Takhtashova D.R., Melnichenko V.V.

ALIENATION AND 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, alienation.

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 study is aimed at determining the relationship between the alienation of schizophrenic patients and the characteristics of their subjective living space.

The conducted correlation analysis allowed to give a preliminary existential-phenomenological assessment of the subjective life space of schizophrenic patients. So, the sovereignty of social ties was for the examined schizophrenic patients a factor provoking and increasing alienation from the family, other people and work. The existential experience of unrepentantness and uselessness to the surrounding world could be the result and contribute to the growth of deprivation of social ties and psychological space in general, to a lesser extent, but rather closely, was connected with the sovereignty / deprivation of the physical body, territory and world of things, i.e. Comfortable from the point of view of the philistine, the physical, material, territorial condition of the patients was experienced by them as unnecessary, perishable. From the point of view of general psychopathology, this can be considered as a manifestation of hypobulosis, but phenomenologically means the existential experience of the patient's aversiveness.

The sovereignty of the social connections of the patients examined was twofold: "condensation", the certainty of the borders, on the one hand, was experienced as a sense of loneliness; on the other, it embodied the meaninglessness of existence, which could be an existential phenomenological characteristic of patients' autolysis and was confirmed by a positive correlation with the experience of the freedom of choice phenomenon ("I choose isolation with confidence in the presence of people around me").

Sense-life orientations were the most significant parameter of the subjective life space of schizophrenic patients, since they exerted the greatest influence on both self-actualization of patients and their alienation. Fixation of patients in a past life was provoking to form a discreteness of perception of time by a factor. The experience of losing the meaning of life contributed to the growth of alienation not only from society, other people and the family, but also from oneself. The loss of faith in the possibility of control over one's own life, fatalism, formed the dominant strategy of alienation in the form of giving up any efforts to change the situation and feeling our own impotence in front of the world around us.

The obtained results not only testify to the possibility of their use in the development of rehabilitation and psychotherapeutic recommendations for patients with schizophrenia, but also determine the perspectives of existential-phenomenological approaches in the study of patients with schizophrenia in increasing the sample of subjects (in particular, patients with the first psychotic episode), comparative analysis with patients, suffering from other mental disorders, as well as healthy respondents, taking into account additional parameters of the subjects (gender, age, education, etc.), the expansion and differentiation of experimental psychological tools (including the use of projective techniques). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 4-14).

Литература

1. Коцюбинский А.П. Проблемы современной диагностики психических расстройств / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Ю.В. Мельникова, И.О. Аксенова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 2012. - № 4. - С. 7-11.
2. Andreasen N.C. DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences / N.C. Andreasen // Schizophr Bull. 2007. - Vol. 33. - N 1.-P. 108-1012.
3. Huber G. Psychopathology an exhausted mine? / G. Huber // Fortschr. Neurol. Psychiatr. - 2002. - Bd. 70, N 8. - S. 393-402.
4. Hojaij C.R. Reappraisal of Dementia Praecox: focus on clinical psychopathology / C.R. Hojaij // World J. Biol. Psychiatry. 2000. - Vol. 1, N 1. - P. 4354.
5. Slosarczyk M. Can psychiatry become neuropsychiatry? / M. Slosarczyk // Psychiatr. Pol. 2005. - T. 39, N 2. - С. 239-248.
6. Bleuler M. Chronicity or chronification among our schizophrenics / M. Bleuler // Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr. 1980. - Vol. 126, N 2. - P. 245-253.
7. Parnas J. Clinical detection of schizophrenia-prone individuals: critical appraisal / J. Parnas // Br. J. Psychiatry. 2005. - Vol. 48, Suppl. - P. 111-112.
8. Slolz-Ingelath G. Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of schizophrenia in 1911 / G. Stolz-Ingelath // Med. Health Care Philos. 2000. - Vol. 3, N 2. -P. 153-159.
9. Анцыферова Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. - 1993. - Т. 14, № 2. - С. 3-16.
10. 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.
11. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2007. - 511 с.
12. Maddi S.R. The Existential Neurosis / S.R. Maddi // Journal of Abnormal Psychology, 1967. - Vol. 72, No. 4. - P. 311-325.
13. Осин Е.Н. Смыслоутрата как переживание отчуждения: структура и диагностика / Е.Н. Осин // Автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. психол.н. Специальность 19.00.01 «Общая психология, психология личности и история психологии». - Москва, 2007. - 25 с.
14. Нартова-Бочавер С.К. Новая версия опросника «Суверенность психологического пространства 2010» / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. - 2014. -№3, Т.35. - С. 105-119.
15. 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.
16. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентации (СЖО). 2-е изд./ Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2000. — 18 с.
17. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности / А.О. Прохоров. - М.: ПЕР СЭ, 2004. - 112 с.
18. Осин Е.Н. Опросник субъективного отчуждения / Е.Н. Осин. - М.: Смысл, 2010. - 98 с.
19. 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 24.05.2017