

УДК: 616.895.8 - 036.6:159.94

*Коваленко С.Р., Рязанцев Р.Е., Кравченко М.О.***ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ СТРАТЕГИЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, личностный потенциал, саморегуляция, контроль за действием, толерантность к неопределенности, ориентация на действие, ориентация на состояние

Изменения личности под воздействием различных факторов, в том числе психических расстройств (например, шизофрении), достаточно многообразны. Человек является целостной личностью только тогда, когда он имеет доступ ко всем своим личностным ресурсам, осознает и принимает себя во всем индивидуальном ценностно-смысловом своеобразии. Целостность личности определяется единством и взаимосвязью всех составляющих личностного потенциала. В свою очередь, личностный потенциал – это системная организация устойчивых индивидуально-психологических характеристик целостной личности, поддающихся целенаправленному развитию и изменению. Личностный потенциал является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является феномен самодетерминации личности, то есть осуществление деятельности в относительной свободе от заданных условий этой деятельности, – как внешних, так и внутренних, под которыми понимаются биологические, в частности, телесные, предпосылки, а также потребности, характер и другие устойчивые психологические структуры [1].

Шизофрения является прогрессивным психическим заболеванием, которое характеризуется диссоциативностью психических функций, т.е. утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение) и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами. В картине шизофренического психоза и в непсихотических дефектных стадиях болезни выявляется типичная дискордантность психических функций – рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, моторики, своеобразное расщепление.

Диссоциативность психических функций придает особую «шизофреническую» окраску всему поведению больных, а также затрагивает личность больного и, соответственно, личностный потенциал [2].

В структуру личностного потенциала входят такие составляющие как личностная автономия, оптимизм, самоэффективность, толерантность к неопределенности, жизнестойкость, контроль за действием, рефлексивность, субъективная vitalность, психологическое и социальное благополучие. Все эти составляющие, так или иначе, относятся к ресурсам саморегуляции жизнедеятельности каждого индивида. В данной работе исследовались личностные стратегии саморегуляции. Стратегии саморегуляции – это особая разновидность устойчивых личностных диспозиций, способностей, направленности поведения, способов управления собственной произвольной активностью по отношению к внешним ситуациям и внутренним переживаниям; объект нашего осознанного выбора.

Понятия регуляции и саморегуляции применительно к любой динамической системе или процессу означают управление их параметрами в соответствии с заданными критериями; это управление осуществляется на основе регулярно поступающей в реальном времени информации о текущих параметрах как самой системы, так и окружения, с которым система взаимодействует. Таким образом, именно в понятии регуляции такие функции, как поддержание стабильности, самосохранение системы, с одной стороны, и адаптация системы к внешним условиям – с другой, оказываются объединены, выступают как две тесно взаимосвязанные стороны единого процесса. В последнее время проблематика регуляции и саморегуляции получила интенсивное развитие в русле деятельностного подхода в исследовании личности [1].

Ключевые моменты личностной регуляции —

это осознанное постижение и обретение собственных потенциальных возможностей, а также произвольный выбор своего пути самореализации, принятие ответственности за сделанный выбор. Без этого недоступна активность в раскрытии психических, психофизиологических возможностей и в достижении социально или лично значимых целей, жизненных перспектив и общечеловеческих ценностей.

Нарушения саморегуляции играют особую важную роль в осуществлении познавательной деятельности, эти нарушения выражаются в невозможности целенаправленной организации своих мыслительных процессов. Некоторые формы нарушения мышления невозможно объяснить без привлечения представлений о саморегуляции: они должны рассматриваться как проявления нарушения осознания и подконтрольности своих мыслительных процессов. Подобные формы нарушения познавательных процессов не затрагивают осуществления логических операций: больным могут оказаться доступными некоторые задания, требующие развитого абстрактного мышления. Однако в условиях необходимости организации своих действий (в ситуациях неопределенности, выбора, затруднения, конфликта) эти больные оказываются неспособными к осуществлению целенаправленной деятельности. Например, такие нарушения динамики мышления, как расплывчатость, нецеленаправленность, являются, по сути, выражением дезорганизации мышления [3].

Контроль за действием – это уровень регуляции собственной активности (волевых усилий личности), опосредующих реализацию принятых намерений. Согласно теории контроля за действием Юлиуса Куля (1978) существует два типа волевой регуляции процесса реализации намерения в действии: самоконтроль и саморегуляция. Саморегуляция характеризуется большей погруженностью субъекта в процесс деятельности, меньшей подверженностью интерферирующему влиянию конкурирующих намерений, а также непроизвольностью и большей эффективностью функционирования стратегий волевого контроля. В целом ориентация на действие способствует реализации намерения в действии. Самоконтроль характеризуется преобладанием в сознании субъекта персеверирующих мыслительных процессов, относящихся к прошлому, настоящему или будущему субъекта, соответственно, большей подверженностью интерферирующему влиянию конкурирующих намерений, а также меньшей эффективностью функционирования

стратегий волевого контроля. В целом ориентация на состояние препятствует реализации намерения в действии.

На эффективность процесса контроля за действием влияют две прямо противоположные ориентации субъекта деятельности: на действие и на состояние. Ориентация на действие определяется как когнитивная активность, фиксированная на деятельностных альтернативах и программах и необходимая для преодоления несоответствия между актуальным и будущим состоянием в процессе реализации намерения. Ориентация на состояние определяется как когнитивная активность, фиксированная либо на настоящем, либо на прошлом, либо на будущем состоянии субъекта деятельности, и проявляющаяся в виде так называемой персеверации или инерции когнитивных образований. Теория Куля выступила примером функционального подхода в объяснении личностной феноменологии, связанной с самоуправлением: содержание сознания, образ себя является производной от успешной/неуспешной деятельности, а не наоборот. Исходя из данного принципа, не низкая мотивация и негативные представления о себе приводят, например, к депрессии и беспомощности, а наоборот, являются следствием неудач [4].

При изучении толерантности к неопределенности следует отметить, что в научном обиходе параллельно сосуществуют два понятия: «толерантность к неопределенности» и «интолерантность к неопределенности». Толерантность к неопределенности – позитивное отношение личности к ситуации неопределенности, неоднозначности (множественного выбора); отношение к ситуации неопределенности как к неизбежности, которую надо уметь пережить, справиться. Интолерантность к неопределенности – способность воспринимать неопределенную информацию как угрозу или разновидность психологического дискомфорта.

Представители западной научной школы рассматривают толерантность к неопределенности как личностную переменную, индивидуальную предрасположенность, способность, относимую к когнитивной и эмоционально-волевой сферам, тенденцию восприятия, культуральную составляющую, разброс реакций и характеристику индивидуальной саморегуляции.

Отечественные ученые в большей степени склонны рассматривать толерантность к неопределенности (ТН) как одну из разновидностей феномена толерантности, либо использовать для ее определения понятия «когнитивный стиль».

Имеет место также понимание ТН как способности, личностной характеристики, свойства личности, латентной переменной и социально-психологической установки[5].

Цель данной работы заключалась в исследовании

личностных стратегий саморегуляции, в частности, уровня толерантности к неопределенности и реализации собственных намерений (контроль за действием) у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

### Материал и методы исследования

Было обследовано 60 больных в возрасте 18-60 лет с расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Среди них лица мужского пола составили 60% (36 чел.), лица женского пола 40% (24 чел.). Распределение пациентов по диагностическим категориям МКБ-10 было следующим: параноидная шизофрения, непрерывный тип течения (F20.00) – 43 человека, шизоаффективное расстройство (F25) – 7 человек, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 5 человек, параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения (F20.01) – 2 человека, острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 2 человека, шизотипическое расстройство (F21) – 1 человек. В данном исследовании основным критерием распределения больных по группам была длительность заболевания, менее 5 лет и более 5 лет соответственно. Количество пациентов с длительностью заболевания менее 5 лет составило 38,3% (23 чел.), более 5 лет – 61,7% (37 чел.).

Для исследования контроля за действием использовалась методика контроля за действием Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина. Пункты методики группируются в три шкалы: «контроля за действием при планировании», «контроля за действием при реализации», «контроля за действием при неудаче». Высокие оценки (более 6 баллов) по каждой из шкал означают ориентацию на действия (ОД). Ориентированные на действие люди не обнаруживают на уровне переживаний каких-либо мыслей и эмоций, которые могли бы помешать реализации намерения. ОД-субъекты осуществляют регуляцию намеренно-

го действия произвольно: действие, основанное на полноценном намерении, управляется как бы само по себе и не требует постоянного контроля со стороны сознания. Низкие оценки (6 баллов и меньше) по каждой из шкал означают ориентацию на состояние (ОС). Такие люди испытывают трудности инициирования действия, повторяющиеся мысли по поводу незавершенных намерений или свершившихся неудач, обладают слабой интуицией, часто подвержены аlienации (отчуждению, ощущению внутренней несвободы, отсутствия удовольствия от самого процесса активности, ограничения возможности произвольно индуцировать, прекращать, изменять и направлять действия).

Для исследования толерантности к неопределенности использовалась Шкала толерантности к неопределенности МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина. Методика направлена на измерение склонности личности к жесткой регламентации жизни и полной известности происходящего, либо открытости и неопределенности. Опросник представлен 6 субшкалами, которые измеряют деятельностно-смысловой компонент толерантности к неопределенности. Субшкалы сгруппированы по трем типам стимулов (Отношение к новизне (ON); Отношение к сложным ситуациям (OSZ); Отношение к неопределенным ситуациям (ONS)), по двум типам отношения (Предпочтение неопределенности (PN); Толерантность к неопределенности (TN)), а также предусматривает определение общего балла (O).

При разделении на группы в зависимости от длительности заболевания сравнение проводилось с помощью t-критерия Стьюдента. Все расчеты производились в таблицах Microsoft Excel 2010.

### Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании контроля за действием были получены следующие результаты. Исходя из средних результатов в сфере планирования собственных действий ( $6,73 \pm 2,94$ ), реализации намерений ( $6,1 \pm 2,33$ ) и переживании неудачных действий ( $7,2 \pm 2,46$ ) испытуемые были

ориентированы на действие. Однако, если рассматривать каждую сферу контроля за действием, в частности, то на действия были ориентированы: при планировании 68,3% (41 человек), при реализации намерений 60% (36 человек), переживании собственных неудач 71,6%

(43 человека) респондентов соответственно. На состояние, в свою очередь, были ориентированы: при планировании 31,7% (19 человек), при

реализации 40% (24 человека), при переживании неудач 28,4% (17 человек) испытуемых (табл. 1).

Таблица 1

**Общие результаты исследования контроля за действием у больных шизофренией (методика Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина)**

Контроль за действием	$\bar{X} \pm m$	Кол-во испытуемых ОД	Кол-во испытуемых ОС
Планирование	6,73±2,94	68,3% (41 чел.)	31,7% (19 чел.)
Реализация	6,1±2,33	60% (36 чел.)	40% (24 чел.)
Неудача	7,2±2,46	71,6% (43 чел.)	28,4% (17 чел.)

Из приведенных выше данных следует, что в основном группа испытуемых была ориентирована на действие – в достаточной мере проявляли инициативность, общую способность предоставить необходимую энергию для планирования и инициации действий, будь то свои или чужие цели, волевою активностью, способность поддерживать энергию для исполнения намерений, устранять отвлекающие моменты, препятствовать внешним и внутренним раздражителям, ориентацию на действие в сложных ситуациях, в условиях сильного давления. Также они были ориентированы на конструктивное преодоление неудач, были способны учитывать свои ошибки и учиться на них, согласовывать

ожидания других и своих собственных целей. Однако нельзя не заметить, что, несмотря на положительные в среднем результаты по группе, значительная часть испытуемых были ориентированы на состояние. А стало быть, эти респонденты испытывали трудности инициирования действия (даже при актуализации мотива и наличии цели), имели повторяющиеся мысли по поводу незавершенных намерений (которые в данный момент не могут быть реализованы) или свершившихся неудач (когда уже ничего нельзя изменить).

В таблице 2 приведены средние показатели по шкалам толерантности к неопределенности у испытуемых.

Таблица 2

**Средние значения толерантности к неопределённости у больных шизофренией (шкала толерантности МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина)**

Шкала	Средние показатели $\bar{X} \pm m$	Средние значения по шкале
Отношение к новизне	13,18±3,61	13,92
Отношение к сложным задачам	27,92±5,61	33,64
Отношение к неопределённым ситуациям	38,57±7,44	38,57
Предпочтение неопределённости	40,82±11,31	52,61
Толерантность к неопределённости	38,53±10,09	47,4
Общий балл	79,22±13,16	100

Общий балл толерантности (79,22±13,16 балла) свидетельствовал о том, что респонденты неспособны в достаточной мере осознавать и принимать сложность, неоднозначность и непредсказуемость окружающего мира, мириться с ней и учитывать ее в своих действиях; они склонены подходить шаблонно, склонны к стереотипам. Опрошенные плохо воспринимали новые тенденции и веяния

(13,18±3,61 балла), отмечали трудности при решении сложных проблем (27,92±5,61 балла), не переносили неопределённые ситуации (38,57±7,44 балла). В то же время, показатель предпочтения неопределенности (40,82±11,31 балла) был несколько выше, чем показатель толерантности к неопределенности (38,53±10,09 балла).

В таблице 3 представлены результаты иссле-

дования контроля за действием при распределении респондентов на основную группу и груп-

пу сравнения по критерию длительности психического расстройства.

Таблица 3

**Сравнения уровня контроля за действием у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания (методика Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина)**

Контроль за действием	Длительность заболевания более 5 лет ( $\bar{X} \pm m$ )	Длительность заболевания менее 5 лет ( $\bar{X} \pm m$ )	t-критерий Стьюдента, р
Планирование	6,59±3,01*	6,68±2,93*	0,02
Реализация	5,86±2,44	6,41±2,15	0,17
Неудача	6,78±2,63	7,82±2,08	0,31

Примечание: \* - различия между группами статистически достоверны.

Анализируя данные этих двух групп, можно отметить тенденцию к снижению показателей всех сфер контроля за действием при длительности заболевания более 5 лет в сравнении с аналогичными показателями группы пациентов с длительностью заболевания менее 5 лет. Однако в сферах реализации намерений и преодоления неудач не было найдено достоверных различий, в отличие от сферы планирования собственных действий. Следо-

вательно, чем дольше человек болеет шизофренией, тем больше трудностей он испытывает в поиске решения сложившейся сложной жизненной ситуации, или может быть утрачена способность к действию как в напряженных условиях, то есть под нагрузкой, так и в ненапряженных условиях.

В таблице 4 представлены показатели толерантности к неопределенности в аналогичных группах сравнения.

Таблица 4

**Сравнения уровня толерантности к неопределённости у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания (шкала толерантности МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина)**

Шкала	Длительность заболевания более 5 лет ( $\bar{X} \pm m$ )	Длительность заболевания менее 5 лет ( $\bar{X} \pm m$ )	t-критерий Стьюдента р
Отношение к новизне	13,21±3,99*	13±2,97*	0,04
Отношение к сложным задачам	28,11±6,52	27,61±3,84	0,06
Отношение к неопределённым ситуациям	39,46±8,31	37,13±5,56	0,23
Предпочтение неопределённости	42,11±10,58	38,74±12,35	0,21
Толерантность к неопределённости	37,57±9,99	40,09±10,28	0,18
Общий балл	79,46±13,87	78,83±12,24	0,04*

Примечание: \* - различия между группами статистически достоверны.

В отличие от контроля за действием, при исследовании толерантности к неопределенности можно говорить о тенденции к увеличению всех показателей (кроме пункта «толерантности к неопределенности») при длительности заболевания более 5 лет. При этом статистически достоверные различия были найдены в пунктах «отношение к новизне» и общем балле толерантности к неопределенности. Следовательно, люди, дли-

тельно страдающие шизофренией, ввиду образа своего жизненного уклада, с течением времени позитивней относятся к изменениям в своей жизни, легче воспринимают смену обстановки, неоднозначность и непредсказуемость окружающего мира, а также мирятся с ней.

Таким образом, шизофрения, являясь тяжелым психическим расстройством, оказывает влияние на личность пациента в целом, а также

на стратегии саморегуляции жизнедеятельности в частности. Исходя из результатов проведенного исследования, можно говорить о том, что при большей давности заболевания у больных с шизофренией снижается уровень контроля за действием в сфере планирования, со временем больным становится сложнее планировать свою деятельность, они начинают негативно воспринимать возникшее неблагоприятное положение дел и оказываются при этом скованными как внешне, так и внутренне, что мешает им думать о возможных действиях, которые могли

бы вывести их из этого состояния. Что касается такой стратегии саморегуляции как толерантность к неопределенности, напротив, полученные результаты указывают на то, что большая продолжительность заболевания «закаляет» этот компонент личностного потенциала, и пациенты со временем легче относятся к любым новым веяниям, которые подстерегают их на жизненном пути. На наш взгляд, эта тенденция отражает выраженное снижение критичности больных шизофренией и их способности к адекватной оценке происходящего.

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

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ СТРАТЕГИЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.

Ключевые слова: шизофрения, личностный потенциал, саморегуляция, контроль за действием, толерантность к неопределенности, ориентация на действие, ориентация на состояние.

Изменения личности под воздействием различных факторов, в том числе психических расстройств (шизофрении), достаточно многообразны. Цель данной работы заключалась в исследовании таких личностных стратегий саморегуляции у больных, страдающих шизофренией, как уровень толерантности к неопределенности и реализации собственных намерений (контроль за действием). Исходя из результатов исследования, можно говорить о том, что при длительном воздействии на личность такого заболевания как шизофрения снижается уровень контроля за действием в сфере планирования, со временем пациентам становится сложнее планировать свою деятельность, они начинают негативно воспринимать возникшее неблагоприятное положение дел и оказываются при этом скованными как внешне, так и внутренне, что мешает им думать о возможных действиях, которые могли бы вывести их из этого состояния. Что касается такой стратегии саморегуляции как толерантность к неопределенности, напротив, полученные результаты указывают на то, что большая продолжительность заболевания «закаляет» этот компонент личностного потенциала, и пациент, со временем, легче относится к любым новым веяниям, которые подстерегают его на жизненном пути. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 46-51).

*Kovalenko S.R., Ryazantsev R.E., Kravchenko M.O.*

## **INVESTIGATION OF THE SELF-REGULATORY PERSONAL STRATEGIES FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH VARIOUS DURATION OF DISEASE**

Donetsk National Medical University named after M. Gorky.

Keywords: schizophrenia, personality potential, self-regulation, control over action, tolerance to uncertainty, orientation to action, orientation to the state.

Changes in personality under the influence of various factors, including mental disorders (schizophrenia), are quite diverse. The purpose of this work was to study personal self-regulation strategies in patients with schizophrenia. In particular, the study of the level of tolerance to uncertainty and the realization of one's own intentions (control over the action). Based on the results of the study, we can say that with prolonged exposure to the personality of such a disease as schizophrenia, the level of control over the action in the planning of one's own actions decreases; over time, it becomes more difficult for patients to plan their activities, they begin to negatively perceive the unfavorable situation and this constrained both externally and internally, which prevents them from thinking about possible actions that could lead them out of this state. With regard to such a strategy of self-regulation as tolerance to uncertainty, on the contrary, the results indicate that the long duration of the disease "hardens" this component of personal potential, and the patient, over time, is easier to treat any new trends that lie in wait for him on the path of life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 46-51).

### *Литература*

1. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции / Д.А. Леонтьев // Личностный потенциал. Структура и диагностика - Москва: Смысл, 2011. — 82 с.
2. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии / А.В. Снежневский - Москва: Медицина, 1983. — 299 с.
3. Зейгарник Б.В. Нарушение процесса саморегуляции познавательной деятельности / Б.В. Зейгарник // Патопсихология - Москва: Издательство Московского университета, 1986 - С. 141-142.

4. Васильев И.А. Контроль за действием как составляющая личностного потенциала / И.А. Васильев, О.В. Митина, С.А. Шапкин // Личностный потенциал. Структура и диагностика. Под редакцией Д.А. Леонтьева. - Москва: Смысл, 2011. — С. 262-288.
5. Гусев А.И. Толерантность к неопределенности как составляющая личностного потенциала / А.И. Гусев // Личностный потенциал. Структура и диагностика - под редакцией Д.А. Леонтьева. - Москва: Смысл, 2011. — С. 239-261.

Поступила в редакцию 21.04.2017