

*О.И. Осокина***ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ ИХ ЖИЗНИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экзистенциальный потенциал, экзистенциальная исполненность, шизофрения, экзистенциально-личностная реабилитация

Жизнь человека с психическим расстройством, которая начинается с момента его первой госпитализации, получения им психиатрического диагноза и постановки на диспансерный учет, кардинально отличается от жизни до болезни. Острый кризис, сопровождающий пациента в период психотического состояния, связанный с дезинтеграцией психической жизни человека, потерей пространственно-временных ориентиров и связанности объектов окружающего мира, сменяется хроническим состоянием дистресса в постпсихотический период, когда в жизнь человека входят связанные с болезнью ограничения и социальная стигма. Переживание человеком кризиса на всех уровнях – когнитивном, эмоциональном, ценностно-смысловом и социальном – в значительной степени отражается на его личностной идентичности, душевном состоянии, деятельности, мировоззрении и удовлетворённости своей жизнью. Опыт психотических переживаний, связанный с нарушением чувства времени, пространства, взаимодействия с миром и связи с ним, страха перед исчезновением целостности, связанности и структуры своего «Я», и окружающего, перед появлением характерных для психотической реальности феноменов (галлюцинаций, отчуждения, автоматизмов, навязчивостей и др.) и невозможности контролировать и упорядочить происходящее – отражается на дальнейшей жизни человека, вызывая в нем чувство недоверия миру (в котором когда-то были потеряны точки опоры), окружающим людям (от которых во время психоза исходила угроза для жизни больного шизофренией человека) и самому себе, своей психической жизни, которая в психотический период была способна существовать отдельно, автономно от человека, вне контекста целостности. Потеря базового доверия миру и самому себе значительно отражается на жизнедеятельности человека, перенесшего кризис психотической реальности, и при-

обретшего опыт столкновения с психиатрической службой. Возвращение этого доверия является основой для полноценной жизнедеятельности, актуализации своего потенциала, восстановления и поиска своей идентичности, и целостности, а также личностного выздоровления после болезни [1].

Человек, получивший психотический опыт и имеющий опыт потребителя психиатрических услуг, несмотря на отсутствие проявлений психической болезни, продолжает испытывать личностный кризис, который связан с:

1. Невозможностью целостного восприятия своего «Я» (своей идентичности), негативными установками по отношению к своим внутренним ресурсам, возможности полноценного функционирования в различных социальных сферах жизни [2].

2. Появлением чувства неполноценности, недоверия себе, своим мыслям, чувствам, заниженной самооценки. Неуверенность в себе приводит к неспособности вести самостоятельную жизнь и достигать значимых целей.

3. Отсутствием доверия значимым людям и миру в целом, потерей эмоциональной глубины социальных контактов, сложности установления подлинных, близких взаимоотношений [3].

4. «Примеркой» на себя роли пациента и тех негативных установок, которые существуют в обществе относительно психически больных людей (самостигматизация), которые приводят к потере чувства собственного достоинства, самоуважения, своей ценности, значимости и самоидентичности [4].

5. Невозможностью принятия и интеграции полученного психиатрического опыта в общий жизненный опыт, что заставляет делить прожитую жизнь на «до» и «после» болезни, и мешает человеку чувствовать целостность, непрерывность и полноту своей жизни.

Личностный кризис, переживаемый больным

шизофренией человеком, тесно переплетается с экзистенциальным кризисом, что, с одной стороны, связано с актуализацией в период психоза экзистенциальных составляющих бытия (конфронтация со смертью, изоляцией, смыслом), с другой – глобальной перестройкой всей ценностно-смысловой системы в постпсихотический период, что сопровождается переосмыслением человеком основных ценностей своей жизни, и частой блокировкой самоактуализации, дальнейшего личностного развития, утратой смысла дальнейшей деятельности и жизни в целом, из-за обесценивания своих возможностей, отсутствия веры в свои силы и сложность осуществления выборов, и принятия ответственных для своей жизни решений. Распад целостности прежних ценностно-смысловых структур после начала психической болезни, при отсутствии их адекватного переосмысления и построения новой системы ценностей и смыслов, приводит к невозможности формирования личных целей, выбор которых всегда основан на ценностных ориентирах и смыслах [5,6].

Недостаточная уверенность в себе, низкая самооценка и снижение мотивационного компонента деятельности, не позволяют человеку делать осознанный выбор одной, наиболее актуальной для него возможности, намечать стратегии ее реализации, делать первый шаг на пути к намеченной цели, и осознавать ту ответственность, которая присуща свободному и самостоятельно принятому решению [7].

Таким образом, пациенты с шизофренией наиболее остро ощущают личностный и экзистенциальный кризис, блокирующие их дальнейшее выздоровление.

Субъективная оценка человеком качества своей жизни, степень которой показывает, насколько осмысленна жизнь человека, насколько он живет в соответствии со своими внутренними побуждениями, насколько аутентичны принимаемые им решения и совершаемые поступки – отражены в понятии экзистенциальной исполненности. Это понятие, появилось в психологии В. Франкла для описания субъективной оценки человеком качества своей жизни (не то, как на самом деле живет человек, а то, как он полагает, что живет). Понятие «исполненности» рассматривается, как неотделимое от установок и убеждений «счастье через достоинство» (Аристотель), где счастье представляет собой наличие хорошего самочувствия, свободы от боли и страданий в сочетании с полнотой желаний и «аппетитом к жизни» (Эпикур) [8].

В соответствии с концепцией «обнаружения смысла» В. Франкла, для его появления необходимо предпринять четыре последовательных шага (I - воспринимать (трезвость, реалистичность, способность увидеть свою субъективную часть и отделить себя от другого), II - чувствовать (быть затронутым, попадать в резонанс с ценностями), III - выбирать (оставлять все остальные варианты ради одного, решаться) и IV - делать (Осуществлять, действительно сделать, реализовать выбор)) [9], которые отражены в соответствующих субшкалах методики: Самоидентификация (SD), Самотрансценденция (ST), Свобода (F), Ответственность (V). Субшкалы SD+ST составляют Персональные предпосылки экзистенциальной исполненности – фактор личности (P). Субшкалы F+V – экзистенциальное исполнение в связи с теми возможностями, которые представляет ситуация – фактор экзистенции (E). В сумме фактор личности и фактор экзистенции дают Общий показатель по тесту – субъективно переживаемую меру исполненности ($P+E=G$).

Низкий показатель SD свидетельствует об отсутствии у больного дистанции по отношению к себе, неспособности противопоставить свое «Я» окружающему миру, адекватно оценить и принять ту или иную ситуацию, разобраться в ее условиях и обстоятельствах. Это существенно затрудняет существование пациента в определенных экзистенциальных ситуациях, когда все происходящее в повседневности утрачивает свою резкость, становится расплывчатым, воспринимается, как пустота, перестает существовать. Причиной этого являются различные формы внутреннего смятения или фиксация больного на неудовлетворенных потребностях, а также невозможность реалистично воспринимать и понимать происходящее с ним.

Низкий показатель ST отражает утрату способности ощущать ценности, в т. ч. имеющие для человека решающее, первостепенное значение, являющиеся смыслом всей его жизни, центром мировоззрения. Недостаток эмоциональности (эмоциональная незатронутость), скудность в отношениях с окружающими людьми делают пациента неуверенным, беспомощным. В связи с утратой точки опоры и отчаянием, он не в состоянии объяснить переживаний мира и самого себя, перестает понимать, чего он хочет, и что ему нравится. Теряя способность переживания ценности собственного «Я», больной утрачивает способность уважать другого и готовность к диалогу.

Низкий показатель V (ответственность) представлена такими особенностями больных как необязательность, неспособность доводить свои дела до конца. Они не чувствуют персональной включенности в жизнь, которая не поддается планированию, не пронизана собственной волей, идет сама по себе. Как отмечает А. Лэнгле (2008), переживание таких больных можно сравнить с дрейфом на плоту, который некоем образом не закреплён и неукрепляемо отдан силам водной стихии. Характерны низкая способность отстаивать собственные интересы, беззаботность, отсутствие персональной позиции («не нахожу себя») по отношению к фундаментальным ус-

ловиям экзистенции, чувство глубокого разочарования жизнью, переживание ее бессмысленности (экзистенциальный вакуум, отсутствие стремления к поиску и реализации смысла своей жизни) [2,10].

Целью настоящей работы является разработка реабилитационных стратегий для пациентов с первым манифестным приступом шизофрении на основе изучения структуры экзистенциального потенциала их личности, и исследование динамики уровня экзистенциальной исполненности при использовании экзистенциально-личностной реабилитации данного контингента больных.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 237 пациентов мужского (139 (58,6±3,2%) человек) и женского (98 (41,4±3,2%) человек) пола в возрасте 18–35 лет, поступивших впервые в жизни в Областную клиническую психиатрическую больницу и дневные стационары Областного психоневрологического диспансера г. Донецка с первым манифестным приступом шизофрении.

Все пациенты получали медикаментозное лечение антипсихотическими препаратами в соответствии с клиническими протоколами оказания психиатрической помощи. Для купирования острого психотического состояния использовались инъекционные атипичные антипсихотики (р-р оланзапина 10 мг/сут. в/м №5, р-р клопиксола-акуфаз (зуклопентиксол) 50 мг/сут. в/м 1 раз в 3 дня №3) и типичные-антипсихотики (р-р галоперидола 2–5 мг в/м 2–3 р/д.; р-р трифтазина (фенотиазина дигидрохлорид) 1–2 мг 2–3 р/д.); в других случаях по показаниям назначались таблетированные атипичные антипсихотики (рисперидон 2–6 мг/сут., клозапин 50–200 мг/сут., кветиапин 200–450 мг/сут., оланзапин 5–10 мг/сут., амисульприд 200–600 мг/сут., арипипразол 10–30 мг/сут., сертиндол 12–16 мг/сут.). Поддерживающее лечение осуществлялось путем назначения вышеуказанных атипичных таблетированных препаратов в поддерживающих дозировках, депонированных атипичных нейролептиков (р-р клопиксола-депо (зуклопентиксол) 200–400 мг 1 раз в 2–4 нед.; р-р рисполепт-конста 25 мг 1 раз в 2 нед.) или типичных нейролептиков (р-р галоперидола-деканат 50 мг в/м 1 раз в 3 нед.; р-р флуфеназина-деканат 25 мг в/м 1 раз в 4 нед.). Предпочтение отдавалось атипичным-антипсихотикам в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное и социальное функционирование больных, лучшую

переносимость и меньшее по сравнению с типичными нейролептиками, количество побочных эффектов.

Для достижения цели исследования из выборки пациентов было сформировано две группы. Основную группу составило 122 пациента с манифестным приступом шизофрении, которые после купирования психотического состояния прошли курс экзистенциально-личностной реабилитации, продолжая при этом поддерживающее медикаментозное лечение. Пациенты, получавшие только фармакотерапию, количеством 115 человек, составили группу сравнения.

Распределение больных по ведущему синдрому было следующим: параноидный синдром – 91 человек (38,4%), синдром психического автоматизма – 73 человека (30,8%), кататонический синдром – 5 человек (2,1%), аффективно-бредовый синдром – 68 человек (28,7%).

Распределение больных по диагностическим категориям (в соответствии с МКБ-10 [11]) было следующим: шизофрения параноидная, период наблюдения менее года (F20.09) – 63 (26,6%) пациента, шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года (F20.29) – 5 (2,1%) пациентов, шизоаффективное расстройство (F25) – 65 (27,4%) пациентов, острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) – 19 (8,0%) пациентов, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 71 (30,0%) пациент, острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 14 (5,9%) пациентов.

При проведении исследования использовался клинический метод, включающий в себя оценку психического статуса больных шизофренией; экзистенциально-феноменологический ана-

лиз их самоотчетов, психодиагностический метод при помощи шкалы экзистенции (ШЭ), которая разработана на основе экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле и адаптирована К. Орглер и И. Н. Майниной [12]. ШЭ позволила определить общий уровень экзистенциальной исполненности у больных с первым манифестным приступом шизофрении, а также ее составляющие: Самодистанцирование (измеряет способность человека отойти на дистанцию по отношению к себе самому), Самоотрансценденция (измеряет способность ощущать ценности, быть затронутым эмоционально), Свобода (охватывает способность находить реальные возможности действия, создавать из них иерар-

хию в соответствии с их ценностью и таким образом приходиться к персонально обоснованному решению.), Ответственность (измеряет способность доводить до конца решения, принятые на основании личных ценностей), Персональность (отражает когнитивную и эмоциональную доступность человека для себя и для мира, открытость восприятия мира и себя самого), Экзистенциальность (способность включаться в жизнь, ориентироваться в мире, приходиться к решениям и ответственно воплощать их в жизнь, меняя ее таким образом в лучшую сторону); математическая обработка результатов проводилась с использованием персонального компьютера в статистическом пакете «MedStat» [13].

Результаты исследования и их обсуждение

Разработанная на основе личностно-ориентированного подхода к оказанию психиатрической помощи модель экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией, основной целью ставит личностное выздоровление пациентов, повышение уровня их функционирования в различных сферах и качества их жизни при сохранении биологической уязвимости или возможных остаточных симптомов болезни. Если говорить о выздоровлении, то оно может быть:

1. На симптоматическом уровне, когда у человека отсутствуют болезненные симптомы (клиническая ремиссия). Этот уровень выздоровления достигается путем использования терапевтических, а затем поддерживающих доз нейролептиков;

2. На личностно-психологическом уровне, когда человек перестает испытывать душевные страдания, дистресс и наращивает свой психологический ресурс в виде адаптивных механизмов психологической защиты, копинг-стратегий, сильных личностных качеств, устойчивости к стрессу и самоидентичности;

3. На психосоциальном уровне, когда человек способен полноценно функционировать в обществе, строить свою социальную жизнь в различных сферах, взаимодействовать с другими людьми и устанавливать с ними доверительные отношения, отграничивая свое «Я», свою здоровую личность от болезненных симптомов;

4. На более высоком духовном, экзистенциально-личностном уровне, когда человек живет осмысленной продуктивной жизнью, способен оценивать пространство своих возможностей (в условиях ограничений), делать свободный, аутентичный выбор наиболее значимой в данный момент возможности и приступать к ее ре-

ализации, осознавая свою ответственность за конечный результат принятого решения. Данный уровень выздоровления опирается на ценностно-смысловую систему, в соответствии с которой человек ставит перед собой цели, достигая которых, он удовлетворяет наиболее значимые свои потребности в трансценденции и самоактуализации. Такой уровень выздоровления доступен для всех пациентов с шизофренией, особенно на ранних стадиях болезни, так как он безотносителен клиническому состоянию, то есть может быть реализован даже при наличии резидуальных симптомов болезни.

Модель экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией прямо или косвенно влияет на все уровни выздоровления данной категории пациентов. Она основана на содержании потребностей пациентов с шизофренией и экзистенциального потенциала их личности, и включает три реабилитационных модуля (модуль управления и самоуправления болезнью, модуль управления и самоуправления стрессом и собственно модуль экзистенциально-личностного выздоровления). В настоящем исследовании будет рассмотрен в основном последний из представленных модулей. Именно он способствует гармонизации духовной сферы человека, страдающего психическим расстройством, и обеспечивает его выздоровление на экзистенциально-личностном уровне.

Основные, подлинные потребности пациентов с шизофренией были выявлены путем анализа их самоотчетов, относительно ситуации перенесенного психоза. К таким потребностям относятся: 1. «Субъективное ощущение самостоятельности и свободы выбора»; 2. «Обретение смысла жизни»; 3. «Умение чувствовать опас-

ные жизненные повороты, преодолевать их или избегать»; 4. «Сохранение прежних достижений, разума и свободы»; 5. «Понимание смысла долгого лечения»; 6. «Понимание самого себя и мира», «возвращение доверия к себе и к миру»; 7. «Понимание того, зачем был нужен опыт психоза»; 8. «Знание того, что психоз излечим, что после психоза есть жизнь»; 9. «Наличие веры и надежды»; 10. «Знание, что есть те, кому можно доверять и обратиться за помощью»; 11. «Понимание того, что ты не один, что есть люди, которые справились с этим»; 12. Избавление от ду-

шевного страдания и дистресса, разрешении внутренних субъективных проблем и конфликтов, вызванных травмирующей ситуацией, примирении с собой, ситуацией и миром.

Другой важной составляющей реабилитационного процесса является исследование экзистенциального потенциала личности пациентов с шизофренией. Это позволит целенаправленно наращивать в процессе реабилитации те его аспекты, которые требуют оптимизации. Структура экзистенциального потенциала личности пациентов с шизофренией представлена на рисунке 1.



Рис. 1. Структура экзистенциального потенциала личности больных шизофренией

Основными структурными элементами экзистенциального потенциала выступают когнитивные, эмоциональные, психологические, мотивационно-волевые и поведенческие ресурсы личности человека, позволяющие раскрывать, реализовывать или позитивно осмыслять основные экзистенциальные данности, которые актуализированы у больных шизофренией.

Как уже было отмечено выше, одним из модулей экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией выступает модуль

экзистенциально-личностного выздоровления, основной целью которого является разработка реабилитационных стратегий, направленных на личностное выздоровление пациентов после перенесенного манифестного приступа психоза с опорой на их реальные потребности и экзистенциальный потенциал.

Диагностический этап данного реабилитационного модуля включающий методический комплекс, позволяющий оценивать показатели экзистенциального потенциала личности пациента с шизофренией, представлен на рисунке 2.

ПОКАЗАТЕЛИ-МИШЕНИ		ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ
1	Показатели личностного восстановления	Шкала оценки оптимизации личностной направленности (RAS), адаптированный вариант
2	Экзистенциальные показатели	Шкала экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер в адаптации И.Н. Майниной
3	Показатели осмысленности жизни и смысловых ориентаций	Тест смысловых ориентаций (СЖО) Д. Крамбо, Л. Махолик в адаптации Д.А. Леонтьева
4	Показатели самостигматизации	Шкала самостигматизации (SSMIS), адаптированный вариант
5	Критерии различных аспектов инсайта	Шкала нарушения осознания психической болезни (SUMD), адаптированный вариант
6	Оценка стрессовых состояний, реакций, стресс-синдромов, расстройств адаптации	Шкала психологического стресса (PSM-25)
7	Стрессоустойчивость	Симптоматический опросник «Самочувствие в экстремальных условиях» (СОС) Волкова А., Водопьяновой Н.Е.
8	Параметры и структура стрессовых ситуаций	Шкала оценки трудности и неопределенности ситуации (ОТНС) Водопьяновой Н.Е.
9	Механизмы психологической защиты	Опросник Келлермана-Плутчика
10	Стратегии совладающего поведения	Опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Норманна С.
11	Личностные особенности	Личностный опросник MMPI

Рис. 2. Комплексная психодиагностика экзистенциального потенциала личности больных шизофренией

Психотерапевтический этап модуля экзистенциально-личностного выздоровления базируется на трех философско-психологических моделях экзистенциально-гуманистического направления – экзистенциальной, позитивной и клиент-центрированной психотерапии, с элементами когнитивно-поведенческой терапии. Основные стратегические направления реабилитационной работы в рамках данного модуля позволяют наращивать экзистенциальный потенциал личности больных шизофренией, что обеспечивает их личностное выздоровление, полноценное социальное функционирование и высокий уровень экзистенциальной исполненности жизни. К та-

ким направлениям относятся:

1. Экзистенциально-феноменологическое исследование психотического способа существования, которое заключается в осознании, осмыслении и реконструкции внутреннего мира переживаний пациентов, изучении субъективности человека, переживающего психоз, и роли экзистенциальных феноменов (изоляции, смерти, свободы, смысла) в этих переживаниях.

2. Психотерапевтическая реконструкция личностной направленности, которая включает:

А) переструктурирование мировоззрения пациентов с формированием новой, более адаптивной системы ценностных и смысловых ориентаций

ориентаций, установок и убеждений; формирование установок на выздоровление.

Б) обозначение пространства возможностей человека с учетом его индивидуальных особенностей и имеющихся вследствие болезни ограничений.

В) поиск и постановка значимых целей и путей их достижения.

Г) повышение уровня мотивации к достижению целей, обнаружение значимых потребностей и возможных путей самоактуализации; помощь в начале осознанного действия (первого шага) на пути к цели.

3. Психотерапия, направленная на повышение психологического ресурса личности, которая включает:

А) программу восстановления и поиска самоидентичности, личностной целостности.

Б) антистигматизационную программу, направленную на профилактику самостигматизации человека.

В) тренинг асертивности и повышения самооценки.

Г) комплекс психотерапевтической коррекции проблемно-решающего поведения больных шизофренией, в основные задачи которого входит формирование адаптивных механизмов психологической защиты и копинг-стратегий, а также повышение уровня устойчивости пациентов к стрессовым воздействиям и коммуникативный тренинг.

Д) тренинг профилактики рецидивов болезни.

4. Психотерапия, направленная на осознание пациентами смысла перенесенного психиатрического опыта, заключается в:

А) обнаружении позитивных аспектов опыта психоза, в том числе опыта переживания экзистенциальной тревоги, изоляции и конфронтации со смертью.

Б) интеграция полученного психиатрического опыта в общий жизненный опыт пациента.

В) уменьшение степени стрессогенности ситуации, связанной с опытом психоза, и снижение обусловленного этим психологического дистресса.

5. Психотерапия личностного выздоровления от болезни, и передача пациенту полномочий.

А) психотерапия смысла и преодоления смысла-потраты.

Б) психотерапия свободы, ответственности и воли.

В) психотерапия, направленная на повышение доверия себе и значимым людям.

Г) позитивная психотерапия процесса выздоровления.

Д) передача-принятие полномочий по осознанному, ответственному управлению пациентами своим лечением и другими аспектами своей жизни.

6. Психотерапия семей пациентов, которая включает психообразовательную работу, повышение стрессоустойчивости членов семьи и профилактику самостигматизации семей.

Как уже было отмечено, основной целью разработанной реабилитационной модели было личностное выздоровление больных шизофренией на начальных стадиях заболевания. Одним из наиболее важных показателей выздоровления является экзистенциальная исполненность, которая отражает личностно-субъективный уровень выздоровления после психической болезни. В связи с этим при помощи ШЭ была изучена динамика экзистенциальных показателей (свободы, ответственности, способности к самодистанцированию и само-трансценденции, доверию себе и миру, способности включаться в жизнь, принимая и реализуя ответственные решения, наполняя свою жизнь смыслом), и суммарного показателя экзистенциальной исполненности на протяжении двухлетнего периода с начала манифестации болезни. Результаты анализа показателей ШЭ в исследуемых группах представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Сравнительный анализ показателей ШЭ у пациентов основной группы

Показатель	После купирования приступа (до реабилитации)	Через 0,5 лет после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
SD	23,67±0,43	35,26±0,58* [§]	35,72±0,57* [§]	35,8±0,53* [§]	<0,001
ST	40,7±0,7	61,67±1,04* [§]	62,84±1,02* [§]	62,7±0,98* [§]	<0,001
F	27,38±0,34	47,93±0,69* [§]	49,32±0,65* [§]	49,49±0,63* [§]	<0,001
V	33,55±0,38	57,61±0,85* [§]	58,25±0,82* [§]	58,71±0,75* [§]	<0,001
P (SD+ST)	64,38±0,99	96,93±1,55* [§]	98,56±1,53* [§]	98,51±1,46* [§]	<0,001
E (F+V)	60,93±0,57	105,5±1,43* [§]	107,6±1,4* [§]	108,2±1,3* [§]	<0,001
G (P+E)	125,3±1,35	202,5±2,88* [§]	206,1±2,86* [§]	206,7±2,69* [§]	0,001

Примечание: * – отличие от показателей до реабилитации статистически значимо (p<0,05); # – отличие от показателей через 0,5 года после манифестации болезни статистически значимо (p<0,05); + – отличие от показателей через 1 год после манифестации болезни статистически значимо (p<0,05); § – отличие от группы сравнения в соответствующий период, статистически значимо (p<0,05).

У пациентов основной группы, включенных в экзистенциально-личностную реабилитацию, общий интегральный показатель экзистенциальной исполненности (G) составил $125,3 \pm 1,35$ баллов до начала реабилитационных мероприятий, и стал достоверно выше ($p=0,001$) через 0,5 лет ($202,5 \pm 2,88$ баллов), 1 год ($206,1 \pm 2,86$ баллов) и 2 года ($206,7 \pm 2,69$ баллов) после первого манифестного приступа болезни. В группе сравнения, не-

смотря на статистически значимую ($p<0,001$) динамику данного показателя в течение двухлетнего периода после начала болезни ($109,4 \pm 1,34$ баллов после купирования продуктивной симптоматики, затем $123 \pm 1,83$ баллов через 0,5 лет, $127,2 \pm 2,04$ баллов через 1 год и $127,2 \pm 2,1$ баллов через 2 года), он значимо ($p<0,001$) уступал показателю экзистенциальной исполненности в основной группе на протяжении всего двухлетнего периода.

Таблица 2

Сравнительный анализ показателей ШЭ в группе сравнения

Показатель	Сразу после купирования приступа	Через 0,5 лет после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
SD	$20,1 \pm 0,4$	$21,6 \pm 0,43$	$22,15 \pm 0,43^*$	$22,19 \pm 0,41^*$	$<0,001$
ST	$32,31 \pm 0,67$	$36,89 \pm 0,77^*$	$38,92 \pm 0,87^*$	$38,9 \pm 0,88^*$	$<0,001$
F	$25,55 \pm 0,35$	$31,93 \pm 0,47^*$	$32,85 \pm 0,51^*$	$32,76 \pm 0,54^*$	$<0,001$
V	$31,43 \pm 0,45$	$32,6 \pm 0,5$	$33,27 \pm 0,55$	$33,39 \pm 0,56$	0,067
P (SD+ST)	$52,41 \pm 0,92$	$58,49 \pm 1,09^*$	$61,07 \pm 1,2^*$	$61,1 \pm 1,21^*$	$<0,001$
E (F+V)	$56,98 \pm 0,63$	$64,53 \pm 0,87^*$	$66,12 \pm 0,96^*$	$66,15 \pm 0,99^*$	$<0,001$
G G (P+E)	$109,4 \pm 1,34$	$123 \pm 1,83^*$	$127,2 \pm 2,04^*$	$127,2 \pm 2,1^*$	$<0,001$

Примечание: * – отличие от показателей на момент купирования приступа болезни статистически значимо ($p<0,05$); # – отличие от показателей через 0,5 года после манифестации болезни статистически значимо ($p<0,05$); + – отличие от показателей через 1 год после манифестации болезни статистически значимо ($p<0,05$).

После окончания курса экзистенциально-личностной реабилитации (то есть через 0,5 лет после манифестации болезни) в основной группе отмечался значительный рост G-показателя, что соответствовало хорошо развитым показателям Р-персональности и Е-экзистенциальности, наполненности жизни смыслом, которая ощущалась как «полнота жизни». Это свидетельствовало об эффективности проведенных реабилитационных мероприятий в плане повышения субъективной оценки пациентами качества и осмысленности своей жизни, ощущения удовольствия от жизни и субъективного чувства душевного здоровья.

Наличие на протяжении двухлетнего периода после начала шизофрении статистически значимой ($p<0,001$) динамики показателя экзистенциальной исполненности (G), в сторону его улучшения в обеих группах, являлось следствием работы когнитивной и эмоциональной сфер психической деятельности пациентов с шизофренией, наличие внутренних адаптационных ресурсов, направленных на переработку информации и эмоциональных состояний, связанных с опытом психоза и испытанным дистрессом, с целью достижения внутриличностной и психосоциальной адаптации к дальнейшей жизни, направленной на восстановление психического здоровья.

В основной группе статистически значимые

($p<0,05$) изменения на протяжении двухлетнего периода после начала болезни имели место по всем показателям ШЭ, а в группе сравнения – не было выявлено достоверных отличий ($p=0,067$) динамики показателя Ответственность (V), что объяснялось сложными психологическими механизмами, лежащими в основе появления данной личностной особенности, и зависимости ее от сформированной ценностной системы, целей, смысла, осознания свободы выборов и принятия решения. Высокий уровень ответственности, связанный с обязательностью, чувством долга, доведением до конца принятого решения, был в большей мере характерен для пациентов основной группы, что формировало у них готовность к принятию полномочий по осознанному управлению своим заболеванием и своей жизнью.

Низкие средние значения показателя ответственности (менее 41 балла) в группе сравнения, как сразу после купирования продуктивных симптомов, так и на протяжении последующего двухлетнего периода ($31,43 \pm 0,45$ баллов после купирования продуктивной симптоматики, затем $32,6 \pm 0,5$ баллов через 0,5 лет, $33,27 \pm 0,55$ баллов и $33,39 \pm 0,56$ баллов через 2 года) без достоверного улучшения данного показателя, означало, что пациенты не чувствовали персональной включенности в жизнь, которая в недостаточной

степени ими планировалась и контролировалась, преобладала пассивная позиция в отношении выборов и принятия решений, наблюдалась позиция ожидания и наблюдения за своей жизнью «со стороны». При тревожной форме реакции наблюдался страх перед «шагом» в жизнь после психоза, перед усилиями и проблемами и жизнью с ограничениями. Для того, чтобы человек мог свободно делать выбор и реализовывать его, необходимы были сформированные ориентиры и система ценностей, целей и смыслов. При депрессивной форме реакции здесь преобладало чувство вины, а также страх перед виной и перед «грузом» ответственности от включенности в жизнь. При истерической форме реакции имел место страх перед стесненностью из-за обязательств и социальных ограничений, связанных с болезнью. Это способствовало появлению безответственного, легкомысленного поведения.

После манифестации болезней обеих групп испытуемых показатель самодистанцирования (SD) обнаруживал низкие значения (менее 26 баллов), что означало отсутствие дистанции по отношению к себе, невозможность взглянуть на себя и на ситуацию с некоторой дистанции, освободиться от плена аффектов, страхов, предубеждений, фиксации на внутренних переживаниях, что мешало адекватно воспринимать ситуацию, связанную с опытом психоза, оптимизировать и интегрировать в свой жизненный опыт полученный опыт болезни. Это было во многом связано с тем, что после переживаний психотической действительности у пациентов еще наблюдалось некоторое смятение, потеря ориентации, внутренняя фиксация на болезненном состоянии, несовершенство мышления и недостаточное восстановление функционирования когнитивных процессов, что мешало созданию внутренней дистанции по отношению к себе и объективному отношению к действительности. Несмотря на то, что у пациентов группы сравнения на протяжении двухлетнего периода происходило достоверное улучшение показателя SD ($p < 0,001$), к концу 2-го года после начала шизофрении среднее значение данного показателя ($22,19 \pm 0,41$ баллов) все же оставалось в пределах низких величин. У пациентов основной группы показатель SD достигал высоких значений ($35,26 \pm 0,58$ баллов) уже через 0,5 лет после начала болезни, то есть к моменту завершения реабилитационной программы, и оставался в пределах этих значений до конца 2-го года. Таким образом, благодаря экзистенциально-личностной реабилитации у пациентов ос-

новной группы с увеличением значения показателя самодистанцирования, улучшалась способность восприятия и ясности в отношении ситуации, связанной с психозом и дальнейшей жизни, внимание больных не было привязано к болезненным симптомам, а переносилось вовне, дистанцированность по отношению к себе при этом увеличивалась.

Так как самодистанцирование является предпосылкой для самотрансценденции, которая проявляется в способности ощущать ценности, эмоционально откликаться, ориентироваться в действиях на смысл, а не только на цель, воспринимать экзистенциальную значимость происходящего, показатель самотрансценденции (ST) изменялся в группах аналогично показателю SD. Так, в обеих группах средние значения показателя ST соответствовали низкому уровню ($40,7 \pm 0,7$ баллов в основной группе и $32,31 \pm 0,67$ балла в группе сравнения, $p > 0,05$) в период после купирования психотических симптомов, до начала реабилитационного лечения в основной группе пациентов. Однако через 0,5 лет значения данного показателя статистически значимо ($p < 0,001$) стали выше в основной группе ($61,67 \pm 1,04$ балл) по отношению к группе сравнения ($36,89 \pm 0,77$ баллов), и продолжали достоверно ($p < 0,05$) улучшаться у пациентов основной группы, составляя $62,7 \pm 0,98$ балла к периоду 2 года после манифестации первого приступа болезни, а в группе сравнения показатель ST составил $38,9 \pm 0,88$ баллов, что соответствовало низкому уровню (менее 58 баллов) показателя. В этой связи у пациентов группы сравнения отмечались недостаток эмоциональности, неуверенность, скудность в отношениях с миром и людьми, трудности в восприятии чувств и ценностей. В то же время у пациентов основной группы, у которых отмечался рост показателя ST, обогащался эмоциональный внутренний мир и способность чувствовать ценностные основания и на них ориентироваться; доверие своим чувствам, давало возможность интуитивно постигать ситуации и сопереживать другим людям, что делало его открытым и готовым к встрече с новым – к самотрансценденции как выходу за пределы себя.

Показатель Персональность (P), объединяющий в себе средние значения показателей SD и ST, характеризовал степень когнитивной и эмоциональной открытости восприятия человеком мира и самого себя. Значение показателя P в группах имело аналогичные зависимости, какие отмечались у показателей SD и ST. В группе

сравнения значение показателя Р было низким (менее 86 баллов) на протяжении всего исследуемого временного периода, а в основной группе низкие значения ($64,38 \pm 0,99$ баллов) персональности имели место до начала реабилитационных мероприятий, достоверно ($p < 0,001$) увеличивались через 0,5 лет и оставались на высоком уровне через 2 года после первого приступа психоза. Низкие значения Р указывали на закрытость человека, что было связано с душевной нагрузкой и дистрессом вследствие переживания болезни и ее медицинских и социальных последствий. По мере роста показателя Р увеличивалась «открытость в отношении мира» и в отношении обхождения с самим собой.

Показатель Свободы (F) на момент купирования продуктивных симптомов в обеих группах соответствовал низким значениям (менее 37 баллов), однако у пациентов, прошедших затем экзистенциально-личностную реабилитацию, он достоверно ($p < 0,001$) увеличивался и соответствовал высокому значению показателя, как через 0,5 лет ($47,93 \pm 0,69$ баллов), так и через 1 год ($49,32 \pm 0,65$ баллов), и через 2 года ($49,49 \pm 0,63$ баллов). В группе сравнения на протяжении всего исследуемого периода показатель F соответствовал низким значениям ($25,55 \pm 0,35$ баллов после купирования симптоматики психотического приступа, $31,93 \pm 0,47$ балл через 0,5 лет, $32,85 \pm 0,51$ балла через 1 год и $32,76 \pm 0,54$ балла через 2 года). При межгрупповом сравнении значение данного показателя в соответствующие временные периоды статистически значимо ($p < 0,001$) различалось в группах. Так, после прохождения реабилитации пациенты были способны видеть имеющиеся возможности ситуации, соотносить их с внутренними потребностями, ценностями и особенностями личности, что вело к ясности в принятии решения. Важным при этом было то, чтобы на фоне реально возможного человек увидел самое для него важное, то, на основании чего можно судить, свободно выбирать и решать. Позитивный опыт выборов и принятых важных решений приносил чувство свободы. Низкие значения F, наблюдаемые у пациентов группы сравнения, означали неспособность принимать решения, нерешительность и неуверенность в собственных решениях. Препятствия для осуществления свободы, как человеческой способности, могли иметь разные причины. Тревожная форма реакции была связана неуверенностью и страхом перед возможными последствиями выбора, поэтому такие пациенты предпочитали подчиняться решению друго-

го, а не самостоятельно принимать решения. При депрессивной форме реакции пациенты не решались на активные действия в связи с отсутствием силы, при этом низкие показатели по шкале F сочетались с высокими показателями ST. При истерической форме реакции пациенты видели много возможностей, но не знали, чего они сами хотят, поэтому при выборе возникало чувство «разорванности» и растерянности, что часто было связано с высоким показателем SD. При отсутствии экзистенциальности (E) была характерна пассивная, фаталистическая жизненная установка о том, что решения ни к чему не приведут и ничего не смогут изменить, они ощущались как бессмысленные. Чем выше был показатель F, тем легче пациенты находили возможности для действий и принятия решений.

Значения показателя Экзистенциальности (E), который измерял способность решительно и ответственно идти в мир, включаться в жизнь, был одинаково низко выражен (менее 81 балла) в обеих группах ($60,93 \pm 0,57$ баллов в основной группе и $56,98 \pm 0,63$ баллов, $p > 0,05$) в период, непосредственно следовавший после купирования психотических симптомов психоза, и до начала реабилитационных мероприятий в основной группе. В процессе получения экзистенциально-личностной реабилитации, у пациентов основной группы отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение значения показателя E через 0,5 лет ($105,5 \pm 1,43$ баллов), 1 год ($107,6 \pm 1,4$ баллов) и 2 года ($108,2 \pm 1,3$ баллов) после начала болезни. С увеличением показателя E у пациентов основной группы росла степень решимости и ответственности за лечение своего заболевания и за свою жизнь, росла способность ориентироваться в мире, приходить к решениям и ответственно воплощать их в жизнь, меняя ее таким образом в лучшую сторону. Тем самым жизнь становилась более аутентичной, о чем также свидетельствовало равнозначное увеличение показателей F и V. В группе сравнения, пациенты которой получали только фармакотерапию, значение показателя экзистенциальности было статистически значимо ($p < 0,05$) ниже ($64,53 \pm 0,87$ баллов через 0,5 лет, $66,12 \pm 0,96$ баллов через 1 год и $66,15 \pm 0,99$ баллов через 2 года, $p < 0,05$), чем в основной группе, что указывало на образ жизни пациентов после психоза, в котором решения принимались с трудом, имело место бездействие и неуверенность в принятии решений, неуверенность в своем «экзистенциальном месте» в жизни, необязательность, незнание того, что нужно делать, малая способность выдерживать нагрузки, чувствитель-

ность к помехам, склонность начинать действовать на основании внешних побуждающих причин без внутреннего соотнесения. При этом в структуре показателя Е отмечалась комбинация показателей $F > V$, что свидетельствовало о склонности пациентов группы сравнения перекладывать ответственность на других людей (родственников, врачей и др.).

Таким образом, экзистенциально-личностная

реабилитация больных с первым манифестным приступом шизофрении, разработанная на основе изучения реальных потребностей пациентов и исследования экзистенциального потенциала их личности, доказала свою эффективность в отношении улучшения показателя экзистенциальной исполненности, приближая тем самым личностное выздоровление указанной категории пациентов.

О.І. Осокіна

ЕКЗИСТЕНЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА ЕКЗИСТЕНЦІЙНА СПОВНЕНІСТЬ ЇХНЬОГО ЖИТТЯ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У даній статті проведено осмислення початку шизофренії, як кризової життєвої ситуації для людини. Розглянуто можливість особистісного одужання даної категорії пацієнтів. З цією метою на підставі вивчення потреб хворих на шизофренію і дослідження їх екзистенційного потенціалу, розроблена модель екзистенційно-особистісної реабілітації. Розглянуто структуру екзистенційного потенціалу хворих на шизофренію, визначений психодіагностичний методичний комплекс багаторівневого дослідження особистісних ресурсів, які складають цей потенціал. Шляхом використання шкали екзистенції (К. Орглер, Н.І. Майніна, 2007) вивчена динаміка екзистенційних показників та екзистенційної сповненості впродовж двох років з моменту початку шизофренії. Зроблено висновки щодо ефективності екзистенційно-особистісної реабілітації по відношенню до поліпшення показника екзистенційної сповненості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 57-67).

O. Osokina

EXISTENTIAL POTENTIAL OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND EXISTENTIAL FULFILLMENT OF THEIR LIFE

M. Gorky Donetsk national medical university

The article was devoted to the understanding of the onset of schizophrenia, as a crisis situation for the person. There was considered the possibility of personal recovery in this category of patients. For this aim there was developed a model of existential-personal rehabilitation of patients with schizophrenia, based on the study of their needs and their existential potential. There was described the structure of the existential potential of schizophrenia patients and developed psychodiagnostic methodical complex of multilevel study the personal resources that make up this potential. By using the Existential Scale (K. Ogler, N. Majnina, 2007) there was studied the dynamics of existential indicators and existential fulfillment of schizophrenia patient's life for two years since the onset of the disease. There was concluded that the existential-personal rehabilitation effectively improves the existential fulfillment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 57-67).

Литература

1. Абрамов В. А. Жизнь с психическим расстройством: экзистенциально-личностные аспекты выздоровления / В. А. Абрамов, О. И. Осокина, Б. Б. Ивнев – Донецк : Каштан, 2014. – 424 с.
2. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис общ.ред. и предесел. / Э. Эриксон, А.В. Толстых. – М.: Прогресс, 1996. – 344 с.
3. Абрамов В. А. Личностно-ориентированная психиатрия (ценностно-гуманистические подходы к оказанию психиатрической помощи) / В. А. Абрамов, О. И. Осокина, Г. Г. Путятин – Донецк : Каштан, 2014. – 300 с.
4. Осокина О. И. Стигматизация больных, перенесших первый эпизод психоза / Осокина О. И. // Журнал «Медицинская психология». – 2009. - №1 – Т.2. – С. 46 – 51.
5. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – Москва : Класс, 1999. – 265 с.
6. Мэй Р. Экзистенциальная психология / Р. Мэй. – К.: «PSYLIB», 2005. – 171 с.
7. Екзистенційно-гуманістична психотерапія у системі функціонального відновлення хворих з першим психотичним епізодом : метод. рекомендації. / [Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І.

Осокіна та ін.] – Донецьк, 2013. – 36с.

8. Кривцова С. В. Шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Орглер / С. В. Кривцова, А. Лэнгле, К. Орглер // Экзистенциальный анализ. – 2009. - № 1. – С. 141 – 170.

9. Лэнгле А. Психопатология и экзистенциальные темы в шизофрении / А. Лэнгле // Московский психотерапевтический журнал. – 2008. – Т. 59, № 4. – С. 37 – 57.

10. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е, испр. изд. / Д. А. Леонтьев – М.: Смысл, 2003. – 487 с.

11. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. – СПб. : АДИС, 1994. – 304 с.

12. Майніна І. Н. Адаптація Шкали екзистенції А. Лэнгле, К. Орглер к русскоязычной выборке: дипломная работа / И. Н. Майніна. – М. : МГУ, 2007. – 194 с.

13. Лях Ю. Е. Анализ результатов медико-биологической исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 2004. – Т. 8. - № 1. – С. 155 - 167.

Поступила в редакцию 24.03.2014