

О.К. Малтанар, В. Ал. Абрамов

ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ЭМПАТИЙНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ИЗОЛЯЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова : эмпатия, шизофрения, долговременная изоляция

Долговременная изоляция больных шизофренией при осуществлении принудительного лечения предусматривает длительное их пребывание в условиях ограниченного социально-коммуникативного пространства и социальных контактов. Сам по себе фактор изоляции и социальной депривации содержит совокупность предпосылок, нарушающих микросоциальное взаимодействие, поведенческий репертуар пациентов, конгруэнтность их коммуникативных навыков (1), а так же является стрессогенным фактором (2-4).

Конкретный социокультуральный контекст долговременной изоляции больных шизофренией в контексте их социальной приспособляемости и адекватности поступков в качестве одного из важнейших аспектов предполагает не только оценку клинико-психопатологических феноменов, но и изучение границ коммуникативных возможностей пациентов в условиях дискомфортного влияния окружения. Одним из негативных последствий изоляции, как известно, является невозможность использования собственного эмоционального опыта, лежащего в основе взаимоотношений и взаимодействия в группе больных и порождающего конфликты, групповое неприятие т.п. Наиболее частой причиной таких коммуникативных контактов, прямо или косвенно влияющих на вероятность совершения больными насильственных действий, является нарушение эмпатийного взаимодействия, под которым понимается контакт двух или более человек с включением в процессе взаимодействия эмпатийного компонента (5).

В литературе не существует единства во взглядах на структуру эмпатии. Первоначально данное понятие рассматривалось в рамках эмоциональной концепции (эмоциональный отклик на переживания другого человека в форме сопереживания или сочувствия). Позднее эмпатия стала рассматриваться как аффективно-когни-

тивное явление, которое характеризуется как опосредованный эмоциональный ответ на переживания другого человека, сопряженный с отражением его внутренних состояний (мыслей, чувств). Наиболее перспективным стало «интегративное направление» исследований, в котором эмпатия изучается как сложное психологическое явление. Однако, среди работ, относящихся к данному направлению, в которых бы рассматривались не только качественные характеристики эмпатии (эмоциональная, когнитивная, предиктивная и действенная эмпатия), но и ее содержательные особенности (эмпатическая направленность) практических исследований немного (6).

Эмпатия подразумевает принятие роли и понимание чувств, мыслей и установок другого человека (7). В контексте широкого определения эмпатии, различные теоретики и исследователи определяли этот термин совершенно по-разному, подчеркивая в нем различные аспекты или смысловые значения (8).

Эмпатия-постижение эмоционального состояния другого человека сопереживанием. В понятии «эмпатия» обобщены близкие по содержанию идеи о симпатии и положения концепции вчувствования. Эмпатия может быть эмоциональной, интеллектуальной (когнитивной) и предикативной (предсказывающей переживания другого человека, его аффективные реакции в конкретных ситуациях). Различают также особые формы эмпатии – сопереживание и сочувствие. Сопереживание – переживание эмоционального состояния другого на основе отождествления с ним; сочувствие – переживание по поводу чувств другого (9, 12).

Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков (10) поэтому этот феномен следует воспринимать не как сочувствие или переживание, а как

вчувствование (11), соучастие в эмоциях другого, разделение их (12) или как эмпатийное взаимодействие, использующее так не функциональные механизмы как идентификация, понимание и рефлексия (13, 14).

По мнению ряда исследователей, эмпатия рассматривается как коммуникативный навык и как одна из составляющих просоциального, противоположного асоциальному, поведения, ориентированного на благо другого человека или социальных групп (5). Для понимания особенностей просоциального поведения важна, скорее, не эмпатия как личностное свойство, а эмпатийная (эмпатическая) установка. Эмпатическая установка определяется как ориентированная на другого ответная реакция, возника-

ющая вследствие воспринимаемого субъектом страдания, переживаемым другим индивидом, и соответствующая субъективной оценке этого страдания. Она возникает, когда субъект ставит себя на место другого человека, занимает его позицию и требует субъективной оценки благополучия другого (16). Исходя из этого, в психиатрии оценка эмпатических тенденций используется при разработке методов социальной реабилитации больных и при изучении генеза и механизмов немотивированных правонарушений (17).

Цель настоящего исследования: изучить особенности эмпатийных тенденций у больных шизофренией с долговременной изоляцией и социальной депривацией.

Материал и методы исследования

Обследовано 120 больных шизофренией. Основная группа состояла из 70 пациентов, находящихся на принудительном лечении в отделении усиленного режима Ждановской клинической психиатрической больницы (Донецкая область). Средняя длительность изоляции больных в этой группе составила $5,94 \pm 0,34$

лет. Группа сравнения 50 больных шизофренией со средним сроком пребывания в общепсихиатрических отделениях $1,88 \pm 0,12$ месяцев. Все обследованные – лица мужского пола. Распределение больных по возрасту (Табл.1) свидетельствует о репрезентативности сравниваемых групп.

Таблица 1

Распределение больных шизофренией по возрасту

Возраст	Количество больных			
	Основная группа		Группа сравнения	
	абс	%	абс	%
До 30 лет	12	17,1	8	16,0
31-40 лет	27	38,6	23	46,0
41-50 лет	17	24,3	9	18,0
Старше 50 лет	14	20,0	10	20,0

Для исследования уровня эмпатии у данных больных, нами была использована методика И.М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций». Данная методика служит для исследования эмпатии (сопереживания), т.е. умения поставить себя на место другого человека, способности к произвольной эмоциональной отзывчивости на переживания других людей. Опросник содержит 6 диагностических шкал эмпатии, выражающих отношение к родителям, животным, старикам, детям, героям художественных произведений, знакомым и незнако-

мым людям. В опроснике 36 утверждений, по каждому из которых испытуемый должен оценить, в какой мере он с ним согласен или не согласен, используя 6 вариантов ответов: «не знаю», «никогда или нет», «иногда», «часто», «почти всегда», «всегда или да». Каждому варианту ответа соответствует числовое значение: 0, 1, 2, 3, 4, 5. Все полученные нами результаты были подвергнуты статистической обработке с вычислениями средних величин и ошибок. Для оценки достоверности различий в показателях нами был использован t-критерий Стьюдента.

Полученные результаты и их обсуждение

Результаты проведенного исследования по-

зволили выявить три уровня эмпатийных тенден-

ций, присущих больным сравниваемых групп : высокий (17чел, 14,2»), средний (71 чел, 59,2%) и низкий (32чел, 23,6%). Ниже представлены основные содержательные характеристики больных шизофренией с разной склонностью к эмпатии. Люди с высокой эмпатийностью чувствительны и восприимчивы к нуждам и проблемам окружающих, эмоционально отзывчивы, общительны, без особого труда устанавливают контакты с окружающими и находят с ними общий язык. Как правило, они хорошо переносят критику в свой адрес, стараются не допускать конфликтов, легко находят компромиссные решения. В оценке событий больше доверяют своим чувствам и интуиции, чем аналитическим выводам, одиночеству предпочитают пребывание в коллективе, хорошо интерпретируют эмоции окружающих. Постоянно нуждаются в одобрении своих действий, однако не всегда аккуратны при выполнении той или иной работы, легко теряя состояние равновесия. Окружающие считают таких пациентов душевными людьми, несмотря на проявления болезни.

Больные со средним уровнем эмпатийности не относятся к числу особо чувствительных лиц. В личностных отношениях они предпочитают судить о других по их поступкам или доверять своим личным впечатлениям. Им не чужды эмоциональные реакции, однако чаще всего они пытаются контролировать свои поступки, за исключением фрустрирующих ситуаций. В общении они внимательны, стараются прислушиваться к мнению окружающих, понять их, усвоить инструкции, однако при излишней эмоциональности собеседника быстро теряют терпение.

Предпочитают не высказывать свою точку зрения, не рассчитывая, что она будет понята и принята. Испытывают затруднения при прогнозировании развития отношений между людьми из-за чего поступки окружающих нередко оказываются неожиданными и неприемлемыми. Отсутствие раскованности чувств мешает полноценному восприятию людей, установлению с ними продуктивных контактов, без чего возможность сопереживания становится проблематичной.

При низком уровне эмпатийности больные испытывают затруднения в установлении контактов с людьми, стесненно чувствуют себя в окружении мало знакомых людей. Эмоциональные проявления в поступках окружающих кажутся им непонятными и лишены смысла. Поэтому они избегают общения, предпочитают уединенные занятия, обособленность от других людей. Отзывчивость и чуткость не демонстрируются как важные для них качества, они не способны к сопереживанию, испытывают дефицит внимания и взаимопонимания со стороны окружающих, чувствуют свою отчужденность. В целом, они равнодушны к переживаниям других людей и сконцентрированы на собственных проблемах. Переживания межличностных контактов характеризуются негативной модальностью, коммуникативной интолерантностью и коммуникативными штампами с элементами предвзятости, подозрительности, недоверчивости или нестандартного поведения, не соответствующего групповым нормам.

Распределение больных шизофренией с различной продолжительностью изоляции по уровням эмпатийных тенденций представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных сравниваемых групп по уровню эмпатийных тенденций

Уровни эмпатийных тенденций	Основная группа		Группа сравнения		Р
	абс	%	абс	%	
Высокий	13	18,5	4	8	P<0,05
Средний	35	50	36	72	P<0,01
Низкий	22	31,5	10	20	P<0,01

Из визуального анализа полученных результатов видно, что в обеих группах больных преобладает средний уровень эмпатийных тенденций (50% больных в основной группе и 72% в группе сравнения). Это соответствует нормативному распределению этого показателя. Из достоверных данных следует отметить преоблада-

ние среди больных шизофренией с долговременной изоляцией, в отличие от больных группы сравнения, как высоких, так и низких уровней эмпатийных тенденций. В то же время при анализе показателей выраженности уровней эмпатии (Табл.3) достоверных различий в сравниваемых группах больных не выявлено. В ка-

честве тенденции, приближающейся к значимой, можно указать на концентрацию низких ($32,91 \pm 2,16$) и наиболее высоких ($65,92 \pm 5,85$) показателей у больных основной группы. Это находит отражение в общем показателе эмпатийных тенденций у больных сравниваемых групп, и в конечном счете, не позволяет уровень склонности к эмпатии однозначно связать с длительностью изоляции и социальной депривации.

Таблица 3

Средние значения показателей выраженности эмпатии в сравниваемых группах

Уровни эмпатийных тенденций	Основная группа	Группа сравнения
	M±m	M±m
Высокий	65,92±5,85	74,5±5,07
Средний	48,37±0,7	45,39±4,04
Низкий	32,91±2,16	28,4±2,03

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что у больных с длительным сроком изоляции и социальной депривации, по сравнению с больными с кратковременными госпитализациями, достоверно чаще встречается как низкий, так и высокий уровень эмпатии.

Больные с низким уровнем эмпатийных тенденций, постоянно общаясь с одними и теми же людьми, характеризуются бедностью сенсорных раздражителей, перцептивных, коммуникативных и интерактивных действий. Со временем у них начинают проявляться эмоциональное напряжение, неадекватность восприятия, снижение толерантности к «значимому» окружению. Эти особенности сопровождаются снижением возможности адекватно воспринимать партнера по общению, оценивать реально происходящие события, торможением эмоционально-эмпатийных и перцептивно-рефлексивных возможностей личности. К факторам с наибольшей изоляционно-депривационной нагрузкой, по нашим наблюдениям, можно отнести: 1) постоянную «публичность» и информационное истощение партнеров по общению, 2) эмоциональное напряжение, обусловленное необходимостью в течении длительного времени сдерживать себя в определенной ролевой функции, 3) актуализацию потребности в одиночестве, неудовлетворение которой приводит к фрустрации и неспособности скрывать свои мысли и чувства, 4) персонификацию переживаний «открытости мыслей», провоцирующую конфликтность и аутизацию. Все это свидетельствует о коммуникативной несостоятельности пациентов и неспособности проявлять коммуникативные качества, в том числе эмпатической направленности, которые мешают им быть активными участниками

личностного взаимодействия, включающего элементы сопереживания.

Низкий уровень эмпатийных тенденций у длительно изолированных больных шизофренией, с нашей точки зрения, является следствием сформированного у некоторых из них состояния вынужденной беспомощности (21, 22) с отсутствием возможности контролировать происходящее и воздействовать на него. Это сводит к минимуму активные действия, необходимость вчувствования, включения эмпатийного компонента взаимодействий с окружающими. Реальность переживаний, связанных с изоляцией и социальной депривацией, порождает в этих случаях не отражение внутреннего аспекта жизненного мира окружающих (их феноменологическую перспективу), а элементарный эмоциональный отклик на нечто, возникающее в воображении (1). При этом не используется ни собственный эмоциональный опыт, ни когнитивные аспекты эмпатического взаимодействия (13).

Высокие показатели эмпатии у части больных шизофренией с длительными сроками групповой изоляции и социальной депривации можно объяснить тем, что в замкнутом коллективе оттачивается способность людей понимать эмоциональное состояние друг-друга. Длительная изоляция больных в состоянии ремиссии продуктивных симптомов и необходимость приспособиться и выживать в сложившихся условиях, предполагает наличие (как одного из защитных механизмов) тенденции к эмпатийной отзывчивости и эмпатийному взаимодействию с окружающими, проявляющихся в реальных отношениях терпения, заботливости, сочувствия, взаимной поддержки. В этих случаях высокий уровень эмпатии, продемонстрированный в эм-

пирическом исследовании, свидетельствует о существенном влиянии исполняемой в течении продолжительного времени социальной роли, о достаточно высоком уровне жизнестойкости больных, в частности, их вовлеченности, ощущении самооценности и стремлении включаться в решение конкретных жизненных задач даже при наличии стрессогенных факторов (19).

Однако в этом состоит и негативный компонент тесного эмпатийного взаимодействия: узнать друг о друге все чревато в условиях плохой совместимости фиксацией на уязвимых особенностях окружающих, созданием конфликтных ситуаций и отходом от просоциального поведения. С другой стороны, в условиях принудительной долговременной групповой изоляции пациенты находятся «под постоянным прицелом» друг у друга, вынуждены все время контролировать эмоции, подавлять свои чувства и желания.

При этом следует иметь ввиду, что доступная социальная поддержка в качестве модераторного эффекта смягчает негативное воздействие изоляции, независимо от степени изолированности больных, а степень реализации ожиданий относительно социальной поддержки проявляется с увеличением степени изолированности группы (20). Это подтверждается такими элементами относительной социальной комфортности и субъективной оценки уровня удовлетворенности жизнью больных, находящихся на принудительном лечении, как приближение условий пребывания к «домашним», организованный досуг, возможность отправления религиозных обрядов, масштабные реабилитационные мероприятия, социальные тренинги, пенсионное обеспечение, возможность творческой деятельности. Такой уровень социально психологической поддержки существенно превышает объем социализирующих, а следовательно, усиливающих эмоционально – эмпатических возможностей больных мероприятий, проводимых как в условиях обычного психиатрического стационара, так и во внебольничных условиях. Именно поэтому высокий уровень эмпатических тенденций значительно чаще встречается у больных, нахо-

дящихся на принудительном лечении. Однако такой уровень эмпатии в условиях сенсорной депривации и иммобилизации волевых усилий больных содержит в себе риск возникновения противоположных форм эмоционального реагирования (подозрительность, враждебность, агрессивность) при их столкновении со стигматизирующими и фрустрирующими нагрузками после завершения принудительного лечения.

Таким образом, долговременная изоляция у больных шизофренией сопровождается общим снижением объема и разнообразия приходящих информационных потоков, количества источников коммуникации и коммуникаторов. Это постепенно приводит к уменьшению коммуникативной активности как элементу успешного приспособления к существованию в обедненной, монотонной информационной среде. Оценивая низкие показатели эмпатии, а также качественные ее характеристики у больных с длительными сроками изоляции и социальной депривации, с учетом существенной роли эмпатийных тенденций и установок в просоциальном поведении человека (15), можно прийти к выводу о низком уровне просоциальной активности у этого контингента больных, а следовательно, о большей вероятности прогнозируемого асоциального поведения, по сравнению с кратковременно госпитализируемыми больными. В то же время, модерирующие эффекты социальной поддержки, более широко представленные в отделении, осуществляющем принудительное лечение, по сравнению с краткосрочными госпитализациями, «смягчают» негативные последствия долговременной изоляции, способствуют повышению стрессоустойчивости больных, что можно рассматривать как один из факторов, снижающих вероятность реализации социально-опасных действий больных шизофренией.

Проведенное исследование показало, что сам по себе уровень эмпатийных тенденций не является надежным критерием про- или асоциального поведения. Его следует учитывать в комплексе с другими личностно-психологическими особенностями и ресурсными возможностями больных.

ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ЕМПАТІЙНИХ ТЕНДЕНЦІЙ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ В УМОВАХ ДОВГОСТРОКОВОЇ ІЗОЛЯЦІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті описані особливості емпатійних тенденцій у хворих на шизофренію з довготривалою ізоляцією та соціальною депривацією. Обстежено 120 хворих з різними термінами соціальної ізоляції. Виділено три рівні емпатії, властивих хворим порівнюваних груп: високий, середній і низький. Виявлено переважання середнього рівня емпатійних тенденцій в обох групах (50% хворих в основній групі і 72% у групі порівняння). (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 1 (33). — С. 58-63).

O.K. Maltapar, V. Al. Abramov

LEVEL FEATURES EMPATHETIC TRENDS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN THE LONG-TERM ISOLATION AND SOCIAL DEPRIVATION

M. Gorky Donetsk National Medical University

This article describes the features of empathy tendencies in schizophrenic patients with long-term isolation and social deprivation. 120 patients with various terms of social exclusion. Three levels of empathy inherent in comparison groups: high, medium and low. Revealed the prevalence of mid-level empathy trends in both groups (50% of patients in the intervention group and 72% in the comparison group). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 58-63).

Литература

1. Орлов А. Б. Феномены эмпатии и конгруэнтности / Орлов А. Б., Хазанова М.А // Вопросы психологии. — 1993. — №4. — с.68-73.
2. Разумов С. А. Эмоциональный стресс в условиях норм и патологий человека Л., 1996.
3. Хрящева Н.Ю. Особенности психологических состояний в условиях изоляции // Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л. В. Куликова СПб., 2000.
4. Човдырова Г. С. Проблемы повышения психологической стрессоустойчивости личного состава системы МВД России в экстремальных условиях М., 1998.
5. Иган Дж. Базисная эмпатия как коммуникативный навык / Журнал практической психологии и психоанализа. — 2001. — № 1. — с.34-38.
6. Пузыревский В.Ю. // Феномен эмпатии в контексте современной западной философии // СПб. 2001.
7. Ягнюк К. В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2003. - №1. — с.17-21.
8. Корсини Р., Ауэрбах А. Психологическая энциклопедия. — СПб. : Питер, 2006.
9. Блейхер В. М. Толковый словарь психиатрических терминов, НПО МОДЭК, Воронеж, 1995.
10. Роджерс К. Эмпатия. // Психология мотивации и эмоций (под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер и М. В. Фаликман). — М. : ЧеРо, 2002.
11. Мансер С., Линг Дж. Психометрический анализ фактора эмпатии (EQ) // Personality and Individual Differences / Пер. Разумова Л. Д. — 2006.
12. Гиппенрейтер Ю. Б., Карягина Т. Д., Козлова Е. Н. Феномен конгруэнтной эмпатии // Вопросы психологии.— 1993. — №4. — С. 61-68.
13. Тютяева О.В. — Функциональные механизмы эмпатийного воздействия // «Вокруг планеты всей: любопытная информация на любые темы: Психология.» — 2009.
14. Сопиков А.П. Механизм эмпатии. //В сб. «Вопросы психологии познания людьми друг друга и самопознания. Краснодар: Изд-во Кубанск. ун-та., 1977. — с.24-27.
15. Соболев С. И. Роль эмпатийной установки в просоциальном поведении в теории Д. Батсона // Личность, семья, общество: вопросы педагогики и психологии / сб. статей. —М.: Эксмо, 2013. — №33. — С. 175-179.
16. Тарасова Л. Н. К проблеме просоциального поведения в русской философской мысли // Сборник трудов SWorld. — 2013. — Т. 24. — №3. — С. 43-46.
17. Елеференко И.О. Эмпатия. — СПб.: Гаруда, 2003.
18. Юсупов И.М. Психология эмпатии. (Теоретические и прикладные аспекты). Автореф. дис. д-ра пс. наук. СПб., 1995.
19. Александрова, Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии Текст./Л. А. Александрова // Сибирская психология сегодня: Сб. научных трудов. Вып. 2/ Под. ред. М.М.Горбатовой. Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004 - С.82-90.
20. Лепшинский Н.Н. Модерирующие эффекты социальной поддержки в условиях относительной групповой изоляции // Социальная психология и общество. 2011.
21. Циринг Д. А. Психология личностной беспомощности : учебное пособие / Д. А. Циринг // М.-2005. -120с.
22. Seligman M.E.P. Helplessness: On Depression, Development and death. San Francisco, 1975.

Поступила в редакцию 18.02.2014