

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 1 (33), 2014 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В. А. Абрамов

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

О. В. Абрамов (відповідальний секретар), І. О. Бабюк, М.П. Бєро, Ю.В. Думанський, І.І. Зінкович, Б. Б. Івнєв, В. М. Казаков, Б. В. Михайлов, В. Б. Первомайський, В. С. Підкоритов, Т. Л. Ряполова, І. К. Сосін, С. В. Тігієвський, Л. Ф. Шестопалова, Л. М. Юр'єва.

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Ю. А. Александровський (Росія), О.М. Бачеріков (Україна), В. С. Бітенський (Україна), П. В. Волошин (Україна), В.А. Вербенко (Україна), В. Л. Гавенко (Україна), С. Є. Казакова (Україна), М. М. Кабанов (Росія), В. М. Кузнєцов (Україна), В.М. Козідубова (Україна), Г.М. Кожина (Україна), Н. О. Марута (Україна), В. Д. Мішієв (Україна), О. К. Напрєєнко (Україна), Б. С. Положий (Росія), Н. Г. Пшук (Україна), А. М. Скрипніков (Україна), П. Т. Сонник (Україна), І. Д. Спіріна (Україна), С. І. Табачніков (Україна), О. О. Фільц (Україна), О.С. Чабан (Україна), А. П. Чуприков (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 15891-4363 ПР від 13.11.2009р.

Наукове фахове видання в якому можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (Затверджено постановою президії ВАК України від 14.04.2010р. № 1-05/3)

Рекомендовано до друку та поширення через мережу інтернет Вченою радою Донецького національного медичного університету ім.М.Горького (протокол № 2 від 21.03.2014р.).

Адреса редакції:

Україна, 83037, м. Донецьк, вул. Одінцова, 19. Обласна клінічна психіатрична лікарня, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету. *Тел./факс:* (0622) 77-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

сайт журналу: psychiatry.dsmu.edu.ua

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ	3	CONTENTS
ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ		PROBLEM ARTICLE
Абрамов В.А., Пыркков С.Г., Выговская Е.М., Голоденко О.Н. Современные парадигмы оказания психиатрической помощи	5	Abramov V.A., Pyrkov S.G., Vygovskaya E.M., Golodenko O.N. Modern paradigms of psychiatric care
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		ORIGINAL INVESTIGATION
Підкоритов В.С., Сазонов С.О., Байбарак Н.А., Серікова О.І., Серікова О.С. Проект клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на біполярний афективний розлад (F31) (Частина перша) Визначення, умови і організація надання допомоги та клініко-діагностична програма	14	Pidkorytov V.S., Sazonov S.A., Baibarak N.A., Syerikova O.I., Serikova O.S. The project clinical protocols of care for patients with bipolar affective disorder (f31) (part one) definition, conditions and organization of assistance, clinical and diagnostic program
Пуятин Г.Г. Экзистенциальная исполненность и самостигма у больных шизофренией	19	Putyatın G.G. Existential resources and self-stigma in patients with schizophrenia
Помилуйко А.А. Жизнестойкость и копинг-стратегии у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	25	Pomiluiko A.A. Resilience and coping strategies in patients with diseases cardiovascular
Вербовий П. П. Індивідуально-психологічні особливості подружжів з порушенням життєдіяльності сім'ї внаслідок безпліддя у чоловіка, в залежності від його тривалості	35	Verbovoj P. P. Individual psychological characteristics spouses in violation of life family due infertility in men, depending on its duration
Маркова М.В., Венювцева Н.Ю. Алекситимия как один из преморбидных индивидуально-особистісних факторів в генезі соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи у підлітків, в аспекті їх медико-психологічного супроводу на етапі стаціонарного лікування	43	Markova M., Venovtseva N. Alexithymia as one of the premorbid personal factors in development of somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system in inpatients adolescents in case of medical and psychologicas support
Юр'єва Н.М. Взаємозв'язок клініко-психопатологічних і психосоціальних чинників в генезі гендероспецифічної дезадаптації соціального функціонування у жінок, хворих на параноїдну шизофренію	48	Yrieva N.M. Correlations between clinical, psychopathological and psychosocial factors in genesis of des adaptation and social functioning, in women with paranoid schizophrenia
Малтапар О.К., Абрамов В. Ал. Особенности уровня эмпатийных тенденций у больных шизофренией в условиях долговременной изоляции и социальной депривации	58	Maltapar O.K., Abramov V. Al. Level features empathetic trends in patients with schizophrenia in the long-term isolation and social deprivation
Шелестова М.А. Клинико-психопатологическая характеристика больных шизофренией с лекарственно-индуцированными двигательными нарушениями	64	Shelestova M.A. Clinical and psychopathological characteristics of patients with schizophrenia and drug-induced movement disorders
Абдрыхімова Ц. Б. Психологічні адаптаційні механізми в генезі непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу	70	Abdryahimova C. B. Psychological adaptation mechanisms in genesis of non-psychotic mental disorders in partially sighted traumatic genesis

Осокина О.И. Феноменологический анализ и психотерапевтическая работа со смыслом и бессмысленностью у пациентов, перенесших первый эпизод психоза **78**

Osokina O.I. Phenomenological analysis and psychotherapeutic work with meaning and meaninglessness in patients with the first episode of psychosis

В.А. Абрамов, С.Г. Пырков, Е.М. Выговская, О.Н. Голоденко

СОВРЕМЕННЫЕ ПАРАДИГМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: парадигма деинституционализации, юридическая, биомедицинская, ценностно-гуманистическая, интегративная, личностно-ориентированная

В современных условиях процесс оказания психиатрической помощи должен основываться на общепринятой парадигме и научно обоснованной концептуальной базе. Парадигма определяется как система теоретических и методологических предпосылок, на которых базируется соответствующая деятельность. В таком по-

нимании, как отмечают В. Б. Первомайский и соавт. (2003), парадигма современной психиатрии еще далека от своего полного оформления.

Существует множество мировоззренческих подходов к пониманию психиатрической проблематики. Основные из них представлены на рис. 1.



Рис. 1 Мировоззренческие подходы к пониманию психиатрической проблематики

Юридическая парадигма. Юридическая парадигма в психиатрии (парадигма юридического контроля над оказанием психиатрической помощи) находит опору в понятиях законности и защиты прав пациента. Изоляция, принуждение, недобровольное лечение, физическое ограничение, дискриминация, любые другие формы унижения человеческого достоинства пациента – всё это подлежит правовой оценке и регуляции с помощью юридических механизмов. Однако эта парадигма не в состоянии устранить базового противоречия психиатрической помощи – «защитить окружающих, не навредив пациенту». Защита общества от возможных посягательств и неадекватных действий лиц с психическими расстройствами нередко превращается в главный принцип оказания психиатрической помощи и «дамклов меч» для жизнедеятельности больного вопреки законодательно ус-

тановленному приоритету соблюдения свобод и законных интересов человека и фундаментального права жить той жизнью, которую он для себя изберёт. Необоснованные изоляция и принуждение, а также стигматизация и дискриминация пациентов, продолжающие оставаться обязательными компонентами психиатрической помощи, представляют главную опасность для будущего психиатрии как медицинской специальности.

Биомедицинская парадигма. Основой биомедицинской (научной, естественнонаучной) парадигмы является концепция доказательной медицины или научно-обоснованной клинической практики. Однако реализация такого подхода в психиатрии существенно затрудняется из-за отсутствия чётких представлений о содержании понятия «психическая норма» и закономерностях психической деятельности здорового чело-

века, что делает методологически некорректным идентификацию психопатологических феноменов и лежащих в их основе механизмов.

Биомедицинская модель психиатрической помощи ориентирована на генетические и клинико-биологические составляющие психического расстройства, которое определяется (диагностируется) на основе конкретных клинических критериев и симптомов. Ее цель – устранение или «смягчение» психопатологических симптомов (улучшение психического состояния), достижение ремиссии продуктивных симптомов, предупреждение рецидивов заболевания и социально опасных действий больных. Терапевтические подходы в рамках этой модели – это приоритетное использование психофармакотерапевтических средств и методов, которые при отсутствии четких данных о патогенезе большинства психических расстройств можно рассматривать как симптоматическое паллиативное лечение.

С другой стороны, биомедицинская модель психиатрической помощи – это рутинный («cook-book») подход к лечебно-диагностическому процессу, не позволяющий индивидуализировать оказание медицинской помощи, учесть все составляющие психического расстройства, и в тоже время оказывающий значительное влияние на современное законодательство и социальную (преимущественно патерналистическую) политику в области психического здоровья. Эта традиционная модель психиатрической помощи: 1) не учитывает ни одного из критериев психического здоровья ВОЗ; 2) содержит предпосылки для медикализации любых проблем психического здоровья и личности пациента с высоким риском превращения его в объект психиатрического вмешательства; 3) не выходит за рамки идентификации психического расстройства как «совокупности психопатологических симптомов»; 4) не содержит личностно-ориентированных ценностно-гуманистических аспектов, декларируемых Законом Украины о психиатрической помощи (ориентирована на болезнь, а не на больного); 5) не содержит необходимых предпосылок для осуществления реабилитационной пациент-центрированной деятельности и возвращения пациенту психического здоровья, соответствующего критериям ВОЗ; 6) сопровождается высоким риском стигматизации, дискриминации, социальных ограничений и социального отторжения больного; 7) рассчитана только на симптоматическое восстановление и не затрагивает других составляющих психического расстройства.

Таким образом, традиционные подходы к оказанию психиатрической помощи, ограниченные медицинской парадигмой, не входят ни в число методов доказательной медицины, основанных на научных фактах или экспериментальных исследованиях, ни в число личностно-ориентированных ценностно-гуманистических методов. Такая помощь на самом деле основана на принципах диагностического, классификационного и терапевтического консенсуса, имеющего самую низкую степень доказательности и высокий риск профессиональных ошибок.

Кроме того, биомедицинская модель психиатрической помощи, как правило, не учитывает совокупность позитивных аспектов здоровья – адаптивное функционирование, экзистенциальные параметры личностной направленности (цели и смысл жизни, ответственность и свобода выбора, передача и прием полномочий по управлению болезнью), поддержка, качество жизни, личностное достоинство, которые являются основой для укрепления здоровья [1]. Неспособность осознать человеческое достоинство больных психическими расстройствами, а также признать высокую ценность психического здоровья индивида и общества, выражаются в частом игнорировании личностно-центрированного подхода в психиатрии.

Ценностно-гуманистическая парадигма. Декларации этического содержания содержатся в многочисленных международных документах, в виде отдельных принципов они сформулированы в Законе Украины о психиатрической помощи. В этих документах представлены основные ценностные особенности психиатрического вмешательства, в частности право пациента на: 1) получение безопасной и соответствующей современному уровню научных знаний психиатрической помощи, эффективность которой доказана; 2) гуманное отношение, исключающее унижение чести и достоинства человека. К сожалению, в реальной клинической практике эти принципы не выходят за рамки декларации, они не включены в клинические протоколы, а, следовательно, не являются обязательными и поэтому далеко не в полной мере реализуются.

Как парадигма, ценностно-гуманистический подход к пациенту с психическим расстройством не используется, не учитывается индивидуальный характер процесса выздоровления, многочисленные субъективные факторы, включая отношение самого пациента к проблемам, возникающим в связи с болезнью. Игнорирование этических подходов обычно не рассматри-

вается как недоброкачественная клиническая практика, а персонал не несёт ответственности, в частности, за причинение вреда пациенту в связи с формированием и травматическими переживаниями стигмы, как результата соответствующего психиатрического вмешательства. Это делает терпимым отношение медперсонала к дегуманизирующим эффектам психиатрической помощи и объясняет причину настороженности и нежелания людей обращаться к психиатру. Поэтому ценностно-гуманистический подход является важнейшей составляющей психиатрической помощи, а если учесть низкий терапевтический потенциал медикаментозного лечения и социальную уязвимость пациентов, то он приобретает ещё большее значение и нуждается в чёткой технологической регламентации.

Парадигма социального включения или возвращения социального гражданства. Жизнь с психической болезнью – это ещё и жизнь с сопровождающими эту болезнь серьёзными социальными потерями и невозможным дефицитом социальных возможностей и перспектив [2].

Парадигма социального включения пациента предполагает в качестве ключевого использовать понятие социального гражданства как статуса индивида, определяющего возможности его участия в жизни общества, что, по сути, означает наличие возможности участвовать в таких значимых практиках как работа, досуг, политическая и религиозная занятость, принятие решений, оформляющих или изменяющих состояние общества. В этом контексте психическое расстройство можно рассматривать как социальный конструкт, а изменение социального положения и жизненной ситуации людей, страдающих психическим заболеванием, становится возможным только в случае изменения доминирующих представлений об этих заболеваниях и тех мерах и действиях, которые нужно принять по отношению к больному.

Парадигма деинституционализации традиционно длительному пребыванию больных в психиатрических отделениях противопоставляет так называемое движение общественной психиатрии, подразумевающее долгосрочную внебольничную помощь и систему поддержки психически больных на базе специально созданных центров психического здоровья. Однако деинституционализация не ограничивается сокращением численности пациентов психиатрических больниц, а предполагает отказ от догм и стереотипов в организации и осуществлении психиатрической помощи, базирующихся на принципах

«панклинцизма» и «госпиталоцентризма». Ее сущность сводится, во-первых, к действенной персонификации отношения персонала к пациентам и лечебно-реабилитационной тактике и, во-вторых, к возможности использования разнообразных видов, условий и форм помощи в соответствии с потребностями пациента и при его активном участии в лечебном процессе.

Таким образом, в современных условиях процесс оказания психиатрической помощи не опирается на общепринятую научно обоснованную концептуальную базу. Достижения современной биологии, психологических и социальных наук, анализ взаимодействия между социальными и биологическими детерминантами поведения делает актуальным преодоление как односторонне биологических подходов в психиатрии, так и теорий, ориентированных исключительно на социогенез психических расстройств. Разработка интегрированной модели, применимой к различным аспектам теоретической и практической психиатрии, задача чрезвычайно сложная, главным образом, по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих психическое состояние человека (здорового и больного). Однако недостаточная эффективность традиционно используемых в психиатрической практике психофармакологических средств (старого и нового поколения) настоятельно требует создания такой лечебно-диагностической парадигмы, которая учитывала бы весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинко-биологических детерминант.

По мнению В. И. Полтавца [3], новая парадигма в психиатрии должна предусматривать:

1. Постепенный переход от рассмотрения пациента как объекта психиатрической помощи к отношению к нему как к субъекту лечебно-реабилитационного процесса;
2. Более четкое определение содержания категории «психическое здоровье» и «психическая норма» с учетом позиции транскультурального подхода, идей толерантности и максимального внимания к индивидуальности человека;
3. Переход к пониманию психиатрической помощи не как суммы медицинских приёмов, направленных на восстановление здоровья, а как мультидисциплинарной сферы деятельности, которая имеет целью интеграцию или реинтеграцию пациента в общество.

Биопсихосоциальная парадигма. С нашей точки зрения, концептуальной и прагматической основой подхода, который удовлетворял бы этим

требованиям и обеспечивал возможность реализации реабилитационных, гуманистических и мультидисциплинарных (бригадных) технологий оказания психиатрической помощи, является биопсихосоциальная модель возникновения психических расстройств и лечения больных. Без глубокого познания, принятия и ассимилирования этой истины специалистами и организаторами здравоохранения существенно страдает качественная составляющая психиатрической помощи, направленная в этих случаях только на ослабление и контроль симптомов.

Такой системный или интегративно-аналитический подход к пониманию сущности психических расстройств, проблем пациента и оказанию эффективной психиатрической помощи – направление правомерное, теоретически целесообразное и практически оправданное. Для того, чтобы оно было реализовано в клинической практике, его следует распространить на все составляющие лечебно-диагностического процесса и теоретические основы психиатрии. Т.Б. Дмитриева и соавт. [4] считает необходимым системный подход к решению клинических проблем в их специфическом преломлении на социальном, социально-психологическом и личностном уровнях с выделением на каждом из них наиболее информативных подсистем и выяснением существующих взаимосвязей. В более упрощенном контексте польза системного подхода состоит не только в том, что «о вещах начинают мыслить упорядоченно, по известному плану, но и в том, что о них начинают мыслить вообще».

С нашей точки зрения, в настоящее время нет альтернативы интегративному пониманию патогенетической сущности психических расстройств, одновременно учитывающему биологические, психологические и социальные аспекты любого психического заболевания, в том числе, в рамках концепции нелинейного взаимного структурного сцепления между различными взаимодействующими феноменологическими областями [5]. Такое, интегративное, понимание психического расстройства («психиатрия трех измерений» по Л. Чомпи [6]) дает надежную научную основу для разработки современных многоосевых диагностических технологий, алгоритма и структуры реабилитационного диагноза, а также многовекторной медико-психологической и социальной помощи пациентам.

В частности, в рамках биопсихосоциальной модели шизофрении существенное значение в ее возникновении, клинических проявлениях и

реабилитационном потенциале имеют адаптивно-компенсаторные механизмы. Большинство исследователей считает, что адаптация – это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии со средой [7], а компенсация – это реакция организма на препятствие к адаптации, призванная сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов [8]. Т.Б. Дмитриева [9] рассматривает адаптационные и компенсаторные механизмы с позиций антагонистической регуляции функции, направленной на поддержание оптимального динамического равновесия (гомеостаза) между организмом и средой. С этой точки зрения адаптацию и компенсацию можно рассматривать как составные элементы единого процесса приспособления, имея в виду способность больных приспособительно реагировать на изменения в социально-экологической среде, т.е. внутреннюю их готовность приспособляться к тем или иным условиям жизни.

Таким образом, создаваемое в рамках биопсихосоциальной модели целостное понимание болезни связано с представлениями о комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, об уровнях психической и социальной адаптации пациента. Каждая составляющая этого комплекса характеризуется соответствующим типом системных измерений:

1. Клиническое измерение – симптомы, синдромы, диагностические категории.
2. Личностно-психологическое измерение – уровень зрелости и адаптивных ресурсов личности, особенности копинг стратегий и защитных психологических механизмов, способность совладания с симптомами болезни.
3. Социальное измерение: а) особенность социально-ролевого функционирования и приспособительного поведения пациента; б) навыки решения жизненно важных проблем; в) уровень ресурсов поддержки пациента в сообществе.

В этой плоскости предмет психиатрии может быть обозначен как нозос в системе сложных внутриличностных и межличностных отношений. В случае уже развившегося заболевания клинический прогноз определяется в значительной степени характером болезни и в меньшей степени – психологическими и психосоциальными

ми характеристиками, однако социальный прогноз обуславливают преимущественно психологические и психосоциальные характеристики. При этом, какого бы уровня и качества социальной адаптации мы не добивались, всегда следует помнить, что биологические лечебные сдвиги не являются финалом курирования больных, что на их основе может и должна быть развернута дифференцированная реабилитационная программа воздействий, позволяющая включить и использовать максимум сохраняющихся у больного компенсаторных возможностей.

Таким образом, цель психиатрической помощи в рамках биопсихосоциальной модели психиатрии не ограничивается «лечением» расстройства. Она может быть сформулирована как возвращение личности способности жить в системе социально-психологических отношений, адекватных ее оптимальным возможностям. Как предмет, так и цель психиатрии, исходящей из биопсихосоциальной модели, сопряжены с оценкой динамической системы отношений личности. Биопсихосоциальная парадигма закономерно приводит к осознанию того факта, что реальность психического расстройства не может быть полностью охвачена средствами естественнонаучной методологии и требует методологии гуманитарного познания, в частности, использования герменевтического подхода в диагностике, лечении и оценивании достигнутого результата. При этом существенно меняется понимание позиции пациента в ходе оказания психиатрической помощи – сутью вмешательства становится постепенное наделение пациента возможностями и полномочиями субъекта помощи, или процесс перехода от терапевтического субъект-объектного патернализма к оптимальным субъект-субъектным помогающим профессиям [10].

Принцип системности в психиатрии можно распространить на различные виды коммуникативного поведения и взаимоотношений между врачом и пациентом, феноменологическую трактовку психических состояний, проблемы личности, ее психической адаптации и социального функционирования, отношения пациента с окружающей средой. Не менее важным представляется использование системного (целостного) подхода при организации психиатрической помощи, проведении восстановительного лечения и медико-социальной экспертизы.

Проблема реабилитации также может быть понята в свете современных представлений о системном подходе как динамической системе

взаимосвязанных биопсихосоциальных компонентов. Рассмотрение пациента с психическим расстройством в контексте объединенной медицинской, психологической и социальной моделей является особой методологической установкой, позволяющей избежать альтернативного противопоставления социального и биологического в понимании целей и задач реабилитации. Такой подход основан на представлении о реабилитации как системе, направленной на достижение определенной цели (частичное или полное восстановление личного и социального статуса больного) особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, с учетом как клинко-биологических, так и психологических, а также социальных факторов [11].

Личностно-ориентированная парадигма. Интерес к целостной личности пациента обусловлен растущим значением интеграции психического здоровья в общее здоровье и практику общественного здравоохранения, а также является ответом на множество недостатков биологически ориентированной психиатрии, включая пренебрежение к нуждам реальных людей [12]. Главный ракурс этого направления предполагает использование теории, которая изучает не только болезненные, но и позитивные проявления, а также биологическую, психологическую, социальную, культурную и духовную структуру личности [13]. В контексте такого методологического фокуса адекватными представляются холистический подход к психиатрическому обслуживанию (подход к человеку как к целостной личности, как к индивиду с личными проблемами и переживаниями), а также такие основополагающие принципы реабилитации как единство биологических и психосоциальных методов воздействия и разносторонность (разноплановость) вмешательств для реализации реабилитационной программы [11]. В этой связи можно говорить о различных модулях реабилитационной стратегии, ориентированных как на клинко-биологический субстрат болезни, так и на особенности личности, и социально-ролевого функционирования пациента.

Высокая значимость проблем личности при оказании психиатрической помощи нашла отражение в институциональной программе Всемирной психиатрической ассоциации «Личностно-ориентированная психиатрия: от клинической помощи к охране общественного здоровья» (IPPP); одобренная Генеральной Ассамблеей в

2005 году, она делает центром и основной мишенью клинической помощи целостную личность пациента, взятую в контексте ее функционирования на уровне отдельного индивида и общества. Из этого вытекает необходимость использования при оказании психиатрической помощи научных и гуманистических подходов, при этом личностно-ориентированная психиатрия рассматривается как долговременная инициатива, направленная на то, чтобы инновационным образом изменить основной фокус приложения усилий в психиатрии, согласовав их с глубокой сущностью этой дисциплины.

В рамках концептуального компонента программы IPPP предусматривается интенсификация исследований позитивных аспектов здоровья и целостных особенностей личности по следующим направлениям: а) исторический подход: эволюция личностно-центрированных подходов в психиатрии; б) философский подход: глубокое обоснование здоровья и личностно-центрированной помощи; в) этический и ценностный (антистигматизационный) подход: аксиологическое вовлечение личностно-ориентированной психиатрии; г) биологический подход: генетические, молекулярные и физиологические основы личностно-ориентированной психиатрии, включающие индивидуализированное понимание болезни, здоровья и процессов помощи; д) психологический подход: феноменологические, обучающие и другие психологические основы личностно-ориентированной помощи; е) социально-культурный подход: контекстуальная структура широкого понимания здоровья и плюралистическое значение личности в медицине; ж) подход всех заинтересованных лиц (участников сферы психического здоровья): интерактивная вовлеченность в развитие и использование личностно-ориентированных концепций и методов всех заинтересованных лиц, в том числе пациентов и их родственников, специалистов и руководителей службы, представителей фармацевтической индустрии и социальных защитников.

Цель клинико-диагностического компонента IPPP заключается в разработке личностно-ориентированных интегративных диагнозов (РІД). В основе лежит концепция диагноза, определяемого как описание позитивных и негативных аспектов здоровья в их взаимодействии внутри жизненного контекста личности, включая ее достоинства, ценности и устремления. Отправной точкой развития РІД будет схема, сочетающая стандартизованные мультиосевые и лично-

стно-идеографические формулировки Международного руководства ВПА по диагностическим оценкам.

Цель терапевтического компонента IPPP заключается в том, что центральной мишенью воздействия является не болезнь (что часто делает помощь неэффективной), а совокупность позитивных аспектов здоровья (адекватное функционирование, ресурсы, благополучие, поддержка, качество жизни), а также достоинство личности, которой оказывается помощь. Дополнительный импульс от теоретического и клинического развития личностно-ориентированной психиатрии получит и деятельность, направленная на укрепление психического здоровья и профилактику психических болезней.

Необходимость совершенствования гуманистических подходов при оказании психиатрической помощи прослеживается и в Европейской декларации по охране психического здоровья, принятой в 2005 году, и в Европейском плане действий по охране психического здоровья. Среди приоритетных задач – способствование более широкому осознанию значения психического благополучия; борьба со стигматизацией, дискриминацией и социальной изоляцией больных, обеспечение защиты прав человека и человеческого достоинства, уважительные отношения к их личным предпочтениям, разработка и внедрение комплексных интегрированных систем охраны психического здоровья. Таким образом, концепция личностно-ориентированной психиатрии исходит из того, что ценность и достоинство личности должны стать важной отправной точкой действий по охране общественного здоровья. Эти идеи нашли отражение в названии 14-го Всемирного конгресса по психиатрии (Прага, 2008) «Наука и гуманизм для личностно-центрированной психиатрии», на котором продекларирована необходимость выполнения поставленных перед психиатрией задач на высоком научном, гуманистическом и этическом уровне.

Это означает, что при диагностике и терапии необходим более широкий подход с использованием данных не только клинической психиатрии и клинической психологии, но и данных социальной психологии, социологии, культурологии, этики, эстетики, педагогики. Современная стратегия деятельности психиатра должна быть основана на понимании единства естественно-научного и гуманитарного знания, на использовании всего арсенала наук о человеке. При этом нужно осознавать, что теоретическое и практическое развитие личностно-ориентиро-

ванной психиатрии вносит мощный импульс в развитие системы здравоохранения, направленной на укрепление психического здоровья, профилактику психических болезней и обеспечение эффективной и гуманной службы помощи. Личностно-ориентированная психиатрия существенно дополняет традиционную медицинскую модель психиатрической помощи, дает представление о процессе функционального восстановления больных и указывает новые направления в деятельности психиатрических служб: 1) пациент-центрированный и ценностно-ориентированный подходы с направленностью помощи на восстановление целостности личности больного, с опорой на его потребности и ценностную систему ориентаций, с оказанием помощи в продвижении за пределы системы психиатрической помощи, где пациенты могут получить значимые, социально ценные роли и самореализоваться; 2) сотрудничество с пациентом при осуществлении психиатрической помощи, партнерские отношения «врач-пациент»; 3) предоставление пациенту возможности выбирать свои цели, способы их достижения и специалистов лечебных учреждений; 4) доступность получения психиатрической помощи (быстрый доступ в медицинские учреждения, доступная связь со специалистами); 5) обязательная реабилитационная работа с коррекцией личностной направленности больных (цели, ценности, установки, мировоззрение, оптимизм, надежда на будущее) и экзистенциальных данностей (смысла опыта психоза и смысла жизни в целом, свободы выбора, принятия решений, ответственности и т. д.); б) формирование активной позиции пациента, передача ему полномочий по самоуправлению своей болезнью, взятию на себя ответственности за свою жизнь; 7) фокусировка на сообщество (подготовка пациента к жизни в обществе, присоединение поддержки близких).

Личностно-ориентированные подходы при взаимодействии с пациентами оперируют терминами и понятиями, не совсем привычными для практической психиатрической деятельности, функционирующей в рамках традиционной медицинской модели. Используемая в рамках гуманистического ключа терминология (ценностная ориентация, личностный смысл, личностный процесс, само- и взаимопомощь, сильные стороны личности, свобода выбора, дистресс, ответственность, самоуправление болезнью, передача полномочий пациенту), обладает сама по себе терапевтическим эффектом, способствует и укрепляет процесс функционального вос-

становления личности больных психозами.

Оказание помощи, центрированной на пациенте, опирается на такие понятия, как самость (самоидентичность) – представление о себе, восприятие собственного сознания как самотождественного, а себя самого – как уникальной, онтологически целостной и самостоятельной личности; условие ценности самого себя, связанное с правильной оценкой себя и своих возможностей; признание важности познания себя через социальные отношения.

Пациент-центрированный подход при оказании психиатрической помощи базируется на следующих принципах: 1) признание стремления каждого человека к состоянию баланса, гармонии и здоровья (выздоровления); 2) признание наличия заложенного в пациенте ресурса (потенциала), сильных сторон его личности, развитие и ориентирование которых в нужном направлении позволит пациенту обрести автономность в решении проблем и реализации своих потребностей; 3) формирование мотивации пациента в личностном росте и самореализации путем поощрения его активной позиции и установления с ним партнерских отношений; 4) восприятие в процессе лечебно-реабилитационной работы пациента как личности, как живого человека, а не как формального субъекта профессиональной деятельности или носителя болезненных симптомов; 5) стимулирование участия пациента в дизайне и осуществлении психиатрической помощи с использованием не только эффективных, проверенных опытным путем вмешательств, но и тех мероприятий, которые воспринимаются как значимые самими пациентами; 6) ориентация в процессе реабилитационной деятельности на потребности пациента, поставленные им личностные цели; 7) ориентация на доверие пациенту и передача ему ответственности, полномочий и контроля над своей болезнью и жизнью в той степени, в которой пациент может их принять и реализовать; 8) фокусировка на интеграцию пациентов в сообщество, при наличии их готовности видеть возможности реализации себя в обществе, наличии у них целей, ценностей и видения смысла жизни.

Личностно-ориентированная психиатрическая помощь реализуется также через позитивный подход к личности пациента и имеющимся у него нарушениям. Суть позитивного подхода заключается в стремлении изменить негативную точку зрения пациента на свою болезнь и ее симптомы, изменить субъективный взгляд на ситуацию и самого себя, следствием чего является

повышение самооценки и формирование мотивации на поиск новых возможностей и личностных ресурсов в борьбе с болезнью. Такой подход к пациентам с психическими расстройствами включает:

- во-первых, а) позитивную интерпретацию симптомов, поведения больного и болезни в целом; б) положительную формулировку терминов и определений, касающихся пациента, болезни и ситуации, связанной с госпитализацией; в) нахождение позитивных аспектов психиатрического опыта и конструктивное его использование; г) фокусировку на достоинствах и ресурсных аспектах личности, а не акцентирование внимания пациента на проблемах, недостаточности и дефицитарности;

- во-вторых, вербализацию во время работы с пациентами термина «выздоровление», «здоровье», что несет терапевтическую нагрузку с точки зрения субъективного восприятия пациентов;

- в-третьих, акцент на сохранных, здоровых аспектах личности пациента, их вербализация и развитие, поощрение новых, конструктивных способов мышления и поведения;

- в-четвертых, переориентацию взгляда спе-

циалиста с традиционной медицинской модели оказания психиатрической помощи на внимание к субъективному миру пациента, переживанию им экзистенциальных данностей, его мировоззрению и видению им смысла жизни после психоза, уровню его функционирования и реализации себя в социуме, субъективному самоощущению им психического здоровья;

- в-пятых, максимальную актуализацию позитивных личностных особенностей и сведение к минимуму негативных;

- в-шестых, формирование «новой», «послепсихотической» личностной направленности в позитивном ключе, включающей анализ и коррекцию системы ценностных ориентаций, расширение жизненных целей, стимуляцию к принятию решений, активной деятельности и мотивирование к их реализации.

Таким образом, использование личностно-ориентированных подходов к оказанию психиатрической помощи является актуальным и перспективным направлением современной психиатрии. Именно такой подход в состоянии обеспечить пациенту возвращения состояния, соответствующего критериям психического здоровья ВОЗ.

В.А. Абрамов, С.Г. Пирков, О.М. Виговська, О.М. Голоденко

СУЧАСНІ ПАРАДИГМИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті висвітлено особливості різних парадигм надання психіатричної допомоги на сучасному етапі. Показано, що використання особистісно-орієнтованих підходів дає можливість забезпечити пацієнту повернення стану, відповідного критеріям психічного здоров'я ВООЗ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 1 (33). — С. 5-13).

V.A. Abramov, S.G. Pyrkov, E.M. Vygovskaya, O.N. Golodenko

MODERN PARADIGMS OF PSYCHIATRIC CARE

Donetsk national medical university named by M.Gorky

The article highlights the features of the different paradigms of mental health care at the present stage. It is shown that the use of person-centered approach allows the patient to ensure the return of the state corresponding to the criteria of the WHO Mental Health. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 5-13).

Литература

1. Mezzich J.E. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism / J.E. Mezzich // World Psychiatry. — 2007. — № 6. — P. 2 – 8.

2. Польская Н.А. Психически больной в современном обществе: проблемы стигмы / Н.А. Польская // Социологический журнал. — 2004. — №31/2. — С. 145 – 158.

3. Полтавец В.И. Культуральные аспекты современной психиатрии / В.И. Полтавец, И.М. Грига // Вісник асоціації психіатрів України. — 1997. — №1. — С. 92 – 105.

4. Дмитриева Т.Б. История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии / Б.С. Положий // Руководство по социальной психиатрии / [под.ред. Т.Б. Дмитриевой]. — М.: Медицина, 2001. — С. 10 – 35.

5. Luhmann N. Soziale Systeme / N. Luhmann //

GrundrisseinerallgemeinenTheorie. — Frankfurt, 1984.

6. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? Социальная и клиническая психиатрия / Л. Чомпи. — 1999. — №3. — С. 27 – 30.

7. Волошин А.И. Адаптация и компенсация – универсальный механизм приспособления / А.И. Волошин, Ю.К. Субботин. — М.: Медицина, 1987. — 176 с.

8. Ануфриев А.К. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных / А.К. Ануфриев // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. — М., 1974. — С. 18 – 22.

9. Дмитриева Т.Б. Современные общебиологические подходы к оценке психотерапии / Т.Б. Дмитриева // Ж. невр. и психитр. им.

С.С. Корсакова. – 1997. – В. 5. – С. 4 – 6.

10. Карагодина Е.Г. Об особенностях функционирования этических принципов в психодиагностическом процессе / Е.Г. Карагодина, Т.Н. Пушкарёва // Архив психіатрії. – 2004. – №4 (39). – С. 9 – 12.

11. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – Л., 1978. – 233 с.

12. Fulford KWM. Values in psychiatric diagnosis: executive summary of a report to the chair of the ICD-12/DSM-VI coordination task force / KWM Fulford // Psychopathology. – 2002. – №35. – P. 132 – 8.

13. Anthony W.A. The one-two-three of client evaluation in psychiatric rehabilitation settings / W.A. Anthony // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1984. – № 8 (2). – P. 85 – 87.

Поступила в редакцию 18.03.2014

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895.1-071-082

В.С. Підкоритов, С.О. Сазонов, Н.А. Байбарак, О.І. Серікова, О.С. Серікова

**ПРОЕКТ КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД (F31)
(ЧАСТИНА ПЕРША)
ВИЗНАЧЕННЯ, УМОВИ І ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ТА КЛІНІКО-
ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Ключові слова: біполярний афективний розлад, клініка, діагностика, медична допомога

Згідно рішення МОЗ України стандартизація надання діагностично-лікувальної та реабілітаційної допомоги здійснюється через розробку, впровадження та поновлення кожні три роки Клінічних протоколів надання медичної допомоги. Допомога хворим на біполярний афективний розлад (БАР) натапер регламентується Клінічним протоколом надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія» [1]. Але новітні досягнення світової психіатричної науки, а також поширеність та важка курдильність, і внаслідок цього великий суспільно-економічний тягар цього розладу в Україні диктують актуальність та необхідність розробки поновленого Клінічного протоколу.

Варіант проекту протоколу згідно традиційних рубрик наведено нижче [1].

Визначення, ознаки та критерії діагностики захворювання.

Психіатричний діагноз БАР становиться лікарем-психіатром згідно критеріїв МКХ-10 в Україні.

Діагностичні критерії БАР за МКХ-10 [2].

БАР є розладом, який характеризується двома або більше епізодами, при яких настрої і рівень активності пацієнта значно порушені. Ці порушення являють собою випадки підйому настрою, збільшення енергії і посилення активності (гіпоманія або манія) та випадки падіння настрою і різкого зниження енергійності та активності (депресія) [3,4].

Тут слід згадати також стани змішаного афекту (див. нижче), який включає в себе:

1. Наявність відхилення настрою у бік одного афективного полюсу (депресивного чи маніакального),

2. Із супроводженням відповідних цьому по-

люсу інших афективних симптомів, а також

3. Наявність значної (у впливі на важкість стану хворого) вираженості афективних симптомів, які притаманні протилежному афективному полюсу.

4. Крім того, в структуру змішаного афекту можуть входити також такі феномени, які одночасно містять в собі ознаки обох афективних полюсів, і не можуть внаслідок цього бути віднесені лише до одного з полюсів, наприклад:

- тривожна або екзальтована ажитація, або
- гнівлива манія

Повернемось до офіційного опису критеріїв БАР за МКХ-10.

F31.0 БАР, поточний гіпоманіакальний епізод (критерії є ідентичними одиничному гіпоманіакальному епізоду F30.0, але F31.0 є повторним епізодом порушень настрою у пацієнта).

Розлад характеризується наявністю легкого підвищення настрою, збільшення енергії та активності. Також, як правило, відзначається почуття благополуччя та збільшеної фізичної і розумової працездатності. Підвищена товариськість, балакучість, надмірна фамільярність, підвищення сексуальності і зниження потреби в сні часто присутні, але не до такої міри, щоб призвести до серйозного порушення працездатності або соціального відторгнення. Дратівливість, марнославство і хамська поведінка можуть мати місце замість більш звичної ейфоричної товариськості. Порушення настрою і поведінки не супроводжується галюцинаціями або маренням.

F31.1 БАР, поточний маніакальний епізод (критерії є ідентичними одиничному маніакальному епізоду F30.1, але F31.1 є повторним епізодом порушень настрою у пацієнта)

Настрій є підвищеним невідповідно до життєвої ситуації пацієнта і може змінюватися від безтурботної веселості до майже неконтрольованого збудження. Відчуття збудження та підйому супроводжується збільшенням енергії, в результаті чого виникає гіперактивність, речовий напір і зниження потреби у сні. Увага не може бути стійкою, і часто спостерігається відволікання. Самооцінка часто завищена з грандіозними ідеями та самовпевненістю. Утрата соціальних заборон може призвести до безрозсудної та нерозважливої або недоречної обставинам поведінки. А також такої поведінки, яка не притаманна характеру індивіда.

F31.2 БАР, поточний маніакальний епізод із психотичними симптомами (критерії є ідентичними одиничному маніакальному епізоду F30.1, але F31.1 є повторним епізодом порушень настрою (депресивних, маніакальних, гіпоманіакальних або змішаних) у пацієнта)

На додаток до клінічної картині, описаної в F31.1 (F30.1) – див. вище, присутні марення (звичайно грандіозного змісту) або галюцинації (звичайно «голоси», які звертаються безпосередньо до пацієнта). Або хвилювання, надмірна рухова активність і політ думок є настільки вираженими, що мова пацієнта стає незрозумілою або недоступною для звичайного спілкування.

F31.3 Біполярний афективний розлад, поточний епізод легкої або помірної депресії.

В даний час пацієнт пригнічений, як і у випадку депресивного епізоду легкої або середньої важкості (F32.0 або F32.1), і в минулому зафіксований принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний епізод.

Депресивний епізод легкої або середньої важкості характеризується наявністю двох – трьох та чотирьох або більше із нижченаведених ознак відповідно:

- зниження настрою,
- зниження енергії,
- зниження активності,
- зниження здатності отримувати задоволення від діяльності, яка раніше приносила задоволення, втрата приємних почуттів,
- зниження або втрата інтересів,
- зниження здатності до концентрації уваги,
- значна втома після навіть мінімальних зусиль,
- порушення сну, (частіше зниження або втрата, рідше збільшення прим. авт.)
- пробудження вранці за кілька годин до звичайного часу прокидання,

- порушення апетиту (частіше зниження або втрата, рідше збільшення прим. авт.),
- втрата ваги,
- зниження самоповаги та впевненості у собі,
- ідеї провини або власної нікчемності,
- акцент зниження настрою в ранці,
- психомоторна загальмованість,
- ажитація,
- зниження лібідо.

До цих критеріїв доцільно додати:

- суїцидальні думки та
- зниження здатності відчувати почуття (курсивом прим. авт.).

Наявність у пацієнта цих симптомів викликає порушення соціального функціонування та дистрес, ступінь якого може варіювати від пригнічення через наявність цих симптомів, але, ймовірно, можливості здійснювати звичайні види діяльності, – до ймовірного зазнавання великих труднощів у продовженні звичайної діяльності.

F31.4 Біполярний афективний розлад, поточний епізод важкої депресії без психотичних симптомів.

Пацієнт пригнічений, як і при важкому депресивному епізоді без психотичних симптомів (F32.2), і в минулому зафіксовано принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний епізод.

F32.2 Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів.

Епізод депресії, в якій кілька з перерахованих вище симптомів є вираженими та викликають дистрес. Як правило, спостерігається втрата самоповаги та ідеї нікчемності, марності або провини. Суїцидальні думки і наміри є частинами, також, як правило, присутня низка «соматичних» симптомів.

F31.5 Біполярний афективний розлад, поточний епізод важкої депресії з психотичними симптомами

Пацієнт пригнічений, як і у випадку важкого депресивного епізоду з психотичними симптомами (F32.3), і принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний епізод спостерігався в минулому.

F32.3 Важкий депресивний епізод з психотичними симптомами.

Епізод депресії, як описано в F32.2, але із наявністю галюцинацій, марення, психомоторної загальмованості або ступору, які є настільки серйозними, що звичайна соціальна активність є неможливою. Може існувати небезпека для життя від самогубства, зневоднення, або голо-

ду. Галюцинації та марення можуть бути конгруентними настрою або ні.

F31.6 Біполярний афективний розлад, поточний змішаний епізод.

У пацієнта раніше був зафіксований принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний, депресивний або змішаний афективний епізод, і в даний час існує або суміш, або швидка зміна маніакальних і депресивних симптомів (власні синдромотаксичні міркування авторів щодо змішаного афекту див. вище).

F31.7 Біполярний афективний розлад, ремісія.

У пацієнта був принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний епізод у минулому, і додатково як мінімум ще один афективний епізод (гіпоманіакальний, маніакальний, депресивний або змішаний), але в даний час пацієнт не страждає від будь-якого значного порушення настрою і цього не спостерігалось протягом декількох місяців. Періоди ремісії протягом профілактичного лікування повинні бути закодовані тут.

F31.8 Інші біполярні афективні розлади.

До цього шифру відносять БАР II типу за DSM-IV-TR та DSM-V. Для БАР II типу характерна висока частота депресивних епізодів та наявність гіпоманіакальних епізодів [2,5,6,7,8].

Також у F31.8 шифрують періодичні маніакальні епізоди без інших вказівок.

F31.9 Біполярний афективний розлад неуточнений.

Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Медична допомога при БАР надається в амбулаторних, стаціонарних та санаторно-курортних умовах.

Амбулаторний режим допомоги показаний при непсихотичному рівні розладу, відсутності небезпеки для себе, оточуючих, у відсутності суїцидального ризику (показники за шкалою C-SSRS 0 – 2 бали) [9], достатньому рівні соціальної та побутової адаптованості.

Стаціонарний режим допомоги слід застосувати при важкому, тим більше психотичному рівні розвитку симптоматики. По можливості у дебюті захворювання або фази. У відсутності психозу, але наявності ознак психомоторного, психомовних або загальмованості збудження, недостатній критиці до свого стану, неадекватних соціальних, побутових або робочих установках, рішеннях, суїцидальних мотивах (показники за шкалою C-SSRS на рівні 3 і більше балів).

БАР вважається пожиттєвим стражданням і

хоча його перебіг, як правило, не призводить до виникнення так званого «дефекту», у деяких випадках БАР стає основною причиною загибелі хворих. Зокрема у наслідок суїцидів при депресивних або змішаних фазах, нещасних випадків через необачність у маніакальних та змішаних фазах. Інколи, здебільшого на висоті психомоторного збудження або при поєднанні із особистісною або екзогенною, наркологічною патологією, хворі на БАР можуть бути небезпечними також для оточуючих. Маніакальні фази нерідко є чинником необачної фінансової поведінки хворих, коли вони беруть кредити в банках, здійснюють непродумані бізнесові операції та інше.

Санаторно-курортне лікування у відповідних санаторіях може бути рекомендоване хворим на БАР у стані стійкої ремісії із метою реабілітації, зняття післяприступної астенизації, загального оздоровлення.

Клініко-діагностична програма

Діагностичний процес у хворих із підозрою на БАР переслідує наступні цілі:

- підтвердження/виключення БАР, визначення його типу (I -VI): характеру актуальної фази (депресивна, змішана та інші).

- дослідження можливої супутньої етіології афективних коливань (органічна, реактивно-невротична). Основною є точка зору «ендогенна», спадкова етіологія БАР.

- диференційна діагностика із якомога широким колом психічних та соматичних розладів за принципом «та/або». Тобто із урахуванням можливості поєднання, співіснування різних психічних та сомато-неврологічних розладів у одного хворого.

- скринінгове дослідження соматичного стану та спадкової обтяженості із визначенням індивідуальних ризиків побічних ефектів та ускладнень психофармакотерапії (медичний анамнез, зокрема хвороб крові, шкіри, обміну речовин, вживання алкоголю, нікотину, психоактивних речовин, спадкова обтяженість серцево-судинними, мозково-судинними розладами, артеріальною гіпертензією, дисліпідемією, діабетом, хворобами крові, вагітність, лактація та контрацепція, соматичний статус, вага та зріст, визначення Індексу маси тіла [10]., артеріального тиску, дослідження клінічного аналізу крові та сечі, при можливості тести на наявність психоактивних речовин у сечі, на вагітність (для жінок), стан електролітів, сечовини, креатиніну, печінкових проб, глюкози крові, ліпідного профілю).

При наданні медичної діагностично-лікувальної допомоги психічно хворим на БАР слід по-

стійно проводити дослідження на предмет обтяження коморбідними до нього психічними розладами (тривожні та панічні розлади (хоча нерідко дослідники інтерпретують симптом тривоги як компонент збагаченого, розгалуженого депресивного афекту та, за деякими міркуваннями тривога це один із головних симптомів, які, додаючись до маніакального афекту трансформують його у змішаний), хімічні залежності, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, розлади особистості) [7,8]. Також необхідно проводити постійне виключення органічних чинників загострень психічного стану.

Слід також приділяти увагу соматичній та неврологічній коморбідності БАР. Так, серед соматичної патології слід у першу чергу виключити наявність серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, гіперкортицизму але і інших ендокринних захворювань, мігрени.

Крім того, хворим на БАР, як і усім психічно хворим, які отримують тривалу психофармакотерапію, доцільне виключення побічних ефектів психофармакотерапії за допомогою зокрема лабораторного та інструментального моніторингу (клінічний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові, електролітний склад плазми, ЕКГ, рівень гормонів плазми крові).

План обстеження (первинного та динамічно-періодичного): Обов'язковий

- Клініко-анамнестико-катамнестичне обстеження.

- Клініко-психопатологічне та психодіагностичне - у тому числі для диференційної діагностики, виключення:

- прогресивних психічних розладів (відхилення сфери мислення),

- випадків «подвійного діагнозу» - маскування під афективним станом розладів особистості (особистісні опитувальники),

- психічної симптоматики органічного генезу

- проявів будь-яких психічних залежностей (алкогольної, наркотичної, ігрової та інших)

- синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дитячо-підлітковому та дорослому віці та інших розладів.

- Неврологічний статус, соматичне та фізикальне обстеження.

- АД, ЧСС, температура тіла, зріст, вага (також у динаміці), клінічний аналіз крові, сечі, цукор крові, електроліти крові – натрій, кальцій, калій, ЕКГ.

- Ниркові та печінкові проби, ліпідний та білковий спектр.

Бажаний

- Тиреоїдині гормони (Т3, Т4) та ТТГ.

- Рівень вітаміну В12 в плазмі крові.

- ЕЕГ.

Можливо корисні у окремих певних випадках (за показаннями) додаткові обстеження:

- за необхідності КТ або МРТ головного мозку обзорне.

- за необхідності дексаметазоновий тест [11].

- огляд невропатолога, терапевта, ендокринолога, сексопатолога та інших спеціалістів задля виключення соматичних чинників чи ускладнень психічного розладу або інтеркурентних захворювань.

Загальні відомості щодо встановлення діагнозу БАР.

Дебют афективного розладу маніакальним синдромом згідно сучасних уявлень дає можливість встановлювати БАР одразу.

Доволі достовірним також є діагноз БАР у випадку наявності в анамнезі принаймні однієї маніакальної фази та поточного афективного епізоду будь-якої полярності.

Але і у цих випадках, якщо у клінічній картині з'являються психотичні, квазіпсихотичні симптоми або включення вимагає диференціації стану хворого із шизоафективним розладом або періодичною шизофренією із афективно-параноїдним синдромом.

Нажаль ніколи не можна бути впевненим у відсутності преморбідних гіпоманіакальних коливань настрою або вираженості гіпертимного характерологічного радикалу. Це є особливо важливим у випадку депресивного афекту, навіть рекурентного та може становити небезпеку розвитку БАР у пацієнта попри наявність розгорнутої депресивної симптоматики у статусі та нещодавньому або навіть віддаленому анамнезі.

Також увесь час слід мати на увазі можливість органічного генезу (походження або провокації) розладу.

Психогенно-реактивна провокація зазвичай потребує уваги більше у дебюті розладу.

Не викликають сумнівів клінічні випадки із наявністю в анамнезі-катамнезі хоча б по одній маніакальній та депресивній фазі. А випадки рекурентної або маніфестної депресії слід більш ретельно діагностувати на предмет атиповості симптоматики, компоненту змішаного, маніакального афекту в статусі та гіпертимного радикалу, гіпоманіакальних або маніакальних коливань настрою – в анамнезі-катамнезі. Тут можуть бути корисними такі інструменти як Біполярний Індекс G.S. Sachs (2004) [12].

Отже, задля надання кваліфікованої діагностичної а згодом і лікувальної допомоги хворим на БАР необхідне залучення значних ресурсів як загалом системи надання психіатричної до-

помоги та суміжних служб, так і індивідуальних зусиль лікаря-психіатра, а також максимального психопатологічного та загальноклінічного кругозору та пильності.

В.С. Подкорытов, С.А. Сазонов, Н.А. Байбарак, О.И. Серикова, О.С. Серикова

**ПРОЕКТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ (F31)
(ЧАСТЬ ПЕРВАЯ)
ОПРЕДЕЛЕНИЕ, УСЛОВИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ, КЛИНИКО-
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА**

ГУ “Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины” (г. Харьков)

Рассмотрены определение, признаки, критерии диагностики, вопросы организации оказания помощи, клинико-диагностическая программа и общие сведения по установлению диагноза в качестве первой части проекта Клинического протокола оказания медицинской помощи больным биполярным аффективным расстройством. С учетом современных экономических проблем в Украине программа обследования предложена в виде спектра объемов процедур от минимально необходимых – до широкого набора почти всех, которые могут быть полезными. Задекларированные принципы приведены к современным международным стандартам и требованиям. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 14-18).

V.S. Pidkorytov, S.A. Sazonov, N.A. Baibarak, O.I. Syerikova, O.S. Serikova

**THE PROJECT CLINICAL PROTOCOLS OF CARE FOR PATIENTS WITH BIPOLAR
AFFECTIVE DISORDER (F31)
(PART ONE)
DEFINITION, CONDITIONS AND ORGANIZATION OF ASSISTANCE, CLINICAL AND
DIAGNOSTIC PROGRAM**

SI “Institute of Neurology Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine” (Kharkiv)

Definition, symptoms, diagnostic criteria, organization of care, clinical and diagnostic program and general information of diagnostics as the first part of the project Clinical protocol of care for patients with bipolar affective disorder were considered. Taking into consideration the current economic problems in Ukraine examination program offered as a range of volumes of procedures from minimally necessary to a broad set of almost all that can be useful. Stated principles brought to modern international standards and requirements. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 14-18).

Література

1. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ «Про надання клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія»» від 05.02.2007 № 59.
2. World Health Organisation. ICD-10 International Classification of Diseases. Version:2010. [Електронний ресурс]/ Режим доступу: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>
3. Підкоритов В.С. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії (2-ге видання, переробл. Та доповн.)/ За редакцією д.мед. н., проф. В.С. Підкоритова// Довідник лікаря «Психіатр» – К.: ТОВ «Доктор-Медіа». – 2011. – 292 с.
4. Підкоритов В.С., Серикова О.І. Сучасна клініко-типологічна структура маніакальних та змішаних епізодів біполярного афективного розладу/ В.С. Підкоритов, О.І. Серикова// Медицинская психология, Т.3 № 3 (11). – 2008. – С. 35-39
5. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.
6. Angst J. Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives/ J. Angst //International Journal of Bipolar Disorders –

2013; 1:12.

7. Марута Н.А. Биполярное аффективное расстройство: диагностика, терапия, профилактика. // Нейроновс психоневрология и нейропсихиатрия В № 8 (35) – 2011 – 26с.
8. Марута Н.А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики // Нейроновс. – 2011. – № 2(29). – С. 35-36.
9. Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003.
10. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.
11. Лаукс Г. Психиатрия и психотерапия: справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Меллер; пер. с нем.; под. Общ. ред.акад.РАМН П.И.Сидорова – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512 с.
12. Sachs G. Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management / G. Sachs //Acta Psychiatr Scand Suppl. – 2004. –№ 422 – P 7-17.

Поступила в редакцию 24.03.2014

УДК: 616.895.8-008.445:159.923.2/3

*Г.Г. Пуятин***ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ И САМОСТИГМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экзистенциальная исполненность, самостигматизация, параноидная шизофрения

Изучение феномена самостигматизации и ее влияния на уровень социального функционирования и качество жизни психически больных является одной из приоритетных задач социальной психиатрии и ее личностно-ориентированного направления. Со времен Е. Goffman [1], описавшего переживание инвалидом собственной инаковости среди окружающих, и до настоящего времени самостигматизация понимается как реакция на стигматизацию обществом, а также как результат применения к самому себе соответствующих стереотипов общественного сознания [2,3,4,5].

Понятие самостигматизации как реакции на стигматизацию было предложено [6]. Процесс принятия стигмы имеет определенный механизм развития, включает ряд последовательных этапов, приводит к деидентификации с категорией здоровых, к отнесению себя к психически больным, что проявляется дистанцированием от общества, чувством вины и стыда [4]. Она формируется на основе психиатрического диагноза, стереотипных общественных представлений о психических болезнях применительно к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации [7,8]. Однако, в дальнейшем было установлено, что этот феномен представляет собой не просто реакцию на болезнь и не только комплекс негативных эмоций по поводу болезни, а отражает сложный процесс формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности [3,6,8,9,10], на основе которой формируется активное, действующее экзистенциальное Я, в частности процессы самореализации, самоэффективности и самоконтроля. Исходя из этого, проблема экзистенциальной исполненности или экзистенциальных ресурсов представляется достаточно актуальной в формировании само-стигмы, страданий и фундаментальных

мотиваций пациента.

Экзистенция – это существование в соответствии с собственной уникальностью (идентичностью, аутентичностью) и в соответствии с реалиями окружающего мира – природного, вещественного, социального. Если человек не может исполнить свою экзистенцию, не реализует свою сущность, он испытывает страдания, и его развитие идет по пути психопатологии [11]. Именно страдания и дисфункциональность личности являются, по мнению составителей МКБ-10, базовыми критериями при диагностике психического расстройства.

Цель исследования заключалась в изучении особенностей экзистенциальной исполненности у больных шизофренией с различным уровнем самостигматизации и в зависимости от длительности заболевания.

Обследовано 80 больных параноидной шизофренией с различной давностью заболевания: 1-я группа (25 человек) – перенесли первый эпизод психоза, 2-я группа (20 человек) – с длительностью заболевания от 2-х до 5 лет, 3-я группа (35 человек) – с длительностью заболевания более 5 лет.

Исследование проводилось при помощи оригинальной шкалы для оценки уровня самостигматизации и шкалы экзистенции, которая является психометрическим инструментом, разработанным в рамках экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле. Тест измеряет экзистенциальную исполненность, как она субъективно ощущается испытуемым.

Шкала оценки уровня самостигматизации предназначена для оценки отношения пациента к своему статусу – психиатрического пациента, - с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления.

Шкала состоит из 84 утверждений, затраги-

вающих 12 сфер жизнедеятельности человека. Ответы пациента («правильно», «сомневаюсь», «неправильно») оценивались от 0 до 2 баллов. Ранжирование ответов проводилось следующим образом:

1-56 баллов – низкий уровень (1-2 стадии) самостигматизации;

57-111 баллов – средний уровень (3-4 стадии) самостигматизации;

112-168 баллов – высокий уровень (5-6 стадии) самостигматизации.

Шкала экзистенции представляет собой опросник, состоящий из 46 пунктов, ответы на которые испытуемый дает, оценивая себя и свою жизнь по различным аспектам в соответствии с концепцией смысла [12]. Методические шаги по обнаружению смысла в экзистенциальной ситуации описаны В. Франклом следующим образом: чтобы смысл обнаружил себя, человеку нужно сначала воспринять поле возможностей – 1 шаг; затем эмоционально соотноситься с имеющимися возможностями, «пропустить» их через себя, разглядеть в них ценности – 2 шаг; найти наиболее соответствующую запросу ситуацию и себе самому единственную наилучшую возможность и принять решение в ее пользу – 3 шаг; обдумать способы наилучшего действия в соответствии с принятым решением, внося тем самым обнаруженный смысл в жизнь – 4 шаг (завершение экзистенциального акта).

Выполнение этих шагов предполагает наличие у человека четырех базовых антропологических способностей (способностей, имманентно имеющих у всех людей), в соответствии с которыми в ШЭ имеются субшкалы:

1-й шаг – самодистанцирование(SD); 2-й шаг – самотрансценденция(ST); 3-й шаг – свобода(F); 4-й шаг – ответственность(V)

Первые две способности (SD+ST) очень близ-

ки к «эго» и составляют персональные (от personality– личность) предпосылки исполненности – фактор личности (P). Вторые две способности (F+V) – экзистенциальное исполнение в связи с теми возможностями, которые представляет ситуация,- фактор экзистенции (E). В сумме фактор личности и фактор экзистенции (P+E) дают общий показатель по тесту (G) – субъективно переживаемую меру экзистенциальной исполненности. При этом исполненная экзистенция – это не просто и не обязательно получение удовольствия или удовлетворения потребности, скорее – переживание глубокого внутреннего согласия с тем, что имеет место быть, переживание соответствия того, что сделано, своей сущности и обстоятельствам.

Анализ общего (суммарного) показателя стигматизации больных шизофренией свидетельствует о низком уровне стигматизации у больных с первым эпизодом психоза (55,1±3,68 балла). В группе больных с длительностью заболевания от 2 до 5 лет общий показатель стигматизации (93,6±5,34 балла) соответствует среднему уровню, а у больных с длительностью заболевания свыше 5 лет (133,2±7,7 балла) - высокому уровню стигматизации. Аналогичная тенденция выявлена и практически по каждой сфере жизнедеятельности человека. К наиболее стигма-уязвимым сферам относятся сферы семейной жизни (9,0±0,85 балла), трудовой деятельности (9,6±0,78 балла) и материальной обеспеченности (8,6±0,84 балла). Выделенные стадии формирования самостигмы в настоящем исследовании ассоциировались со стадией стигматизации, в частности, 1-2 стадии – с низким уровнем, 3-4 стадии – со средним, 5-6 стадии – с высоким уровнем.

Распределение больных в зависимости от выраженности самостигматизации и длительности заболевания представлено в таблице 1

Таблица 1

Распределение больных шизофренией в зависимости от выраженности стигматизации и длительности заболевания

Уровень стигматизации	Количество больных (абс;%)			
	1-й эпизод психоза	2-5 лет	Более 5 лет	Всего
Высокий (5-6 стадии)	2(8,0)	12(38,7)	21(87,5)	35
Средний (3-4 стадии)	5(20,0)*	12(38,7)	3(12,5)*	20
Низкий (1-2 стадии)	18(72,0)*	7(22,6)*	-	25
Всего	25	31	24	80

*результат достоверен по сравнению с предыдущим показателем при P<0,05

Данные, приведенные в таблице 1 свидетельствуют о наличии достоверных различий ($P < 0,05$) между уровнем стигматизации больных шизофренией и длительностью заболевания. У больных с первым эпизодом психоза в 72,0% случаев наблюдается низкий уровень стигматизации и только у 8,0% больных в силу ряда объективных (недобровольная госпитализация, длительная изоляция) и субъективных (низкий уровень жизнестойкости) причин стигматизационный комплекс завершал свое формирование.

В группе больных с длительностью заболевания от 2 до 5 лет в три раза сокращается чис-

ло больных с низким уровнем стигматизации и значительно возрастает удельный вес высоко-стигматизированных больных. Наконец, при длительности заболевания более 5 лет количество больных с высоким уровнем стигматизации достигает уровня 87,5% при полном отсутствии лиц с низкими показателями стигматизации.

Анализ показателей экзистенциальной исполненности больных шизофренией осуществляется в контексте оценки ее уровня в зависимости от выраженности самостигмы и длительности заболевания. В таблице 2 показаны средние значения показателей всех шкал ШЭ.

Таблица 2

Средние значения показателей ШЭ у больных шизофренией (в баллах)

Математический показатель	Субшкалы						
	SD	ST	F	V	P	E	G
T	24,8	45,4	35,1	35,8	68,4	70,4	145,6
б	4,431	5,113	4,72	4,86	6,24	6,31	8,241

Из данных, представленных в табл. 2 следует, что по всем шкалам с высоким уровнем достоверности ($P > 0,05$) у больных шизофренией наблюдаются более низкие показатели экзистенциальной исполненности по сравнению с нормативными показателями.

Низкие средние значения показателей по всем субшкалам ШЭ свидетельствуют о значительном снижении экзистенциальных ресурсов (неиспол-

ненной экзистенции) у больных шизофренией. По данным авторов опросника и рекомендаций по интерпретации результатов [11,13], это является отражением тяжелой степени психического расстройства и низкого уровня стрессоустойчивости больных и наполненности их жизни смыслом. Особенности этих показателей по всем субшкалам ШЭ при различных уровнях стигматизации больных показаны в таблице 3.

Таблица 3

Средние значение показателей Шкалы экзистенции у больных шизофренией с различным уровнем стигматизации (в баллах)

Уровень стигматизации	Мат. функция	Шкалы						
		SD Max 486	ST Max 846	F Max 666	V Max 786	P (SD+ST) Max 1326	E (F+V) Max 1446	G Max 2756
Высокий N=35	T	19,5*	35,6*	28,8*	22,4*	54,1*	50,2*	97,3*
	б	5,471	4,221	5,261	5,51	11,738	10,156	15,241
Средний N=20	T	24,6	44,2	36,1	38,7	68,9	74,7	148,7
	б	4,572	5,352	5,165	8,261	12,364	1,256	17,256
Низкий N=25	T	30,4	56,6	40,4	46,5	82,3	86,4	190,8
	б	7,654	8,144	7,214	9,316	14,381	14,721	24,854

*по сравнению с низким уровнем стигматизации различия значимы при $P < 0,05$

Анализ данных, приведенных в таблице 3, позволил установить зависимость средних значений по всем субшкалам и суммарных значений показателей ШЭ от уровня стигматизации больных. При низком уровне само-стигмы по большинству субшкал ШЭ (за исключением суб-

шкал ST и P) выявлены средние показатели, означающие умеренный уровень экзистенциальной исполненности. У больных со средним уровнем стигматизации выявлена тенденция к значительному снижению средних значений показателей по всем субшкалам. А в случаях с высо-

ким уровнем само-стигмы количественные показатели ШЭ свидетельствуют о неисполненности экзистенции (низкие средние значения показателей по всем субшкалам, включая общий показатель) – различия значимы при $P < 0,05$.

Анализ распределения пациентов по суммарным показателям ШЭ показал, что, независимо от длительности заболевания высокие показате-

ли у этой категории больных не встречаются. Даже у лиц с первым эпизодом психоза экзистенциальные ресурсы ограничены средним или низким уровнем. При этом соотношение показателей среднего и низкого уровней изменяется в сторону преобладания показателей, отражающих состояние неисполненной экзистенции при увеличении длительности заболевания (табл. 4).

Таблица 4

Распределение больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания и суммарных показателей ШЭ

Длительность заболевания	Суммарные показатели ШЭ (абс.%)								
	P(персональность)			E(экзистенциальность)			G(общий показатель)		
	Выс.	Ср.	Низ.	Выс.	Ср.	Низ.	Выс.	Ср.	Низ.
Первый эпизод психоза	-	19(76,0)	6(24,0)	-	21(84,0)	4(16,0)	-	22(88,0)	3(22,0)
2-5 лет	-	13(41,9)	18(58,1)	-	11(35,5)	20(64,5)	-	9(29,0)	22(71,0)
Более 5 лет	-	5(20,8)	19(79,1)	-	7(29,2)	17(70,8)	-	5(20,8)	19(79,2)

О такой же тенденции убедительно свидетельствует и распределение больных с наиболее низкими показателями по ШЭ: по всем суммар-

ным субшкалам распространенность этих показателей достигает 70,8-79,2% при максимальной длительности заболевания (рис. 1).

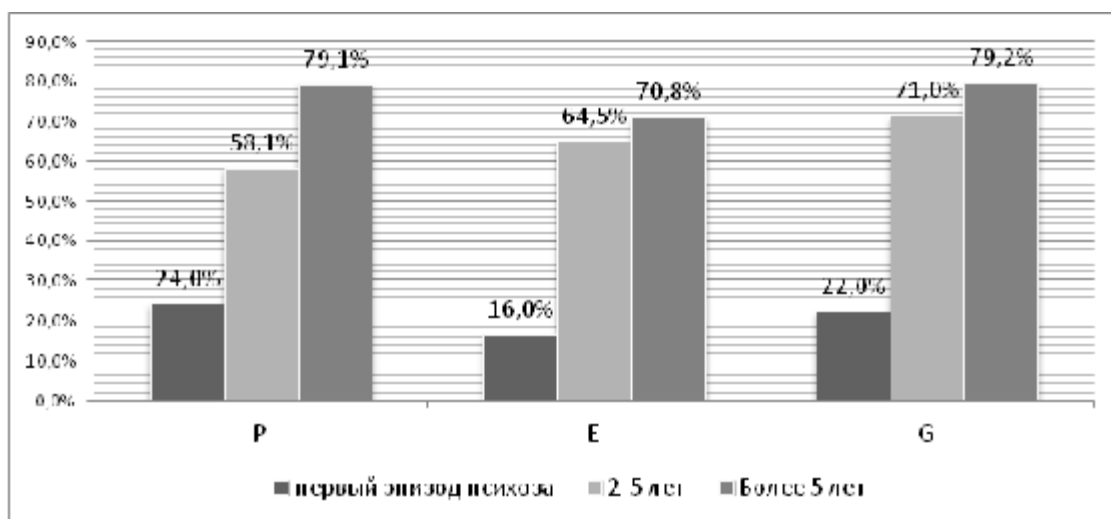


Рис. 1. Распределение больных с наиболее низкими показателями по ШЭ в зависимости от длительности заболевания

Сопоставимые данные получены при изучении экзистенциальных ресурсов больных и уровня их стигматизации, которая, в свою очередь, нарастает по мере увеличения длительности заболевания: нарастающему уровню дезинтеграции идентичности (само-стигмы) сопутствует увеличение числа больных шизофренией с низкими показателями экзистенциальной исполненности (табл. 5).

Проведенный корреляционный анализ соотношения между общими показателями стигматизации и показателями экзистенциальных ре-

сурсов личности позволил выделить ряд статистических закономерностей. В группе больных с первым эпизодом психоза общий показатель стигматизации (ОПС) обнаруживает отрицательные связи только с показателями «самотрансценденция» и «персональность». С другими субшкалами ШЭ значимых корреляционных связей показателя стигматизации в этой подгруппе больных не выявлено. В то же время в подгруппах больных с длительными сроками болезни по всем шкалам ШЭ установлены отрицательные корреляционные связи с ОПС (табл. 6).

Распределение больных шизофренией в зависимости от уровня самостигматизации и суммарных показателей ШЭ

Уровень самостигматизации	Суммарные показатели ШЭ								
	Р(персональность)			Е(экзистенциальность)			G(общий показатель)		
	Выс.	Ср.	Низ.	Выс.	Ср.	Низ.	Выс.	Ср.	Низ.
Высокий N=35	-	6/17,1	29/82,9	-	3/8,6	32/91,4	-	4/11,4	31/88,6
Средний N=20	-	8/40,0	12/60,0	-	7/35,0	13/65,0	-	5/25,0	15/75,0
Низкий N=25	-	17/68,0	8/32,0	-	19/76,0	6/24,0	-	23/92,0	2/8,0

Таблица 6

Значимые коэффициенты корреляций между общими показателями стигматизации и показателями экзистенциальных ресурсов личности

Шкалы	Общий показатель стигматизации		
	1-й эпизод психоза	2-5 лет	Более 5 лет
SD самодистанцирование	-	-726*	-812*
ST самотрансценденция	-368	-639*	-671*
F свобода	-	-314*	-454*
V ответственность	-	-500*	-656*
P персональность(SD+ST)	-575	-659*	-672*
E экзистенциальность(F+V)	-	-550*	-573*
G общий показатель	-	-465*	-551*

Таким образом, исследование феномена самостигматизации как рефлексии социального статуса, и как саморефлексии клинического статуса, зафиксированного в показателях качества жизни, показало, что в целом у больных шизофренией наблюдается значительное снижение экзистенциальных ресурсов. Эти нарушения, отражающие уровень стигматизации, дезинтеграции

идентичности и смыслоутраты, начинают формироваться уже на ранних этапах заболевания. Дальнейшая динамика шизофренического процесса (включая «жизнь с болезнью») характеризуется прогрессирующим снижением экзистенциальных ресурсов, достигая уровня неисполненной экзистенции при кризисе идентичности личности как завершающей стадии стигматизации.

ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНІ РЕСУРСИ ТА САМОСТИГМА У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Представлені результати обстеження 80 хворих на параноїдну шизофренію за допомогою оригінальної шкали для оцінки самостигматизації та шкали екзистенції. Виявлена залежність показника стигматизації хворих на шизофренію від тривалості захворювання та виявлені стадії формування самостигми. Вивчені екзистенціальні ресурси хворих на шизофренію та дана оцінка їх рівню залежно від вираженості самостигми й тривалості захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 1 (33). — С. 19-24).

G.G. Putyatin

EXISTENTIAL RESOURCES AND SELF-STIGMA IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

M. Gorky Donetsk National Medical University

The results of examination of 80 patients suffering from paranoid schizophrenia by means of an original level scale of self-stigmatization and a scale of existence are set out. A dependence of a stigmatization index in patients with schizophrenia on the duration of the disease as well as stages of self-stigma formation are detected. Existential resources of patients with schizophrenia are studied and their level, depending on self-stigma intensity and duration of the disease, is estimated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 19-24).

Литература

1. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity / E. Goffman // Englewood Cliffs.- 1963.
2. Серебрянская Л.Я. Социальные представления о психически больных в контексте проблемы стигматизации / Л.Я. Серебрянская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2005. - №3. — С. 47 — 54.
3. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2005. - №11. — С. 50 — 55.
4. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы — отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен // М. — 2001. — 215 с.
5. Corrigan P.W. Самостигма и эффект «зачем пытаться»: влияние на жизненные цели и практики, основанные на доказательствах / P.W. Corrigan, E.L. Jonathon, N. Rusch // Всемирная психиатрия. 2009, Т. 8, № 2. — С. 99 — 106.
6. Link B.G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the expectations of refection / B.G. Link // Am. Soc. Rev. — 1987. — 52. — P. 96-112.
7. Михайлова И.И. Клинико-психологические факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. / И.И. Михайлова, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. - №7. — С. 58 — 65.
8. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных / автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед.наук И.И. Михайловой. — Москва, 2005. — 18 с.
9. Антохин Е.Ю. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с разной длительностью заболевания / Е.Ю. Антохин, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова, Д.С. Долматова // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. — вып. 3. — С. 55 — 64.
10. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами [Текст] / Е.Ю. Скрипка // Молодой ученый. — 2012. - №7. — С. 232 — 237.
11. Кривцова С.В. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер / С.В. Кривцова, А. Лэнгле, К. Орглер // Экзистенциальный анализ. - № 1. Бюллетень. — 2009. — М. — С. 141 — 170.
12. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. — М.: Прогресс, 1990. — 175 с.
13. Langle A., Orgler Ch., Kundi M. The Existence Scale. A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfilment. European Psychotherapy. — 2003. — Vol. 4. - № 1. — P. 135-151.

Поступила в редакцию 04.02.2014

УДК 616.12-008:616.89-008.461:159.9

*А.А. Помилуйко***ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: жизнестойкость, копинг-стратегии, стенокардия, инфаркт миокарда

Жизнестойкость (*hardiness*) представляет собой одну из психодиагностических мишеней, относимых к группе новых, неклассических мишеней психодиагностики. Понятие *hardiness*, введенное S. Kobasa (1) и S. Maddi (2), переводится с английского как «крепость, выносливость». На русском языке его принято обозначать как «жизнестойкость».

С. Мадди определяет жизнестойкость как интегральную личностную черту, ответственную за успешность преодоления личностью жизненных трудностей. Выраженность жизнестойкости характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности. Жизнестойкость также определяется как ключевая личностная переменная, опосредующая влияние стрессогенных факторов, в том числе хронических, на соматическое и душевное здоровье. Необходимо отметить, что понятие жизнестойкости не тождественно понятию копинг-стратегий, поскольку копинг-стратегии – это приемы, алгоритмы действия, привычные и традиционные для личности, в то время как жизнестойкость – черта личности, установка на выживаемость. Кроме того, копинг-стратегии могут принимать как продуктивную, так и непродуктивную форму, даже вести к регрессу, в то время как жизнестойкость – черта личности, позволяющая справляться с дистрессом эффективно и всегда в направлении личностного роста (3,4).

Концепция жизнестойкости изучается в тесной связи с проблемами совладания со стрессом. Д.А. Леонтьев и Е.И. Рассказова (5) указывают, что жизнестойкость понимается как система убеждений человека о себе, мире, отношениях с миром. Высокий уровень жизнестойкости способствует оценке событий как менее травмирующих и успешному совладанию со стрессом. Как отмечает Д.А. Леонтьев (5), эта личностная переменная характеризует меру способности

личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности (6). Жизнестойкость является ключевой личностной переменной, опосредующей влияние стрессогенных факторов (в том числе хронических) на соматическое и душевное здоровье, а также на успешность деятельности. Отношение человека к изменениям, к собственным внутренним ресурсам, оценка им возможности управлять происходящими изменениями позволяют определить способности личности к совладанию как с повседневными трудностями, так и с носящими экстремальный характер (4).

Жизнестойкость положительно коррелирует с субъективным благополучием, его компоненты – с удовлетворенностью прошлым (7). Она оказывается буфером против неблагоприятных физических следствий стресса, характеризуя личность людей, имеющих лучшее здоровье.

С.В. Книжникова (8) рассматривает жизнестойкость личности не как систему убеждений, а как интегральную характеристику личности, позволяющую сопротивляться негативным влияниям среды, эффективно преодолевать жизненные трудности, трансформируя их в ситуации развития. Она подчеркивает, что жизнестойкость не только детерминирует характер личностной реакции на внешние стрессовые и фрустрирующие обстоятельства, но и позволяет эти обстоятельства обратить в возможности самосовершенствования. Базовыми компонентами жизнестойкости как интегральной характеристики личности являются оптимальная смысловая регуляция, адекватная самооценка, развитые волевые качества, высокий уровень социальной компетентности, развитые коммуникативные способности и умения.

В ряде исследований (9, 10) была выявлена умеренная негативная корреляция жизнестойкости с «поведением типа А» - поведенческим синдромом, выражающим психологическую пред-

расположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям. Высокий уровень жизнестойкости у некоторых людей, проявляющих «поведение типа А», резко снижает вероятность их заболевания. Жизнестойкость в отношении здоровья предсказывает число психосоматических жалоб (11), в том числе у людей старшего возраста. Установлено также, что высокий уровень жизнестойкости при хронических заболеваниях связан с более позитивным восприятием своей болезни, лучшей психосоциальной адаптацией (12, 13), и более высоким качеством жизни (14). Этот показатель может рассматриваться как составляющая психологических ресурсов, позволяющих эффективно справляться со стрессом длительно текущих заболеваний сердечно-сосудистой системы, при которых стресс является не только фактором риска, но и триггером манифестации клинической симптоматики (14). Развитие жизнестойких убеждений приводит к нарастанию активности человека, в результате его реакция на стресс становится менее болезненной (15).

Жизнестойкость включает в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска.

Компонент «вовлеченность» (commitment) представляет собой «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». При развитом компоненте вовлеченности человек получает удовольствие от собственной деятельности. При отсутствии такой убежденности возникает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

Вовлеченность связана с уверенностью в себе и в великодушии мира. Как отмечает Л.А. Александрова (16), вовлеченность является важной особенностью представлений в отношении себя, окружающего мира и характера взаимодействий между ними, которая мотивирует человека к самореализации, лидерству, здоровому образу жизни и поведению. Вовлеченность позволяет почувствовать себя значимым и ценным и включаться в решение жизненных задач даже при наличии стрессогенных факторов и изменений.

Компонент жизнестойкости «контроль» (control) определяется как убежденность в том, что «борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован». Другими словами, этот компонент отражает убежденность человека в наличии причинно-следственной связи между его действиями, поступками, усилия-

ми и результатами, событиями, отношениями и.т.п. Чем более выражен этот компонент, тем больше человек уверен в эффективности собственной активной позиции. Чем меньше выражен данный компонент жизнестойкости, тем меньше человек верит в то, что в его действиях есть смысл, он «предчувствует» бесплодность собственных попыток повлиять на ход событий. Эта убежденность в отсутствии контроля над происходящим порождает состояние выученной беспомощности.

Ощущение контроля (или его отсутствия) связано с самооценкой, личностной адаптацией к трудным жизненным ситуациям, депрессией, тревожностью, отчуждением, апатией, фобиями, состоянием здоровья (17). При высоком воспринимаемом контроле, т.е. убежденности человека в том, что он может повлиять на важные для него результаты, человек концентрируется на выполнении задачи, находящейся не просто в рамках его возможностей, но и на грани их, он инициирует поведение, прикладывает усилия, ставит перед собой трудные цели, не боится новых, сложных и незнакомых ситуаций (что в целом соответствует поведению самостоятельной личности). При низком уровне воспринимаемого контроля человек избегает сложностей, предпочитает ставить легко достижимые цели, остается пассивным, не веря в эффективность собственных действий.

Третьим компонентом, выделяемым в структуре жизнестойкости, является «принятие риска» (challenge), т.е. «убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, - неважно, позитивного или негативного» (18). Этот компонент позволяет личности оставаться открытой окружающему миру, принимать происходящие события как вызов и испытание, дающие человеку возможность приобрести новый опыт, извлечь для себя определенные уроки.

Согласно представлениям С. Мадди, человек постоянно совершает выбор как в критических ситуациях, так и в повседневном опыте. Этот выбор подразделяется на два вида: выбор неизменности (выбор прошлого) и выбор неизвестности (выбор будущего). В первом случае человек не видит причин понимать свой опыт как новый и совершает «выбор в пользу прошлого», не меняя привычный для него способ (или способы) действия. В этом варианте выбор приносит с собой чувство вины, связанное с нереализованными возможностями (19). Во втором слу-

чае человек полагает, что полученный им опыт вызывает необходимость нового способа действий, он осуществляет «выбор в пользу будущего». В этом варианте выбор приносит с собой чувство тревоги, связанное с неопределенностью, в которую вступает человек. Жизнестойкость позволяет успешно совладать с тревогой, являющейся одним из последствий своего собственного выбора, если в ситуации экзистенциальной дилеммы он был осуществлен «в пользу будущего».

S. Maddi (9, 15) отметил важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. Установлена четкая обратная зависимость между выраженностью компонентов жизнестойкости и вероятностью серьезного заболевания в

течение года после возникновения стрессовой ситуации. При низкой выраженности всех трех компонентов жизнестойкости вероятность заболевания оказалась равна 92,5%, при высоком уровне одного из компонентов – 71,8%, при высоком уровне двух компонентов – 57,7%, при высоком уровне всех компонентов – 7,7%. Эти цифры, помимо подтверждения важности компонентов жизнестойкости для предотвращения стрессогенных расстройств, говорят также о системном характере их взаимодействия между собой, при котором суммарный эффект превышает эффект каждого компонента в отдельности.

Цель исследования - изучить уровень жизнестойкости и особенности копинг-стратегий у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Материал и методы исследования

Обследовано 106 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (64 человека с ИБС и стенокардией напряжения (СН) и 42 человека, перенесших инфаркт миокарда (ИМ)). Среди них 58 мужчин и 48 женщин. Возраст обследованных составил от 50 до 65 лет.

Для изучения жизнестойкости использовалась русскоязычная версия теста жизнестойкости С. Мадди, разработанная Д.А. Леонтьевым и Е.А. Рассказовой (5), позволяющая определить ее общий уровень (интегральный показатель) и уровень всех ее составляющих: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом рассматривалась как препятствие возникновения внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания (hardy coping) со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Тест жизнестойкости включал 45 пунктов,

содержащих прямые и обратные вопросы по трем субшкалам опросника. Использовались следующие варианты ответов: «нет» - 0 баллов, «скорее нет, чем да» - 1 балл, «скорее да, чем нет» - 2 балла, «да» - 3 балла. Подсчитывался общий балл жизнестойкости и показатели для каждой из 3-х субшкал (вовлеченность, контроль, принятие риска).

При разработке нормативных показателей жизнестойкости учитывались особенности распределения показателей жизнестойкости и субшкал вовлеченности, контроля и принятия риска по тесту Колмогорова-Смирнова в зависимости от возраста (18). С учетом возрастных (значимых и близких к значимым) различий ряда показателей обследованных больных, в качестве нормативных использовались средние значения показателей жизнестойкости у лиц, старше 35 лет (табл. 1).

Таблица 1

Различия показателей жизнестойкости по критерию возраста

Показатели	Среднее значение <35 лет (N=78)	Среднее значение >35 лет (N=72)	Число ст. св. t-value	Уровень значимости p-level
Жизнестойкость	85,22	79,86	1,87	0,062
Вовлеченность	38,03	36,62	1,14	0,254
Контроль	29,86	27,65	1,82	0,069
Принятие риска	17,32	15,57	2,21	0,028

Для выявления копинг-ресурсов в структуре психологических качеств, детерминирующих стресс-устойчивость больных, использован копинг-тест Лазаруса (Н.Е. Водопьянова, 2009). Тест состоял из 50 утверждений, сгруппированных в 8 шкал: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Испытуемому предлагалось оценить как часто данные варианты поведения проявляются у него. Тест позволяет определить степень индивидуальной активности (напряжения) или предпочтительного использования стратегий преодолевающего поведения и общую конфигурацию «профиля» копинг-ресурсов личности. При этом мы исходили из следующих критериев интерпретации, предложенных Л.Н. Вас-

серманом и соавторами.:

- показатели более 60 баллов – гиперактивные копинги, выраженное предпочтение соответствующей стратегии, «ресурс первой линии мобилизации»;

- показатели в диапазоне от 40 до 60 баллов – умеренное использование соответствующей стратегии, «ресурс второй линии мобилизации»;

- показатели менее 40 баллов – редкое использование соответствующей стратегии, низкий уровень активности (напряжения) копинга, дефицитарный копинг, не имеющий ресурсного значения для личности.

Достоверность полученных результатов обеспечивалась использованием в исследовании методов математической статистики: t - критерий Стьюдента, непараметрический U - критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции r - Пирсона.

Полученные результаты и их обсуждение

В результате сравнения всех показателей теста жизнестойкости с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни было установлено, что показатели сравниваемых групп больных отличаются от нормативных данных для лиц старше 35 лет по уровню выраженности каждо-

го из компонентов жизнестойкости (за исключением показателя принятия риска у больных СН), а также по уровню жизнестойкости в целом. Выявленные различия являются высоко значимыми ($p=0,000$). Эти данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнение выраженности показателей жизнестойкости у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Показатели	Средние значения		t*	p
	СН	ИМ		
Жизнестойкость	64,26	52,13	7,21	0,000
Вовлеченность	30,14	21,84	6,18	0,000
Контроль	21,36	14,08	5,23	0,000
Принятие риска	14,18	8,26	4,87	0,000

Примечание: p- достоверность различий между группами СН и ИМ; *- распределение показателей жизнестойкости и субшкал по критерию Колмогорова-Смирнова не отличается от нормального.

Как следует из приведенных в таблице 2 данных, больные двух обследованных групп обладают более низким уровнем жизнестойкости, чем нормативная группа лиц старше 35 лет. Это свидетельствует о существенных трудностях для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности, и активности в стрессогенных условиях.

При сравнении среднего показателя вовлеченности у больных СН и перенесших ИМ, установлено, что уровень вовлеченности в этих груп-

пах значительно ниже, чем у лиц нормативной группы ($t=-3,64$ при $P=0,000$), а у больных СН значимо выше, чем у больных, перенесших ИМ ($t=4,11$ при $P=0,000$). Эти данные, с одной стороны, свидетельствуют о том, что больные с вышеуказанными заболеваниями отличаются сниженным уровнем выраженности вовлеченности, по сравнению с лицами возрастной нормативной группы, с другой стороны, - о достоверно наиболее низком показателе вовлеченности у больных с осложненной динамикой стенокар-

дии. Полученные результаты можно рассматривать с позиции относительного развитого компонента вовлеченности при неосложненном варианте СН, что позволяет больным получать больше удовлетворения от собственной жизнедеятельности и что, вероятно, отражает и соответствует их более высокому социометрическому статусу с уровнем открытости и разнообразия отношений с окружающими. Напротив, больные, перенесшие ИМ, чаще испытывают чувство отвергнутости, ощущение себя «вне жизни», ее бессмысленность и отсутствие перспективы. В жизненно-личностном контексте такие особенности сочетаются с более низким социометрическим статусом и низким уровнем социальной поддержки.

Аналогичная закономерность выявлена и при сравнении средних значений выраженности компонента контроля. В анализируемых группах больных уровень контроля значимо ниже, чем в нормативной группе ($t=-3,24$ при $P=0,000$), а у больных СН значительно выше, чем у больных, перенесших ИМ ($t=2,86$ при $P=0,003$). Существенное снижение возможности контроля над событиями, особенно травмирующими, обуславливает отсутствие такого контроля и в будущем, что порождает у больных, перенесших ИМ, ощущение невозможности воздействия на происходящее. Убеждение в невозможности воздействовать на ситуацию, характерное для этой категории больных, влияет на их поведение, сводя к минимуму активные действия, попытки изменить что-либо. Такие люди «предвидят» отсутствие успеха и предпринимают меньше усилий и соответственно добиваются меньших результатов. Отсутствие результатов, в свою очередь, подкрепляет убеждение в бесполезности активных действий.

Больные с СН, напротив, уверены в возможности влиять на ситуацию и воспринимают ее как менее травматичную, предпринимают более активные действия для ее изменения, которые приводят к большим успехам, чем в альтернативной группе больных, что также закрепляет соответствующую систему убеждений и в дальнейшем мотивирует к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений.

Неоднозначные результаты получены при изучении компонента принятия риска. У больных СН он существенно не отличается от нормативного показателя ($t=1,1$ при $P=0,271$). Достаточный уровень развития этого компонента описывается как убежденность в том, что все происходящее с человеком способствует его раз-

витию за счет знаний, извлекаемых из опыта, как позитивного, так и негативного. Эти пациенты в основном рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, чаще готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск. Они проявляют определенную уверенность и решительность при осуществлении выбора в различных жизненных ситуациях. Развитой компонент принятия риска позволяет им легче переносить тревогу, сопровождающую выбор, осуществляемый в пользу неизвестности, а не в пользу определенности. Этот компонент жизнестойкости помогает им оставаться открытыми окружающей среде и обществу, воспринимать жизненные события как испытания и вызов самому себе.

Сравнение среднего показателя принятия риска у больных, перенесших ИМ, с показателями больных СН и возрастной нормативной группой показало, что уровень принятия риска в этой группе значимо ниже нормативного показателя ($t=3,41$ при $P=0,001$) и показателя этой шкалы у больных СН ($t=3,26$ при $P=0,001$). Эти данные свидетельствуют о том, что больные, перенесшие ИМ, чаще стремятся к гарантированному результату, к простому комфорту и безопасности, им чужда идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование. Это согласуется с тем фактом, что эти больные имеют более выраженную мотивацию избегания неудачи, тогда как больные СН – мотивацию стремления к достижению. Мотивация избегания неудачи предполагает постановку простых, легко достигаемых целей, не требующих риска, тогда как мотивация достижения связана со сложными целями и неизвестностью.

Результаты настоящего исследования показали, что несмотря на снижение уровня жизнестойкости в обеих группах, больные СН обладают более высоким уровнем жизнестойкости в целом, чем больные, перенесшие ИМ. При сравнении средних суммарных показателей было установлено, что жизнестойкость у больных СН имеет более низкие показатели, чем в нормативной группе ($t=-4,09$ при $P=0,000$), но существенно более высокие показатели, чем в среднем у больных, перенесших ИМ ($t=-4,09$ при $P=0,000$).

Относительно высокий уровень выраженности жизнестойкости у больных СН можно рассматривать как препятствие возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет успешного совладания и восприятия их как менее значимых. Жизнестойкость этих

пациентов дает им больше сил, мотивирует к самореализации, здоровому образу мыслей и поведения. Она предоставляет им возможность чувствовать себя значимыми и ценными, более или менее активно решать жизненные задачи, несмотря на присутствие стрессогенных факторов. В то же время низкие показатели жизнестойкости у больных, перенесших ИМ, предполагают наличие у них элементов беспомощности (20), подверженности депрессии и апатии, низкой стрессоустойчивости, уверенности в бесполезности собственных действий и по этой причине не способствуют формированию эффективных стратегий преодоления неблагоприятных физических последствий стресса и укреплению здоровья. Об

этом свидетельствуют результаты сравнительного исследования ресурсных возможностей больных, связанных с используемыми ими способами поведения в трудных жизненных ситуациях.

Все варианты копинга нами рассматривались или в контексте продуктивных (адаптивных) способов выхода из трудной ситуации (самоконтроль, принятие ответственности, поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы, положительная переоценка), или как непродуктивные (неадаптивные) способы (конфронтация, дистанцирование, бегство-избегание).

В табл. 3 и на рис. 1 представлены средние значения показателей и профили копинг-стратегий у больных двух сравниваемых групп.

Таблица 3

Средние значения показателей копинг-стратегий у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Группы больных	Стратегии копинг-поведения							
	К	Дис	Ск	Псп	По	Би	П	Пп
СН	38,4	59,0	64,4	37,2	44,3	36,9	49,6	41,6
ИМ	76,4*	44,8*	44,6*	68,7*	58,6*	61,3*	39,4*	38,7

Примечание к таблице: К – конфронтация; Дис – дистанцирование; Ск – самоконтроль; Псп – поиск социальной поддержки; По – принятие ответственности; Би – бегство-избегание; П – планирование решения проблемы; Пп – положительная переоценка; * - различия достоверны при $p < 0,05$.

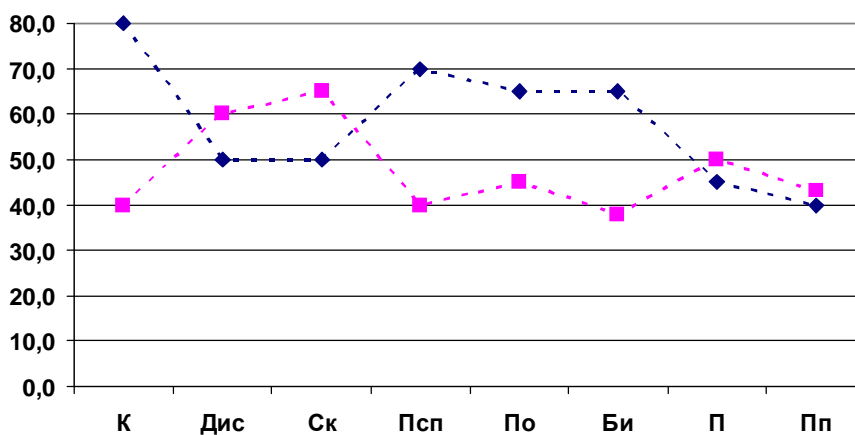


Рис 1. Профили копинг-стратегий больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Полученные психодиагностические данные свидетельствуют, что больные обеих анализируемых групп используют как продуктивные, так и неадаптивные копинг-стратегии выхода из трудных жизненных ситуаций. Однако соотношение этих способов и их активность (напряженность, предпочтительность) имели существенные отличия. У больных СН с высоким уровнем достоверности преобладало преимуще-

ственное использование копинга «самоконтроль» (64,4). Эта стратегия предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с трудной проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения. При отчетливом предпочтении стратегии самоконтроля у человека может наблюдаться-

ся стремление скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией. Часто такое поведение свидетельствует о чрезмерной требовательности к себе, о возможности избегания эмоциональных импульсивных поступков, о преобладании рационального подхода к проблемным ситуациям.

Умеренное использование других продуктивных копинг-стратегий у больных СН (ответственность – 44,3; планирование – 49,6 и положительная переоценка – 41,6) представляло собой специфический «резерв второй линии активности».

При этом только копинг «планирование» по своей активности (49,6) превышал средний показатель аналогичной стратегии у больных, перенесших ИМ. Эта стратегия предполагает попытки преодоления проблем за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

Непродуктивные копинг-стратегии оказались менее характерными для больных СН. Только показатель дистанцирования (59,0) отражал умеренную степень использования этой стратегии, и возможности снижения субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций и степени эмоциональной вовлеченности в них. Остальные непродуктивные стратегии (конфронтация – 38,4; бегство-избегание – 36,9) рассматривались как дефицитарные (редко используемые), т.е. не имеющие ресурсного значения для личности больных.

У больных, перенесших ИМ, в качестве индивидуального стиля противодействия стрессу и максимального уровня активности, по сравнению с другими стратегиями, использовался такой неконструктивный копинг как конфронтация (76,4). Эта, наиболее характерная для этого контингента больных стратегия, предполагает попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение проблемной ситуации без рациональной обоснованности поведения, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возможными трудностями. При выраженном предпочтении этой стратегии, представленном в результатах настоящего исследования, могут наблюдаться импульсивность в поведении, враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования их результа-

та, коррекции стратегии поведения, неоправданное упорство. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения.

Типичной для этого контингента больных оказалась и гиперактивность непродуктивного копинга бегство-избегание (61,3) и адаптивного копинга «поиск поддержки» (68,7), которые вместе с механизмом конфронтации составляют «ресурсы первой линии мобилизации». Стратегия бегства-избегания представляет собой попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание, либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя и т.п. с целью снижения эмоционального напряжения. С другой стороны, использование продуктивной стратегии поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагает обращение за рекомендациями к знакомым, родственникам и специалистам, владеющим с точки зрения респондента необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания. При поиске преимущественно действенной поддержки ведущей является потребность в помощи конкретными действиями.

К «ресурсам второй линии мобилизации» у больных, перенесших ИМ, можно отнести такие способы выхода из трудных жизненных ситуаций как самоконтроль (инвариантное психологическое качество у больных СН) и принятие ответственности. В частности, стратегия «принятие ответственности» (58,6) предполагает признание пациентом своей роли в возникновении актуальных проблем и ответственности за их

решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. При умеренном использовании данная стратегия отражает стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках.

Продуктивные стратегии «планирование решения проблемы» (39,4) и «положительная перспектива» (38,7) оцениваются как недостаточно активные (редко встречающиеся) и не имеющие ресурсного значения для личности больных, перенесших ИМ.

Таким образом, у больных СН репертуар копинг-стратегий «первой линии мобилизации» определяется сочетанием гиперактивной (определяющей) способности самоконтроля, продуктивных стратегий принятия ответственности, планирования решения проблемы и положительной переоценки, а также неадаптивной стратегии дистанцирования, которая при большой вероятности обесценивания собственных переживаний, в то же время обеспечивает снижение субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций. Конфронтационный копинг, стратегия бегство-избегание и поиск поддержки не являются для этой категории больных ресурсными. Это свидетельствует о достаточно высокой способности больных СН гибко активизировать ресурсный потенциал копинг-стратегий.

Больные, перенесшие ИМ, в отличие от больных СН, характеризуются сниженным уровнем нервно-психической устойчивости и совладания. Ресурсом «первой линии мобилизации» у этих больных являются гиперактивные непродуктивные стратегии конфронтации и «бегство-избегание», а также «поиск поддержки», которая, хотя и относится, к адаптивным, однако содержит в себе возможность формирования инактивной зависимой позиции или чрезмерных ожиданий от окружающих. Еще одна непродуктивная стратегия совладания (дистанцирование) характеризуется умеренной степенью активности, а такие продуктивные стратегии как «планирование решения проблем» и «положительная переоценка» из-за низкой активности их использования не являются ресурсными. На фоне такого, более низкого, чем у больных СН, ресурсного потенциала копинг-стратегий, высокую активность копинга «принятие ответственности», по нашему мнению следует рассматривать скорее через призму переживаний чувства вины и неудовлетворенности собой, чем в контексте понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей.

С целью выяснения взаимосвязей между интегральными показателем жизнестойкости и стратегиями совладания в анализируемых группах больных был проведен анализ всех составляющих при помощи коэффициента корреляции r -Пирсона. Результаты того анализа показаны в табл. 4.

Таблица 4

Корреляционные связи между интегральным показателем жизнестойкости и стратегиями совладания у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Стратегии совладания	Показатели жизнестойкости	
	СН	ИМ
Конфронтация	-0,194	0,289
Дистанцирование	0,283	0,234
Самоконтроль	0,242	0,19
Поиск социальной поддержки	-0,26	0,238
Принятие ответственности	0,210	0,214
Бегство-избегание	-0,190	0,264
Планирование решения проблем	0,340	-0,20
Положительная переоценка	0,274	-0,21

Из данных, приведенных в таблице 4, следует, что у больных СН интегральный показатель жизнестойкости имеет положительную корреляцию ($p < 0,05$) с такими стратегиями совладания как дистанцирование, самоконтроль, планирование решения проблем и положительной пере-

оценки, т.е. с преимущественно продуктивными способами преодоления трудных жизненных ситуаций. Отрицательные корреляции интегрального показателя жизнестойкости ($p < 0,05$) выявлены у копинг-стратегий «конфронтация», «поиск социальной поддержки» и «бегство-из-

бегание». Таким образом, уровень жизнестойкости больных СН определяется использованием таких значимых стратегий совладания как самоконтроль, планирование решения проблем и положительная самооценка. Присутствие в этом адаптивном контексте механизма дистанцирования, по-видимому, связано с его способностью предотвращения интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию. Отсутствие у этих больных положительной связи жизнестойкости с копинг-стратегиями «конфронтация», «поиск социальной поддержки», «бегство-избегание» свидетельствует о том, что их арсенал способов преодоления трудных жизненных ситуаций не содержит нецеленаправленной поведенческой активности, позиции зависимости от окружающих и отрицания проблем.

В группе больных, перенесших ИМ, установлены положительные корреляционные связи ($p < 0,05$) между интегральным показателем жизнестойкости и копинг-стратегиями конфронтации,

поиска социальной поддержки, принятия ответственности и бегства-избегания, т.е. с преимущественно неадаптивными способами преодоления. Это свидетельствует о более пассивной жизненной позиции, неверии в собственные возможности и слабых ожиданиях, связанных с улучшением здоровья, по сравнению с больными СН. Использование стратегии «принятие ответственности», в контексте переживания чувства вины и неудовлетворенности собой, также можно рассматривать как не вполне адаптивный способ совладания.

Таким образом, стратегии преодоления трудностей, которые используют больные, перенесшие ИМ, невозможно рассматривать как оптимальные механизмы жизнестойкости личности. По-видимому, переживания, связанные с драматизацией тяжести соматической дисфункции и возможными неблагоприятными ее последствиями, инактивируют различные составляющие личностных ресурсов и ориентируют больных на шадящий режим функционирования.

А.О. Помілуйко

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ І КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

У 106 хворих із захворюваннями серцево-судинної системи (64 людини зі стенокардією напруження і 42 людини, які перенесли інфаркт міокарда, вивчені рівень життєстійкості (hardiness) та особливості копинг-стратегій. Встановлено, що хворі на стенокардію напруження, мають більш високий рівень життєстійкості та здібності активізувати ресурсний потенціал копинг-стратегій, в порівнянні з хворими, які перенесли інфаркт міокарда. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 1 (33). — С. 25-34).

A.A. Pomiluiiko

RESILIENCE AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH DISEASES CARDIOVASCULAR

Donetsk National Medical University, Ukraine

In 106 patients with diseases of the cardiovascular system (64 man with exertional angina and 42 people with myocardial infarction, studied the level of resilience (hardiness) and features coping strategies. Found that patients with exertional angina have a higher level of resilience and the ability to activate the resource potential coping strategies, compared to patients with myocardial infarction. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 25-34).

Литература

1. Kobasa S.C. Stressful Life Events, Personality and Health: an Inquiry into Hardiness / S.C. Kobasa // Journal of Personality and Social Psychology. — 1979. - № 37. — P. 1-11.
2. Maddi S. The Hardy Executive: Health under Stress / S. Maddi, S.C. Kobasa // Homewood (IL): Dow Jones-Irwin. — 1984.
3. Александрова Л.А. Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф: дис...канд. психол. наук / Александрова Л.А. — Кемерово, 2004. — 207 с.
4. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии / Л.А. Александрова // Сибирская психология сегодня.: Сб. научн. тр.- Вып. 2. — Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004. — С. 82-90.
5. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006.
6. Рассказова Е.И. Жизнестойкость и выбор будущего в процессе реабилитации / Е.И. Рассказова // Гуманитарные

проблемы современной психологии. Известия Таганрогского радиотехнического университета. - 2005. - № 7. — С. 124-126.

7. Дробинина Л.В. Взаимосвязь жизнестойкости, удовлетворенности жизнью и субъективного благополучия у жителей региона Сибири / Л.В. Дробинина // Материалы докл. XIV Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» / Отв. ред. И.А. Алешковский, П.Н. Костылев. — М.: Издательский центр Факультета журналистики МГУ им. М.В. Ломоносова. — 2007.

8. Книжникова С.В. Педагогическая профилактика суицидального поведения на основе формирования жизнестойкости подростков в условиях общеобразовательной школы: дис...канд. пед. наук / С.В. Книжникова. — Краснодар, 2005. — 191 с.

9. Maddi S. Dispositional Hardiness in Health and Effectiveness / S. Maddi // Encyclopedia of Mental Health / H.S. Friedman (Ed.). — San Diego (CA): Academic Press, 1998. — P. 323-335.

10. Booth-Kewley S. Psychological Predictors of Heart Disease: A Quantitative Review / S. Booth-Kewley, H. Friedman // *Psychological Bulletin*. – 1987. – Vol. 101 (3). – P. 343-362.
11. Davidsdottir S. Psychological Processes and Lifestyle by Age: Predictors for Psychosomatic Complaints / S. Davidsdottir // *Counseling & Clinical Psychology Journal*. – 2006. – Vol. 3, issue 3. – P. 137-147.
12. Brooks M. Health-Related Hardiness in Individuals With Chronic Illnesses / M. Brooks // *Clinical Nursing Research*. – 2008. – Vol. 17, issue 2. – P. 98-117.
13. Lee H.J. Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults / H. J. Lee // *Research in Nursing and Health*. – 1991. – Oct. Vol. 14, № 5. – P. 351-359.
14. Мисютина В.В. Жизнестойкость, психопатологическая симптоматика и качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией / В.В. Мисютина // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. – 2012. - № 3. – С. 116-119.
15. Maddi S. Hardiness: an Operationalization of Existential Courage / S. Maddi // *Journal of Humanistic Psychology*. – 2004. – Vol. 44, № 3. – P. 279-298.
16. Александрова Л.А. К осмыслению понятия «жизнестойкость личности» в контексте проблематики психологии способностей / Л.А. Александрова // *Психология способностей: Современное состояние и перспективы исследований*.: Материалы науч. конф. – М.: Институт психологии РАН, 2005. – С. 16-21.
17. Гордеева Т.О. Психология мотивации достижения / Т.О. Гордеева. – М.: Смысл; Академия, 2006. – 336 с.
18. Леонтьев Д.А., Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
19. Мандрикова Е.Ю. Виды личностного выбора и их индивидуально-психологические предпосылки: дис... канд. псих. наук / Мандрикова Е.Ю. – М., 2006. – 195 с.
20. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности: учебное пособие / Д.А. Циринг. – М.: Академия, 2005. – 120 с.

Поступила в редакцию 12.03.2014

УДК 616.89:159.923:173.7:616.697

*П. П. Вербовий***ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОДРУЖЖІВ З ПОРУШЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ СІМ'Ї ВНАСЛІДОК БЕЗПЛІДДЯ У ЧОЛОВІКА, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЙОГО ТРИВАЛОСТІ**

Донецький регіональний центр материнства та дитинства

Ключові слова: індивідуально-психологічні особливості, подружжя, порушення життєдіяльності сім'ї, чоловіки, безпліддя

З кожним роком в світі спостерігається збільшення числа сімейних пар, які зіткнулися з безпліддям, при цьому має місце зниження віку подружжів. Частота безплідних шлюбів у світі становить близьким 15%, причому в країнах Європейського Союзу – 10,9%, в США – 14,2%; в Україні на безпліддя страждають, за даними різних авторів, від 15% до 20% подружніх пар [1, 2]. І, якщо 30 років тому на 60 – 80% випадків жіночого безпліддя припадало 20 – 40% чоловічого, то зараз чоловіче безпліддя складає половину випадків [3]. Між тим, відомо, що при наявності в суспільстві 15% безплідних сімей, проблема безпліддя стає державною, так як починає впливати на країну в цілому, знижуючи її соціальний та професійний потенціал [4].

В багатьох випадках безпліддя є причиною психоемоційних порушень та функціонування людини, що спричиняє вагомий патологічний вплив на мікросоціальному рівні внаслідок виникнення питомої ваги соціально-психологічних проблем: розвитку психологічних, емоційних, міжособистісних негараздів, які призводять до порушень життєдіяльності сім'ї. З іншого боку, безпліддя, як хронічна перманентна психотравмуюча ситуація, значно погіршує стан життєдіяльності родини та якість життя пацієнтів. Таким чином, виникає так званий механізм «порочного кола»: з одного боку, факт наявності безпліддя сприяє формуванню негативного психоемоційного стану та погіршення якості родинних процесів, з іншого боку, тривала стресова ситуація провокує розвиток психосоматичних проявів та ще більш посилює деструкцію сімейної життєдіяльності.

Враховуючи зазначене, метою даної роботи було встановлення індивідуально-психологічних особливостей безплідних чоловіків та їх дружин, в яких діагностовано порушення життєдіяльності сім'ї внаслідок безпліддя у чоловіка, з урахуванням його тривалості, для визначення

мішенів медико-психологічного впливу в аспекті подальшої розробки системи психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності сім'ї при даній патології у чоловіка.

Для досягнення поставленої мети на базі Донецького регіонального центру материнства та дитинства протягом 2010 – 2013 рр. було обстежено 90 сімейних пар, в яких були виявлені ознаки порушення життєдіяльності сім'ї внаслідок наявності безпліддя у чоловіка. В залежності від стажу безпліддя обстежені пари були розподілені на три групи по 30 подружніх пар (ПП): перша (Г1) – зі стажем безпліддя 1 – 5 років, друга (Г2) – 6 – 10 років, третя (Г3) – 11 – 15 років.

Ідентифікація індивідуально-психологічних властивостей обстежених проводилась з використанням скороченого варіанту Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника – методики Міні-мульти [за 5], методики визначення наявності та вираженості комплексу меншовартості [6], та методики діагностики типу ставлення до хвороби (ТОБОЛ) [7].

При аналізі результатів, отриманих за методикою Міні-мульти, для оцінювання достовірності відповідей надано аналіз трьом шкалам, співвідношення між показниками яких, дозволили зробити висновки щодо достовірності результатів дослідження.

1. Шкала L – спрямованої на виявлення прагнення виглядати більш позитивно (оцінка щирості);

2. Шкала F – за допомогою якої встановлювалася тенденція до агравації, схильність щодо надмірної оцінки та важливості хвилювань та прагнень повернути до себе увагу;

3. Шкала K – яка дозволила скоригувати завищену відкритість обстежених або їх прагнення зменшити існуючу симптоматику.

У досліджених не виявлено досліджених із низькими показниками (нижче 26 балів) та ви-

сокими показниками (більше 70 сирих балів) за даними шкалами. Взагалі середній бал у всіх обстежених розподілився у межах норми (36"40 - сирих балів), що надало можливість вважати кількість відповідей наданих досліджуваними достатніми, а результати оцінювання відповідей достовірними. Результати дослідження середніх балів за контрольними шкалами відображено у табл. 1, з якої видно, що у обстежених при розрахунку усереднених показників

за контрольними шкалами для ОГ1, ОГ2, ОГ3 середній бал склав: за шкалою L: ОГ1 – 21 бал, ОГ2 – 22 бала, ОГ3 – 20 балів. Серед жінок відповідно: ОГ1 - 22 бала, ОГ2 – 27 балів, ОГ3 – 21 бал. За шкалою F: ОГ1 – 77 балів, ОГ2 – 78 балів, ОГ3 – 76 балів. Серед жінок відповідно: ОГ1 - 78 балів, ОГ2 – 77 балів, ОГ3 – 75 балів. За шкалою K: ОГ1 – 18 балів, ОГ2 – 19 балів, ОГ3 – 24 бала. Серед жінок відповідно: ОГ1 - 19 балів, ОГ2 – 18 балів, ОГ3 – 26 балів ($p < 0,001$).

Таблиця 1

Розподіл досліджених за середнім балом за контрольними шкалами (опитувальник Міні-мульт)

Шкали	Стать	Групи											
		ОГ1 (Ч=30,Ж=30)				ОГ2 (Ч=30,Ж=30)				ОГ3 (Ч=30,Ж=30)			
		С.б	N	%	±m	С.б	N	%	±m	С.б	N	%	±m
L	Ч	21	25	83,3	3,7	22	24	80,0	4,0	20	28	93,3	2,5
	Ж	22	24	80,0	4,0	21	27	90,0	3,0	21	26	86,7	3,4
F	Ч	77	26	86,7	3,4	78	28	93,3	2,5	76	27	90,0	3,0
	Ж	78	25	83,3	3,7	77	25	83,3	3,7	75	25	83,3	3,7
K	Ч	18	27	90,0	3,0	19	26	86,7	3,4	20	24	80,0	4,0
	Ж	19	26	86,7	3,4	18	27	90,0	3,0	19	26	86,7	3,4

Примітки: 1. L – брехня; F – достовірність; K – корекція; 2.. * – достовірність розбіжностей між показниками шкал у досліджуваних групах $p < 0,001$.

Встановлено, що дослідженими ОГ1, ОГ2 та ОГ3, які мали результат за шкалою L - 66-69 Т, було характерно низький адаптивний потенціал та недостатність самосприйняття. Таки досліджені часту умисно прагнули прикрасити себе, показували себе «в кращому світлі», заперечуючи наявність у власної поведінці слабостей, властивих будь-якій людині. Таки досліджені намагалися приховати здатність сердитися, лінуватися, знехтувати старанністю, строгістю манер, правдивістю, акуратністю в самих мінімальних розмірах і в самій звичайній ситуації.

Дослідженими ОГ1, ОГ2 та ОГ3, які мали результат за шкалою F - 65-70 Т, була властива емоційна нестійкість та дисгармонічність. Таки досліджені, як правило, відображали високий рівень емоційної напруженості та ознаки особистісної дезінтеграції, що було пов'язано як з вираженим стресом, так і з нервово-психічними

порушеннями не психогенного рівню. У жінок виявлено внутрішня напруженість, невдоволення ситуацією, погано організовану активність.

Дослідженими ОГ3, які мали результат за шкалою F - 64-71 Т, була властива емоційна нестійкість та дисгармонічність.

Дослідженими ОГ1, ОГ2 та ОГ3, які мали результат за шкалою K - більше 66 Т, було властиво схований внутрішній конфлікт або особистісні проблеми. Вони формували свою поведінку залежно від соціального схвалення і стурбовані своїм соціальним статусом. Вони схильні заперечувати будь-які труднощі в міжособистісних відносинах або в контролі власної поведінки, прагнули до дотримання прийнятих норм і утримувалися від критики оточуючих. Явно неконформна, що відхиляється від традицій і звичаїв, що виходить з конвенціональних рамок пове-

дінка викликає у них виражену негативну реакцію. У зв'язку з тенденцією заперечувати (значною мірою на перцептивному рівні) інформацію, що свідчить про міжособистісних утрудненнях і конфліктах, ці особи не мали адекватного уявлення про те, як їх сприймають оточуючі.

У всіх обстежених із високим середнім балом за трьома шкалами виявлено емоційна напруга.

Результати досліджених за усередненим «профілем особистості» по базовим шкалам відображено у табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл досліджених за усередненим «профілем особистості» по базовим шкалам (опитувальник Міні-мулт, у балах)

Бали	Стать	Шкали ¹							
		Hs	D	Hu	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
ОГ1 (Ч=30,Ж=30)									
Б ²	Ч	57	69	70	69	77	60	56	72
	Ж	56	70	68	70	77	59	57	71
К ³	Ч	11	–	8	7	–	21	20	6
	Ж	10	–	7	8	–	20	21	5
Σ ⁴	Ч	65	71	76	75	79	78	73	76
	Ж	56	70	69	69	77	58	56	72
ОГ2 (Ч=30,Ж=30)									
Б ²	Ч	56	70	68	68	77	59	56	73
	Ж	57	71	69	69	78	69	55	72
К ³	Ч	12	–	7	6	–	19	21	5
	Ж	11	–	8	7	–	21	20	6
Σ ⁴	Ч	66	70	78	76	77	78	71	76
	Ж	58	72	69	69	77	56	58	72
ОГ3 (Ч=30,Ж=30)									
Б ²	Ч	58	73	71	67	74	58	58	71
	Ж	59	72	68	69	76	60	59	72
К ³	Ч	10	–	8	8	–	21	21	6
	Ж	10	–	7	7	–	22	22	5
Σ ⁴	Ч	66	71	76	77	79	79	71	72
	Ж	58	71	70	69	73	57	59	72

Примітки: 1. Hs – іпохондрії, D – депресії, Hu – істерії, Pd – психопатії, Pa – паранойяльності, Pt – психастенії, Se – шизоїдності, Ma – гипоманії. 2. Б² - середній сирий бал; К³ - коефіцієнт; Σ⁴ - середній ітоговий бал. 3. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$.

З даних табл. 2 видно, що «профіль особистості» досліджених ОГ1, ОГ2, ОГ3 має значні відмінності. До шкал, що характеризують «профіль особистості» обстежених ОГ1, віднесено: шкалу Hs - за якою чоловіки та жінки мали схильність до втрати рівноваги у складних (кон-

фліктних) ситуаціях та знижені адаптаційні можливості ($p < 0,001$). У ОГ2 – шкалу D - підвищену тривожність, невпевненість у себе, схильність до самозвинувачення ($p < 0,001$). У ОГ3 – шкалу Hu – агравація соматичного захворювання ($p < 0,001$) та шкалу Se - підвищена чутливість,

холодність емоційного відгуку, відчуженість у міжособистісних стосунках ($p < 0,001$).

В цілому, серед обстежених усіх трьох груп не діагностовано «нормативного особистісного профілю» у межах 46-55 Т. Так, у 69,0% та 68,0% досліджених ОГ1, 70,0% та 69,0% ОГ2 та 71,0% та 67,0% ОГ3 виявлено показники базових шкал на рівні 67-74 Т, що свідчить про превалювання особистісних рис, які утруднюють соціально-психологічну адаптацію ($p < 0,001$).

У свою чергу, у 36,0% чоловіків та 36,0% жінок ОГ1, 32,0% чоловіків та 33,0% жінок ОГ2 та 35,0% чоловіків та 31,0% жінок встановлено показники за базовими шкалами вищі ніж 75 Т, що свідчить про серйозні проблеми порушення адаптації. Такими шкалами виявлено: шкалу Pd, що було свідомством того, що у досліджених спостерігалися конфлікти, спалахи агресії, нестійкий настрій, збудженість ($p < 0,001$); шкалу Pa - агресивність, конфліктність із оточуючими; шкалу Pt - особи із тривогою, постійним сумнівом; шкалу Ma - нестійкість інтересів. Встановлено, що у досліджених ОГ2 часту формується стеничний

тип реагування, якій характеризується високими показниками гиперстенічного профілю, відображаючи проблеми самотності ($p < 0,001$).

Виходячи із загальної гіпотези дослідження про відмінність особистісних рис досліджених в залежності терміну безпліддя, з метою пошуку найбільш ефективних та адекватних мішенів психокорекційних впливів для окремих родинних пар, досліджено розподіл досліджених за структурою особистості. Даний підхід обрано виходячи із думки, що система психокорекції та психопрофілактики порушень життєдіяльності сім'ї при безплідді у чоловіків повинна будуватися на принципах та підходах, які враховують їх особистісні властивості у рамках вікового досвіду. Тобто в системі, яка пропонується, повинно враховуватися віковий діапазон досліджених та притаманні даному діапазону особливості життєвого стереотипу, а саме: виконання чоловічої ролі у родині, стиль життя, культурне, соціальне, релігійне світосприйняття та ін. Результати розподілу досліджених за структурою особистості відображено у табл. 3.

Таблиця 3

Розподіл досліджених за структурою особистості (опитувальник Міні-мульт, у%)

Шкали ¹	Стать	Групи											
		ОГ1 (Ч=30,Ж=30)				ОГ2 (Ч=30,Ж=30)				ОГ3 (Ч=30,Ж=30)			
		С.б	N	%	±m	С.б	N	%	±m	С.б	N	%	±m
Hs	Ч	71	27	90,0	3,0	76	28	93,3	2,5	79	25	83,3	3,7
	Ж	55	26	86,7	3,4	56	27	90,0	3,0	58	25	83,3	3,7
D	Ч	72	28	93,3	2,5	78	28	93,3	2,5	81	26	86,7	3,4
	Ж	69	26	86,7	3,4	66	26	86,7	3,4	68	24	80,0	4,0
Hy	Ч	73	25	83,3	3,7	82	27	90,0	3,0	80	26	86,7	3,4
	Ж	58	26	86,7	3,4	57	25	83,3	3,7	63	27	90,0	3,0
Pd	Ч	60	27	90,0	3,0	65	26	86,7	3,4	64	24	80,0	4,0
	Ж	76	26	86,7	3,4	81	25	83,3	3,7	83	25	83,3	3,7
Pa	Ч	59	28	93,3	2,5	64	26	86,7	3,4	62	28	93,3	2,5
	Ж	79	26	86,7	3,4	72	27	90,0	3,0	78	27	90,0	3,0
Pt	Ч	60	28	93,3	2,5	58	28	93,3	2,5	61	26	86,7	3,4
	Ж	77	27	90,0	3,0	78	26	86,7	3,4	82	27	90,0	3,0
Se	Ч	72	25	83,3	3,7	78	27	90,0	3,0	82	26	86,7	3,4
	Ж	62	28	93,3	2,5	66	25	83,3	3,7	64	27	90,0	3,0
Ma	Ч	62	27	90,0	3,0	63	26	86,7	3,4	65	28	93,3	2,5
	Ж	82	28	93,3	2,5	81	27	90,0	3,0	82	25	83,3	3,7

Примітки: 1. Hs – іпохондрії, D – депресії, Hy – істерії, Pd – психопатії, Pa – паранойяльності, Pt – психастенії, Se – шизоїдності, Ma – гипоманії. 2. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$.

З даних табл. 3 видно, що в цілому серед досліджених ОГ1 спостерігається динамічна картина вікової зміни показників за загальним балом у бік тенденцій підвищення за шкалами Hs, D, Hy, Se до патологічного ступеню їх вираженості. У досліджених ОГ2, відповідно, за шкалами Pd, Pa, Pt, Ma – також до патологічного ступеню їх вираженості. Даний розподіл досліджених був врахований у подальшому при розробці психокорекційних заходів. Треба зазначити, що у досліджених ОГ3 та ОГ2, на противагу досліджених ОГ1, вікові залежності зміни структури особистості відповідали умовним віковим формуванням та були більш «зрілими» в наслідок досвіду безплідного родинного життя та надбаних соціальних навичків компенсації, що проявлялося формуванням тенденцій до акцентуацій у більш пізньому віці ($p \leq 0,001$). Під соціальними навичками компенсації ми маємо на увазі, що частина чоловіків та й жінок зі збільшенням тривалості безпліддя, адаптувалися у суспільстві у інших ролях де була можливість спілкування та прояву уваги щодо дітей, а саме: «інститут хресних», допомога родичам у побуті, яких є діти, проведення із дітьми родичів відпуски та т. ін.

За результатами дослідження опитувальником Міні-мулт у всіх трьох групах у чоловіків виявлено підйоми по шкалам депресії та шизоїдності. Особистісні особливості чоловіків, які відповідають підйому по даним шкалам, були представлені замкнутістю, пасивністю, інтровертованістю, некоммукабельністю, труднощами в міжособистісних контактах, своєрідністю суджень і вчинків, непрактичністю, відірваністю від реальних життєвих проблем, відгородженістю й емоційною холодністю. При цьому стан декомпенсації проявляється зниженим фоном настрою, депресивністю, зниженою самооцінкою й песимістичністю. У жінок усіх трьох груп спостерігалась пасивність особистісної позиції, м'якість, чутливість. Підйом показників за шкалою психопатії у сполученні із піком по шкалі депресії виявляв внутрішній конфлікт між високим рівнем домагань і непевністю в собі, високою активністю й швидкої виснаженості, що характерно для неврастенічного кола переживань. Крім того, підвищення Т-оцінок по шкалі паранойяльності вказувало на схильність слідувати власним стійким стереотипам поведінки. У таких особистостей існували сформовані переконання у несправедливості долі та ворожості стосовно них інших осіб, що було основою для виправдання своїх дій у власних очах, у те час як думка інших для них не значиме.

Наступним етапом дослідження стало вивчення комплексу меншовартості за методикою Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов (2002). Розподіл досліджених за структурою комплексу меншовартості відображено у табл. 4, з даних якої витікає, що в цілому у досліджених ОГ1, ОГ2, ОГ3 виявлені значні відмінності щодо наявності комплексу меншовартості із переважанням даного комплексу серед досліджених ОГ1. В цілому встановлено наступний розподіл структури комплексу меншовартості: від 0–40 балів (закомплексовані, себе оцінюють негативно, «заціклені» на власних слабостях, недоліках, помилках) ОГ1 – 33,3%, ОГ – 20,0%, ОГ3 – 6,7%. Серед жінок відповідно: ОГ1 – 13,3%, ОГ2 – 10,0%, ОГ3 – 6,7%. Від 41–80 балів (є можливості справитися із комплексами) ОГ1 – 23,3%, ОГ – 16,7%, ОГ3 – 10,0%. Серед жінок відповідно: ОГ1 – 16,7%, ОГ2 – 13,3%, ОГ3 – 10,0%. Від 81–130 (кількість комплексів, як й у кожній нормальної людини із здатністю самостійного їх вирішення) ОГ1 – 23,3%, ОГ – 40,0%, ОГ3 – 73,3%. Серед жінок відповідно: ОГ1 – 56,7%, ОГ2 – 60,0%, ОГ3 – 73,3%. Від 131–150 (помилкове уявлення щодо відсутності комплексів) ОГ1 – 20,0%, ОГ – 23,3%, ОГ3 – 10,0%. Серед жінок відповідно: ОГ1 – 13,3%, ОГ2 – 16,7%, ОГ3 – 10,0%.

Розподіл досліджених за середнім балом комплексу меншовартості відображено у табл. 5.

З даних табл. 5 видно, що досліджені в цілому за середнім балом розподілилися відносно рівномірно. Досліджені усіх трьох груп, які мали середній бал до 40, класифікувалися нами як закомплексовані. Дані особи оцінювали себе негативно, вони постійно боролися із власними слабостями, недоліками, помилками, що лише посилювало їх комплекси та ще більше ускладнювало стосунки з людьми. Їм дуже складно було виділити та сконцентруватися на власних сильних якостях.

Досліджені усіх трьох груп із середнім балом діапазону 41-80 балів, мали усі можливості справитися зі своїми комплексами власними силами. Досліджені признавали, що ці комплекси загалом заважають їм жити, часом вони боялися аналізувати себе та власні вчинки.

Досліджені усіх трьох груп із середнім балом 81-130 балів мали комплекси, як їх має кожна нормальна людини та чудово справлялися зі своїми проблемами. Вони могли об'єктивно оцінювати власну поведінку і вчинки людей. Вважалися людьми, які у компанії відчувають себе легко і вільно, і люди відчувають себе так само легко у спілкуванні з ними.

Розподіл досліджених за структурою комплексу меншовартості

Структура, у балах	Стать	Групи								
		ОГ1			ОГ2			ОГ3		
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
0–40	Ч	10	33,3	4,7	6	20,0	4,0	2	6,7	2,5
	Ж	4	13,3	3,4	3	10,0	3,0	2	6,7	2,5
41–80	Ч	7	23,3	4,2	5	16,7	3,7	3	10,0	3,0
	Ж	5	16,7	3,7	4	13,3	3,4	3	10,0	3,0
81–130	Ч	7	23,3	4,2	12	40,0	4,9	22	73,3	4,4
	Ж	17	56,7	5,0	18	60,0	4,9	22	73,3	4,4
131–150	Ч	6	20,0	4,0	7	23,3	4,2	3	10,0	3,0
	Ж	4	13,3	3,4	5	16,7	3,7	3	10,0	3,0
Всього	Ч	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
Всього	Ж	30	100,0		30	100,0		30	100,0	

Таблиця 5

Розподіл досліджених за середнім балом комплексу меншовартості

Групи	Стать	Бали			
		0-40 (ср.б)	41-80 (ср.б)	81-130 (ср.б)	131-150 (ср.б)
ОГ1	Ч	37	76	121	143
	Ж	34	73	118	137
ОГ2	Ч	35	68	115	139
	Ж	36	73	119	141
ОГ3	Ч	38	69	120	146
	Ж	37	74	116	145

Досліджені усіх трьох груп із середнім балом 31-150 балів - вважали, що не мають комплексів. Вони почасти існували у так званому «надуманому світі», де власний образ не співпадав із реальністю. Такий самообман й завищена самооцінка заважали їм спілкуватися у реальному житті, а самозакоханість переростала в зазнайство, зарозумілість, викликала неприязнь оточуючих людей і істотно зіпсувало життя.

Наступним етапом дослідження стало визначення типу ставлення до хвороби за допомогою «Методики діагностики типу ставлення до хвороби (ТОБОЛ)» (Л. І. Вассерман, Б. В. Ювлев, 2002). Досліджуючи цю характеристику, ми

виходили з теоретичних передумов щодо внутрішньої картини хвороби, яку розглядали як комплексне поняття, все те, що відчуває і зазнає хворий, всю масу його відчуттів, не тільки місцевих хворобливих, але й його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, все те, що пов'язано для хворого з його візитом до лікаря, - весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з вельми складних сполучень сприйняття та відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм. Дане поняття включає не лише знання про хворобу, її усвідомлення особистістю, але й розуміння ролі і впливу

хвороби на соціальне функціонування, емоційні і поведінкові реакції, пов'язані з хворобою, можливості адаптивної чи дезадаптивної поведінки

хворого в теперішньому чи майбутньому. Результати досліджених чоловіків за структурою типів ставлення до хвороби відображено у табл. 6.

Таблиця 6

Розподіл досліджених чоловіків за структурою типів ставлення до хвороби

Тип ставлення до хвороби	ОГ1			ОГ2			ОГ3		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Сенситивний	6	20,0	4,0	4	13,3	3,4	2	6,7	2,5
Тривожний	6	20,0	4,0	4	13,3	3,4	2	6,7	2,5
Іпохондричний	1	3,3	1,8	2	6,7	2,5	3	10,0	3,0
Меланхолійний	1	3,3	1,8	2	6,7	2,5	3	10,0	3,0
Апатичний	1	3,3	1,8	3	10,0	3,0	3	10,0	3,0
Неврастенічний	1	3,3	1,8	3	10,0	3,0	2	6,7	2,5
Егоцентричний	1	3,3	1,8	4	13,3	3,4	3	10,0	3,0
Паранойяльний	1	3,3	1,8	1	3,3	1,8	-	-	-
Анозогнозичний	5	16,7	3,7	2	6,7	2,5	4	13,3	3,4
Дисфоричний	1	3,3	1,8	1	3,3	1,8	1	3,3	1,8
Ергопатичний	6	20,0	4,0	2	6,7	2,5	3	10,0	3,0
Гармонічний	-	-	-	2	6,7	2,5	4	13,3	3,4
Всього	30	100		30	100		30	100	

З даних табл. 6, видно, що в цілому серед обстежених ОГ1 переважали сенситивний 6 (20,0 ± 4,0%), тривожний 6 (20,0 ± 4,0%), анозогнозичний 5 (16,7 ± 3,7%), та ергопатичний 6 (20,0 ± 4,0%) типи відношення до хвороби ($p \leq 0,001$). Серед обстежених ОГ2, відповідно: сенситивний 4 (13,3 ± 3,4%), тривожний 4 (13, ± 3,4%), апатичний 3 (10,0 ± 3,0%), неврастенічний 3 (10,0 ± 3,0%), егоцентричний 4 (13,3 ± 3,4%) ($p \leq 0,001$). Серед обстежених ОГ3, відповідно: іпохондричний 3 (10,0 ± 3,0%), меланхолійний 3 (10,0 ± 3,0%), апатичний 3 (10,0 ± 3,0%), егоцентричний 3 (10,0 ± 3,0%), анозогнозичний 4 (13,3 ± 3,4%), ергопатичний 3 (10,0 ± 3,0%), гармонічний 4 (13,3 ± 3,4%) ($p \leq 0,001$).

Характеризуючи пацієнтів із відокремленими типами відношення до хвороби, можна зазначити, що особам із тривожним типом було властиво постійний тривожний стан щодо хвороби, невіра у можливість позитивних результатів лікування. В цілому, настроїв пацієнтів характеризувався як емоційно пригнічений внаслідок тривоги. Хворі шукали «народні» методи лікування та джерела інформації про хворобу, вивчали наукові данні. Такі пацієнти відокремлювалися від пацієнтів із іншим типом відно-

шення до хвороби постійним пошуком «об'єктивних, авторитетних даних» та більшою податливістю іншої думки ніж власним відчуттям. Пацієнтам із сенситивним типом відношення до хвороби було характерно надмірна схвильованість щодо можливого неприємного сприйняття їх оточуючими. Хворі переживали, що інші люди дистанціюються та уникають їх вражаючи їх неповноцінними. Хворі із анозогнозичним типом відношення до хвороби не вважали безпліддя, як катастрофу особистісного життя. В свою чергу пацієнти із ергопатичним типом відношення до хвороби намагалися бути активними та компенсувалися у веденні активного образу життя та високої працездатності.

За результатами досліджень виявлено, що в цілому відношення до свого захворювання є важливою характеристикою самосвідомості хворого і може мати суттєвий вплив на клінічні прояви, перебіг і прогноз захворювання. Відношення до хвороби проявляється в зміні поведінці пацієнта, його взаємовідносинах з медичним персоналом та родиною, а також виступати в якості психотравмуючої ситуації та формування тла для виникнення викривлень їх психоемоційного стану, змінюючи рівень адаптації хво-

рого. Встановлено вірогідний взаємозв'язок між наявністю негармонійного типу відношення до хвороби та негативним перебігом захворювання – наявністю тривожних та депресивних симптомів та їх вираженістю, труднощами у сімейному та суспільному житті, самореалізації особистості, розвитком внутрішніх конфліктів.

Виявлено характерну своєрідність ціннісної та сфери орієнтації, системи відносин і внутрішньої картини хвороби в досліджених групах з різною установкою на лікування. Для хворих з активною установкою на лікування (ОГ1) була характерна перевага сенситивного й ергопатич-

ного типу ставлення до хвороби. Для хворих з пасивною установкою на лікування (пацієнти ОГ2, які продовжували лікуватися, але вже не вірячи в успіх) характерна перевага сенситивного, тривожного й ергопатичного типів ставлення до хвороби. Для хворих з відсутністю установки на лікування (у більшості пацієнти із довгим строком безпліддя – ОГ3) була характерно перевага анозогнозичного, ергопатичного й сенситивного типів відношення до хвороби.

Отримані дані були враховані нами при розробці системи заходів психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності сім'ї при безплідді у чоловіка.

П.П. Вербовой

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ С НАРУШЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ ВСЛЕДСТВИЕ БЕСПЛОДИЯ У СУПРУГА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ДЛИТЕЛЬНОСТИ.

Донецкий региональный центр материнства и детства

В работе проведен анализ индивидуально-психологических особенностей и нарушений жизнедеятельности в семьях с различной длительностью бесплодия у супруга. Полученные данные использовались при разработке системы мероприятий психокоррекции и психопрофилактики нарушенной жизнедеятельности семьи при бесплодии у супруга. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 35-42).

P. P. Verbovoj

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS SPOUSES IN VIOLATION OF LIFE FAMILY DUE INFERTILITY IN MEN, DEPENDING ON ITS DURATION

Donetsk regional center for mother and child care

The article presents a comparative analysis of the characteristics of individual psychological characteristics of 90 marriages in violation of life of the family as a result of infertility in men, depending on its duration. Established differences of personality characteristics, presence and severity of the inferiority complex and the type of treatment to disease in spouses of different terms for male infertility: the most acutely responsive couples experience infertility of 5 years, the most adapted proved spouse for a period of infertility man 11 - 15 years. The data were taken into account by us in the development of measures of correction and psychoprophylaxis violation of family life with infertility in men. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 35-42).

Література

1. Маркова М. В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии / М. В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т. 1, № 1 (1). – С. 57 – 62.
2. Кришталь Е. В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии / Е. В. Кришталь, М. В. Маркова // Медична психологія. – 2008. – Т. 3. - № 3. – С. 17 – 22.
3. Юзько О. М. Подолання безпліддя за допомогою репродуктивних технологій / О. М. Юзько, Т. А. Юзько // Здоровье Украины. – 2009. – № 3 (20). – С. 6 – 7.
4. Turek P. Бесплодие психологически уничтожает мужчин [Электронный ресурс] / P. Turek // Journal of Sexual Medicine. –

2009. – режим доступа до журн.: <http://medicinform.net/news/news14252.htm>

5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я.Райгородский – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2008. – 672 с.

6. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2012. – 490 с.

7. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): пособие для врачей / Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. – СПб: Изд-во НИПИ им. В.М.Бехтерева, 2002 – 31 с.

Поступила в редакцию 18.01.2014

УДК: 159.942-053.6-085.851:616.1-008.6-085

*М. В. Маркова, Н. Ю. Веньовцева***АЛЕКСИТИМИЯ ЯК ОДИН ІЗ ПРЕМОРБІДНИХ ІНДИВІДУАЛЬНО-ОСОБИСТІСНИХ ФАКТОРІВ В ГЕНЕЗІ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ, В АСПЕКТІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ**

Харківська медична академія післядипломної освіти; Дитяча клінічна лікарня №6, м. Київ

Ключові слова: алекситимія, соматоформна вегетативна дисфункція, підлітки, психотерапія, медико-психологічний супровід

На сьогодні зростання рівня захворюваності на психосоматичні захворювання, розлади невротичного регістру, в тому числі соматоформну вегетативну дисфункцію, є важливою медико-соціальною проблемою. Адже стрімкість поширення цих розладів серед населення, особливо дитячого, викликає стурбованість не лише лікарів, а й психологів та спеціалістів інших суміжних спеціальностей. Продовжують зростати витрати на діагностичні заходи та лікування таких пацієнтів, які часто залишаються невдоволеними отриманою допомогою через незначну її ефективність. Крім того, діти та підлітки із медично незрозумілими симптомами (*medically unexplained symptoms*) часто залишаються сам-на-сам із своїми психологічними проблемами, які ще в більшій мірі погіршують їх якість життя та стають на заваді подальшому гармонійному психологічному та фізичному розвитку [1 – 3].

Так, в рамках зазначених розладів можна говорити про «соматизацію» як загальний феномен. Це тенденція до переживання психологічного дистресу у вигляді соматичних симптомів, які досить часто невірною розцінюються пацієнтами як серйозне соматичне захворювання. Пацієнти із стійкою тенденцією до соматизації часто вимагають від лікарів встановлення діагнозу та призначення відповідного лікування, не дивлячись на усі спроби запевнити їх у відсутності тяжкої соматичної патології. Це призводить до нераціонального використання медичної допомоги на різних ланках та збільшення витрат на охорону здоров'я. Якщо тенденція до соматизації спостерігається у дітей чи підлітків, то часто зазначена тенденція у поведінці спостерігається і у батьків [4 – 7].

Не дивлячись на те, що у формуванні феномену соматизації біопсихосоціальна спрямованість є визначеною, все ж більша увага дослідників зосереджується на біологічній

ланці. Тому питання психосоціальних факторів залишається недостатньо дослідженим та визначеним і потребує подальшого розгляду.

Хронічний перебіг та часта терапевтична резистентність психосоматичних та соматоформних розладів на фоні ще недостатніх знань щодо їх патоморфозу призвели до розробки у якості найбільш перспективної концепції факторів ризику розвитку цих порушень. Із соматичними факторами ризику зазвичай справу мають лікарі-соматологи (терапевти, педіатри), завдяки чому забезпечують профілактику та лікування зазначених розладів. Актуальним залишається питання щодо природи психологічних факторів ризику та розробки відповідних заходів їх виявлення та профілактики [1].

Одним із психологічних факторів ризику виникнення і прогресування зазначених розладів є алекситимічний радикал у структурі преморбідної особистості.

Термін «алекситимія» було вперше запропоновано Sifneos (1973), який протягом тривалого часу працював із пацієнтами психосоматичної клініки та виявив у них певні схожі особистісні особливості. Вони мали схильність до утилітарного (конкретно-механістичного) способу мислення, звуження афективного досвіду та труднощі в описуванні власних почуттів, а також збіднену фантазію [1, 8 – 10].

Буквально «алекситимія» означає «відсутність слів для почуттів» та розглядається як особистісна особливість, що визначає труднощі у розумінні та вербалізації власних емоцій, та нездатність розуміти емоційні стан інших людей [11].

Крім того, алекситимія характеризується труднощами у диференціації почуттів та тілесних відчуттів, переважною фіксацією уваги на зовнішніх подіях поряд із внутрішніми переживаннями. Крім того, пацієнти із високим рівнем алекситимії мають проблеми із міжособистісним

спілкуванням, низьку здатність переживати позитивні емоції та низьку толерантність до негативних [4, 5, 7, 9, 10, 11].

Sifneos припускав, що алекситимічний стиль в когнітивно-емоційній сфері характерний саме для пацієнтів із психосоматичними захворюваннями. Було висунуто гіпотезу, відповідно до якої недостатність усвідомлення емоцій та когнітивної переробки афекту призводить до зосередження на соматичному компоненті афективного збудження та переживання емоцій у вигляді соматичних відчуттів [1, 8, 12].

Для пояснення феномену алекситимії було висунуто декілька моделей, основними з яких є моделі дефіциту та заперечення.

Модель заперечення передбачає глобальне гальмування афектів, як своєрідний захисний механізм. Можна припустити його зворотність із наступним зникненням ознак алекситимії та соматичних симптомів. Такий стан може розвинути внаслідок тяжких психологічних травм або ж у пацієнтів із психосоматичною та соматоформною симптоматикою на фоні успішної психотерапії. В даному разі можна говорити про “вторинну” алекситимію. Але досить часто, не дивлячись на тривалу психотерапію, у багатьох пацієнтів із психосоматичними захворюваннями алекситимічні прояви незворотні. Такі пацієнти залишаються нездатними розпізнавати власні емоції та переживати їх. Для них прийнятною є модель дефіциту. Акцент тут робиться на застряганні на більш ранній стадії розвитку, в результаті чого через знижену здатність символі-

зувати інстинктивні потреби та фантазувати, імпульси без їх психологічної переробки безпосередньо впливають на соматичну сферу [1].

Не дивлячись на значний клінічний досвід та результати багатьох світових досліджень, питання походження алекситимічних рис залишається недостатньо дослідженим. Є певні дані, що основне значення мають генетичні фактори, і феномен алекситимії може бути зрозумілим скоріш в рамках нейрофізіології. Але це стосується в першу чергу первинної алекситимії. Щодо вторинної – існують дані про її зв'язок із сімейними, соціальними, культуральними та іншими факторами.

Крім того, про алекситимію можна говорити лише як про неспецифічний фактор ризику, який треба враховувати разом із іншими факторами, адже вона визначається не лише у пацієнтів із психосоматичними й соматоформними захворюваннями, але й у здорових осіб. Так, алекситиміки у буденному житті можуть не мати явної психічної патології, однак під впливом стресових факторів зростає вірогідність розвитку адиктивної поведінки, порушень харчової поведінки, тривожно-депресивних розладів тощо [8].

Таким чином, на сьогодні в області психології та психіатрії не існує єдиної концепції, яка пояснює причини виникнення алекситимії як функціонального стану або стійкої особистісної риси, недостатньо розроблені рекомендації щодо корекції даних проявів, тому питання алекситимії залишається актуальним та потребує подальшого всебічного дослідження.

Контингент та методи дослідження

Нами було проведено клініко-психопатологічне й психодіагностичне обстеження 90 підлітків, віком від 12 до 17 років (середній вік склав 15,0 років). Серед них 56 дівчат та 34 хлопці.

Обстежені були розподілені на 2 групи. До складу основної групи (ОГ) увійшли підлітки, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіоревматології ДКЛ №6 у м. Києві та яким було встановлено діагноз соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи (СВД ССС). До складу групи порівняння (ГП) увійшли підлітки, які навчаються у 10-11 класах профільного середнього навчального закладу (Український медичний лицей). В ОГ було обстежено 45 пацієнтів, з яких 32 дівчинки (середній вік склав 14,7 років) та 13 хлопців (середній вік склав 14,8 років). В ГП було обстежено 45 школярів, з яких 24 дівчинки (середній вік склав 15,2 роки) та 21

хлопчик (середній вік 15,3 роки).

Клініко-психопатологічне обстеження ОГ включало детальне вивчення анамнезу захворювання, визначення соматичного та психологічного статусу пацієнтів на момент госпіталізації. Діагноз СВД ССС було встановлено із урахуванням анамнестичних даних та на основі скарг пацієнтів за критеріями МКХ-10. Для визначення індивідуально-особистісних особливостей підлітків було застосовано наступні методики: Торонтська шкала алекситимії [13], опитувальник «Невротичні риси особистості» [14]. Обстеження усіх пацієнтів було проведено в умовах стаціонару, в перші два дні після госпіталізації.

Обстеження пацієнтів ГП включало попередню бесіду із підлітками та застосування психодіагностичних методик для визначення психоемоційного стану.

Результати дослідження

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження рівня алекситимії за Торонтською шкалою алекситимії було виявлено, що 15 підлітків основної групи належать до алекситимічного типу, 6 – до неалекситимічного типу, 5 – до групи ризику. При цьому лише 5 школярів з групи порівняння належали до алекситимічного типу, 19 школярів – до неалекситимічного та 21 школяр до групи ризику (таб. 1).

При цьому лише 5 школярів з групи порівняння належали до алекситимічного типу, 19 школярів – до неалекситимічного та 21 школяр до групи ризику (таб. 1).

Таблиця 1

Розподіл підлітків за рівнями алекситимії, визначеної за Торонтською шкалою алекситимії

група / тип	Алекситимічний тип (> 74 б.)	Група ризику (< 62 б.)	Неалекситимічний тип (62-74 б.)
ОГ	15 (33,3 %)	6 (13,3 %)	24 (53,4 %)
ГП	5 (11,1 %)	19 (42,2%)	21 (46,7 %)
$P(\chi^2)$	$\chi^2=6,42$ $p=0,011^*$	$\chi^2=9,36$ $p=0,0022^*$	$\chi^2=0,4$ $p=0,527^*$

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження невротичних рис особистості за опитувальником “Невротичні риси особистості”, було виявлено, що підлітки ГП мають достовірно нижчий рівень невпевненості в собі,

у порівнянні із підлітками ОГ. Крім того, підлітки ОГ мають достовірно більш високий рівень афективної нестійкості у порівнянні із підлітками ГП. Результати за іншими шкалами не виявилися статистично достовірними (таб. 2).

Таблиця 2

Розподіл підлітків основної групи та групи порівняння за шкалами опитувальника «Невротичні риси особистості»

Ступінь / Шкала	Невпевненість у собі		Пізн/соц пасивність		Невротичний над-контроль		Афективна нестійкість		Інтровертована спрямов.		Іпохондричність		Соц. неадаптивність	
	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП
Висок.	2	0	4	1	3	1	2	0	0	3	3	0	1	0
Підвиш.	7	1	19	19	12	9	13	4	11	5	4	2	6	3
Середн.	21	20	18	19	26	26	25	28	20	16	19	13	15	14
Зниж.	14	23	4	4	3	9	5	9	12	19	14	21	18	21
Низьк.	1	0	0	0	0	0	0	4	2	2	5	9	5	7
$P(\chi^2)$	$\chi^2=6,1$ $p=0,0107^*$		$\chi^2=2,21$ $p=0,697$		$\chi^2=2,51$ $p=0,643$		$\chi^2=6,16$ $p=0,187^*$		$\chi^2=3,9$ $p=0,419$		$\chi^2=2,18$ $p=0,702$		$\chi^2=0,99$ $p=0,0910$	

* - ($p < 0,05$) – різниця статистично значима

Отримані результати можуть бути використані для створення та обґрунтування моделі медико-психологічного супроводу підлітків – як хворих на СВД ССС та перебуваючих на стаціо-

нарному лікуванні, так і тих, які належать до групи ризику щодо розвитку даного захворювання.

Висновки. Підвищені показники афективної

нестійкості, виявлені серед підлітків ОГ, відображають їх емоційну лабільність та збудливість; недостатню здатність до вольового керування емоціями; нестійкий та неврівноважений характер міжособистісного спілкування; можливість реагування із дратівливістю та гнівливістю на фрустрації; підвищену сенситивність із схильністю до накопичення негативних переживань; низьку толерантність до стресу та знижений регуляторний потенціал психіки в цілому.

Перелічені особливості афективної сфери підлітків на фоні наявності у них алекситимічних рис особистості можуть скоріше говорити про алекситимію як про вторинний феномен. У такому разі алекситимія не є стійкою особистісною рисою, а виникає як захисний механізм в умовах тривалої психотравмуючої ситуації та може зникати на фоні тривалої психокорекції та психотерапії.

На фоні виявлення алекситимічних рис особистості у підлітків із СВД ССС, на етапі стаціонарного лікування, необхідно виявляти більш стійкі риси та особистісні особливості, які лежать в основі неадаптивних форм поведінки, недосконалих копінг-стратегій у стресових та фруструючих ситуаціях, невідповідних уявлень про себе та оточуючих тощо.

На користь цього може свідчити виявлення зниженого показника невпевненості в собі серед підлітків ГП. Він відображає високий рівень впевненості в собі та здатність до самоактуалізації; відсутність проблем у прийнятті рішень; прагнення до самостійності та домінування у міжособистісних стосунках; здатність до прийняття відповідальності та досягнення мети.

Отримані за опитувальником «Невротичні риси особистості» данні свідчать про те, що не дивлячись на певну тенденцію серед підлітків ГП щодо наявності багатьох із досліджуваних

невротичних рис особистості, вони все ж зберігають адаптаційний ресурс та здатність справлятися із власними емоціями та переживаннями, залишатися афективно стабільними. Не останню роль в цьому, як ми бачимо, відіграє показник впевненості у собі, який виявився зниженим серед підлітків ОГ. Даний показник, схоже, також може бути пов'язаний із алекситимією як вторинним феноменом, впливаючи на здатність особистості справлятися із власними афектами, знаходити адекватну форму для своїх переживань та емоційно реагувати відповідно до ситуації, що склалася.

Питання щодо вибору психокорекційних та психотерапевтичних заходів має вирішуватись індивідуально. Але беззаперечною є необхідність обирати методики, спрямовані, по-перше, на виявлення прихованих негативних переживань та їх відреагування у безпечній для пацієнта обстановці; по-друге, на навчання підлітків впізнавати й диференціювати власні емоції та знаходити адекватну форму для їх пред'явлення оточуючим.

Питання щодо застосування психодинамічного підходу для пацієнтів із алекситимією залишається спірним. Ефективною щодо досягнення зазначених цілей, на нашу думку, буде робота в ключі гештальт-підходу, із застосуванням методик арт-терапії, наприклад, метафоричні асоціативні карти. При цьому найважливішим інструментом позитивних змін стають довірливі стосунки «пацієнт-терапевт», у яких емоційні прояви підлітки не лише приймаються та не засуджуються, а й заохочуються. Важливою є групова психотерапевтична робота, яка позитивно позначається на вмінні встановлювати більш задовільні міжособистісні стосунки та співпрацювати у групі однолітків. При цьому групова робота спрямована на підвищення самооцінки підлітків та розвиток комунікативних навичок.

М. В. Маркова, Н. Ю. Венёвцева

АЛЕКСИТИМИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРЕМОРБИДНЫХ ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ, В АСПЕКТЕ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования; Детская клиническая больница г.Киев

В исследовании был изучен феномен алекситимии у подростков с СВД ССС и условно здоровых подростков на фоне определения ряда личностных черт. Высокие показатели по Торонтской шкале алекситимии вместе с аффективной нестабильностью и низкой уверенностью в себе указывают на алекситимию как на вторичный феномен. В таком случае алекситимия не является стойкой личностной чертой, а появляется как защитный механизм в условиях длительной психотравмирующей ситуации и может редуцироваться на фоне длительной психокоррекции и психотерапии. Она должна быть направлена на умение справляться со своими эмоциями, находить адекватную форму для выражения своих переживаний, а также на повышение самооценки и развитие коммуникативных навыков. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 43-47).

ALEXITHYMIA AS ONE OF THE PREMORBID PERSONAL FACTORS IN DEVELOPMENT OF SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN INPATIENTS ADOLESCENTS IN CASE OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT

Kharkiv medical academy of postgraduate education childrens clinical hospital № 6, Kiev

In our study alexithymia in adolescents with somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system and without it was investigated. High levels by Toronto alexithymia scale with affective instability and low level of self-confidence point at alexithymia as a second phenomenon. In this case alexithymia isn't a firm personal trait but a protective mechanism in long-run psychotraumatic situation. It could be reduced by using long-continued psychotherapy. Psychotherapeutic interventions should be directed at coping with emotions, improvement of communicative skills, increasing of self-confidence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 43-47).

Література

1. Алекситимия и методы её определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для врачей / Д. Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская [и др.]; Санкт-петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. — Санкт-Петербург, 2005. — 25 с.
2. Burton Ch. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUS) / Ch. Burton // British Journal of General Practice. — 2003. — Vol. 53. — p. 231-239
3. Tschudi-Madsen H. Multiple symptoms and medically unexplained symptoms – closely related concept in general practitioners' evaluation. A linked doctor-patient study / H. Tschudi-Madsen, M. Kjeldsberg, B. Natvig // Journal of Psychosomatic Research. — 2013. — Vol. 74. — p. 186-190
4. Alexithymia and somatization in General Population / Aino K. Mattila, Erkki Kronholm, Antti Jula [and oth.] // Psychosomatic Medicine. — 2008. — Vol. 70. — p. 716-722
5. Sarkar J., Chandra P. Alexithymia and illness behaviour among female Indian outpatients with multiple somatic symptoms / J. Sarkar J., P. Chandra // Indian Journal of Psychiatry. — 2003. - № 45 (4). — p. 229-233
6. Beyond “somatization” and “psychologization” symptom-level variation in depressed Han Chinese and Euro-Canadian outpatients / J. Dare, J. Sun, Y. Zhao [et oth.] // Frontiers in Psychology. — 2013. — Vol. 4. — Article 377
7. Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children / L. B. Allen, Q. Lu, J. Tsao [et oth.] // Journal of Health and Psychology. — 2011. - № 16(8). — p. 1177-1186
8. Петрова Н. Н., Леонидова Л. Л. Алекситимия у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения / Н. Н. Петрова, Л. Л. Леонидова // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. - № 3(11). — с. 32-43
9. Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder / A. van Dijke, J. D. Ford, O. van der Hart [et oth.] // European Journal of Psychotraumatology. — 2011. — Vol. 2. — p. 378-387
10. Cem Celikel F., Saatcioglu O. Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients / F. Cem Celikel, O. Saatcioglu // Annals of General Psychiatry. — 2006. - № 5 (13). — p. 213-218
11. Sung hwa Son, Hyunoung Jo, Hyo Deog Rim [et oth.] A comparative study on alexithymia in depressive, somatoform, anxiety, and psychotic disorders among Koreans / Sung hwa Son, Hyunoung Jo, Hyo Deog Rim [et oth.] // Psychiatry Investigating. — 2012. - № 9. — p. 325-331
12. Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders / C. Subic-Wrana, M. E. Beutel, A. Knebel, R. D. Lane // Psychosomatic Medicine. — 2010. - № 72. — p. 404-411
13. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale / G. J. Taylor, M. Bagby, D. P. Ryan [et oth.] // Psychosomatic Medicine. — 1988. - № 50. — p. 500-509
14. Психологическая диагностика невротических черт личности: методические рекомендации / Л. И. Вассерман, Б.В. Иовлев, О. Ю. Щелкова, К. Р. Червинская; Санкт-петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. — Санкт-Петербург, 2003. — 32 с.

Поступила в редакцию 18.03.2014

*Н.М. Юр'єва***ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ В ГЕНЕЗІ ГЕНДЕРОСПЕЦИФІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгіївського»

Ключові слова: параноїдна шизофренія, клініко-психопатологічні й психосоціальні чинники, гендероспецифічна дезадаптація соціального функціонування, жінки

На сучасному етапі розвитку психіатричної науки доведено, що у жінок, які складають 52% населення Земної кулі, клінічні прояви та прогноз психічних розладів інші, ніж у чоловіків [1 – 3]. Існують три моделі пояснення існування гендерних розбіжностей в сфері нервово-психічної захворюваності, кожна з яких заснована на відповідному об'ємі емпіричних даних. Психологічний підхід пов'язує особливості жіночого організму з більшою схильністю до розвитку нервово-психічних захворювань. Два інших пояснення засновані на рольовій теорії. В першому акцентується на множинності ролей та підвищеному соціальному тиску, що характеризують соціальну роль жінки в сучасному світі. В такому випадку нервово-психічна патологія виступає як реакція на рольове перевантаження. Інше пояснення засноване на існуванні соціально-рольових стереотипів, які формуються в процесі первинної соціалізації: культурально детерміновані норми передбачають, що жінка при переживанні труднощів буде хворіти, приймати ліки та звертатися по медичну допомогу, тоді як чоловічому стереотипу реагування на труднощі відповідають агресивні прояви та алкоголізація.

В науковій літературі є дані щодо існування гендерних відмінностей клініки, перебігу та вікових особливостей шизофренії [4 – 13]. Проте, незважаючи на наявні дослідження клініко-соціальних особливостей, залишаються актуальними питання вивчення гендерних аспектів соціального функціонування та якості життя жінок, хворих на шизофренію, які стали би основою для розробки диференційованих програм їх психосоціальної реабілітації, створених з урахуванням гендероспецифічності клінічних проявів та психосоціальних особливостей даного контингенту хворих.

З урахуванням вищенаведеного, з метою вста-

новлення клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників та їх взаємозв'язків в генезі гендерноспецифічної дезадаптації соціального функціонування (ГДСФ) у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, на базі психіатричних відділень №№ № 1, 6, 9 (чоловічі) та №№ №2, 3, 8 (жіночі) Кримської Республіканської установи «Клінічна психіатрична лікарня № 1» було обстежено 230 осіб: 120 жінок та 110 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію. У дослідження включалися тільки етнічні слов'яни: росіяни, українці, білоруси (східні слов'яни). Це було пов'язано з існуванням фактів найбільшої генетичної близькості західних і слов'янських популяцій.

Середній вік обстежених жінок склав $47,3 \pm 2,1$ роки, середня тривалість хвороби – $19,7 \pm 1,9$ років, середній вік діагностування хвороби – $28,3 \pm 1,3$ роки. Серед жінок ОГ 60,8% осіб мали інвалідність, інші – працювали.

Середній вік респондентів-чоловіків склав $36,1 \pm 2,8$ років, середня тривалість хвороби – $12,9 \pm 1,3$ років, середній вік маніфестації захворювання – $21,3 \pm 1,1$ роки; інвалідність мали 78,2% обстежених.

Діагноз параноїдної шизофренії встановлювався відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті (10 перегляд), адаптованої для застосування відповідно до прийнятих у вітчизняній психіатрії і критеріями МКХ-10.

Окрім класичного клініко-психопатологічного методу, в дослідженні використовували психометричний (із застосуванням шкали PANNS) та психодіагностичний методи (з використанням шкали Quality of Life Scale (QLS), опитувальника SWN-S, «Шкали структурованого інтерв'ю ідентифікації типу родини» та «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діаг-

нозу) у родича» (В. А. Абрамов зі співав., 2009).

Дослідження було спрямоване на пошук наявності взаємозв'язків між клініко-психопатологічними особливостями, показниками родинного та соціального функціонування і зниженням якості життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію. Із прогностичною метою відокремлено вплив клініко-психопатологічних чинників та показників родинного та соціального функціонування і якості життя (за аналізом парної кореляції із достовірністю кореляційного зв'язку між відокремленими показниками та ступенем ГДСФ, $p < 0,05$). На рис. 1 й 2 представлені результати аналізу впливу визначених значущих клініко-психопатологічних і психосоціальних чинників, які приймають участь у формуванні різного ступеню тяжкості ГДСФ.

Так, з клініко-психопатологічних особливостей (рис. 1), до тих, які викликають легкій ступінь ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): помірний

ступінь вираженості позитивних синдромів; галюцінаторна поведінка; параноїдний та депресивний синдром; тривога; помірний ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів; емоційна відгородженість.

До показників, які приймають участь у формуванні помірного ступеню ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): стійкість синдромів / стабільність клінічної картини; помірний та виражений ступінь вираженості позитивних синдромів; галюцінаторна поведінка, параноїдний та депресивний синдром; виражний та значно виражний ступінь проявів негативних синдромів; емоційна відгородженість; сплющення афекту; пасивно-апатичний соціальний відхід; помірний та виражний ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів; тривога, відчуття провини, манерність й поза; епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом; вік 50-59 рр. з епізодичним та прогресивним типами перебігу.

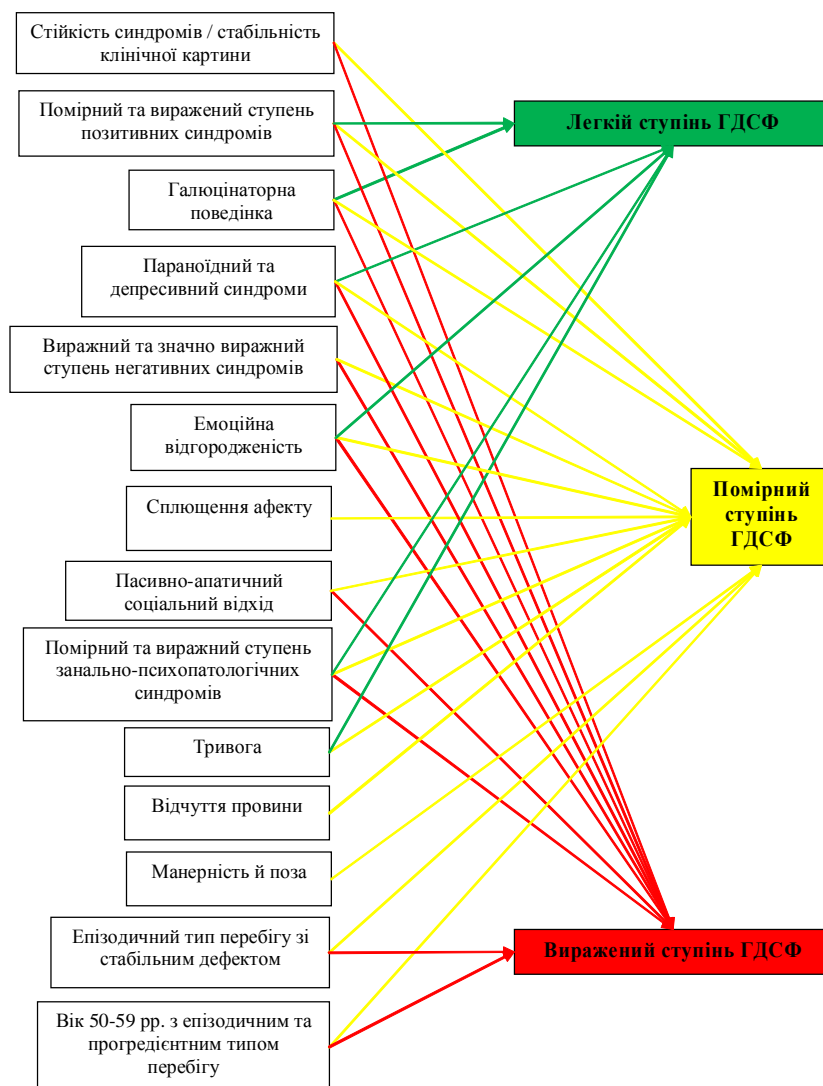


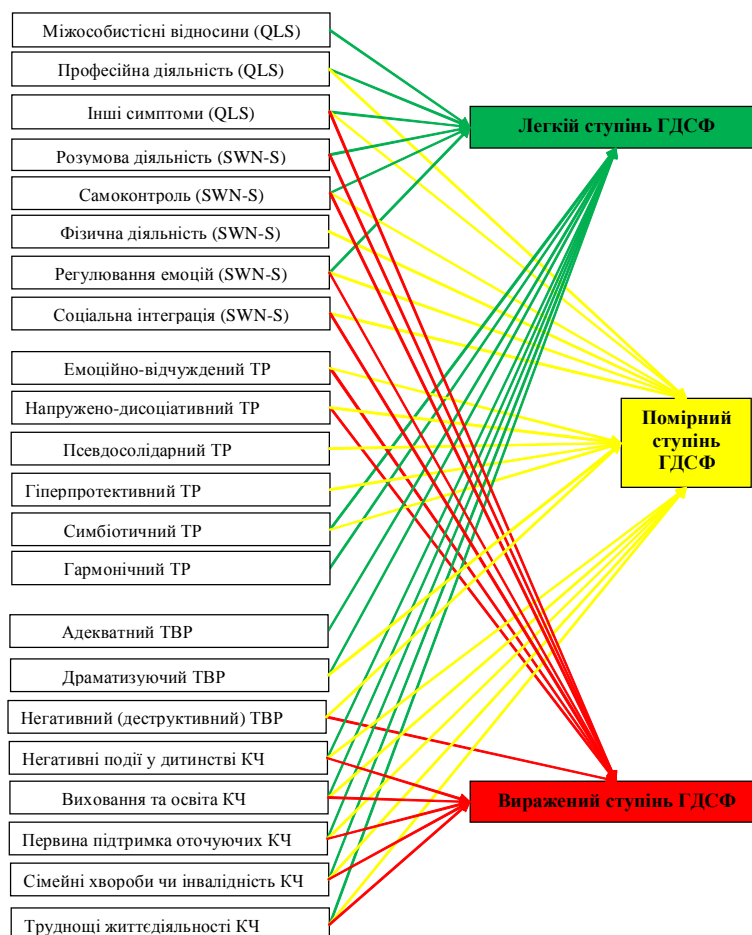
Рис. 1. Вплив клініко-психопатологічних чинників на ступінь ГДСФ у жінок (за аналізом парної кореляції).

До показників, які приймають участь у формуванні вираженого ступеню ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): стійкість синдромів / стабільність клінічної картини; виражений ступінь вираженості позитивних синдромів; галюциаторна поведінка, параноїдний та депресивний синдром; виражений та значно виражений ступінь проявів негативних синдромів; емоційна відгородженість; пасивно-апатичний соціальний відхід; помірний та виражений ступінь загально-психопатологічних синдромів; епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом; вік 50-59 рр. з епізодичним та прогредієнтним типами перебігу.

Як видно з даних рис. 2, різні показники родинного та соціального функціонування і якості життя оказують різний вплив на формування ГДСФ. До тих, стан яких визначає формування легкого ступеню ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): міжособистісні відносини, професійна діяльність, інші симптоми (QLS); самоконтроль і регулювання емоцій (SWN-S); гармонічний або симбіотичний тип родини (ТР); адекватний

або драматичний тип відношення родини до хвороби жінки (ТВР); контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримки оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

На формування помірного ступеню ГДСФ мають вплив стан наступних характеристик соціального й родинного функціонування ($p < 0,05$): міжособистісні відносини, професійна діяльність, інші симптоми (QLS); порушення когнітивної діяльності, самоконтроль, регулювання емоцій, зниження фізичної активності, здатність до соціальної інтеграції (SWN-S); емоційно-відчуждений, напружено-дисоціативний, псевдосолідарний, гіперпротективний, симбіотичний ТР; драматизуючий або негативний (деструктивний) ТВР; контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримки оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.



Примітка: 1. ТР – тип родини; 2. – ТВР – тип відношення родини до хвороби жінки. 3. – КЧ – контекстуальні чинники.

Рис. 2. Вплив показників родинного та соціального функціонування на ступінь ГДСФ у жінок.

До показників соціального й родинного функціонування, стан яких впливає на формування вираженого ступеню ГДСФ, віднесені ($p < 0,05$): міжособистісні відносини, професійна діяльність, інші симптоми (QLS); порушення когнітивної діяльності, самоконтроль, регулювання емоцій, зниження фізичної активності, здатність до соціальної інтеграції (SWN-S); емоційно-відчуждений, напружено-дисоціативний, псевдосолідарний, гіперпро-

тективний, симбіотичний ГР; негативний (деструктивний) ТВР; контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримки оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

Результати узагальнення дослідження впливу клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників на формування ГДСФ різного ступеню вираженості, представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Вплив клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників на формування ГДСФ

Показник	Ступінь ГДСФ		
	Легкий, n=47, 39,2%	Помірний, n=51, 42,5%	Виражений, n=22, 18,3%
Клініко-психопатологічні чинники			
стійкість синдромів / стабільність клінічної картини	–	+	+
ступінь вираженості позитивних синдромів	помірний	помірний, виражений	виражений
галюцінаторна поведінка, параноїдний та депресивний синдром	+	+	+
ступінь проявів негативних синдромів	–	помірний, виражений	виражений
емоційна відгородженість	+	+	+
сплюснення афекту	–	+	–
пасивно-апатичний соціальний відхід	–	+	+
ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів	помірний	помірний, виражений	виражений
тривога	+	+	–
відчуття провини	–	+	–
манерність й поза	–	+	–
епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом	–	+	+
вік 50-59 рр. з епізодичним та прогресивним типами перебігу	–	+	+
Психосоціальні чинники			
міжособистісні відносини (QLS)	викривлення, 4 – 6 балів	деструкція, 2,0 – 3,9 балів	руйнація, 0 – 1,9 балів
професійна діяльність (QLS)	викривлення, 4 – 6 балів	деструкція, 2,0 – 3,9 балів	руйнація, 0 – 1,9 балів
інші симптоми (QLS)	викривлення, 4 – 6 балів	деструкція, 2,0 – 3,9 балів	руйнація, 0 – 1,9 балів
порушення когнітивної діяльності (SWN-S)	–	+	+
нездатність до самоконтролю (SWN-S)	+	+	+
нездатність регулювання емоцій (SWN-S)	+	+	+
самооцінка фізичної активності (SWN-S)	–	+	+

Отже, при легкому ступені ГДСФ (n=47 осіб, 39,2%) виражність чинників дезадаптації легка, а їх кількість незначна. Параметри, які стають чинниками дезадаптації у помірному та вираженому ступені, при легкому ступені мають незначні відхилення та не є порушеними, вони не сприяють розвитку соціальної дезадаптації.

При помірному ступені ГДСФ (n=51 пацієнток, 42,5%) виражність чинників дезадаптації помірна, а їх кількість збільшена максимально. Це пов'язано з тим, що даний ступень вираженості співпадає із часом руйнування навичків незалежного існування у всіх сферах життєдіяльності. Також, у даний період формується, власне, психічний дефект. Параметри, які стають чинниками дезадаптації у помірному ступені є частково порушеними (у більшості у процесі порушення) та впливають на розвиток соціальної дезадаптації.

При тяжкому ступені ГДСФ (n=22 хворих, 18,3%) виражність чинників дезадаптації максимально виражена, а їх кількість зменшується (така ситуація складається внаслідок того, що частина чинників вже не є дезадаптуючими). Параметр, який був чинником дезадаптації при помірному ступені ГДСФ, у вираженому ступені втрачає свій дезадаптуючий ефект внаслідок повного руйнування навичка / здатності до діяльності або інтересу у окремій сфері функціонування, до якій він належав.

Наступним етапом роботи стало ранжування виявлених чинників із врахуванням їх здатності викликати або блокувати формування ГДСФ за інтегральним показником «ризик виникнення ГДСФ». Розробка та впровадження даного інтегрального показника (ІП) у діагностичну діяльність забезпечило своєчасне спрямування зусиль на профілактику явищ ГДСФ у жінок. Ранжування показнику «ризик виникнення ГДСФ» відбувалось за допомогою кореляційного аналізу з виділенням тісноти зв'язків між показниками та шкалами застосованих методик, та проводилося окремо (суб'єктивна думка жінки та суб'єктивна думка родича).

Відокремлено 3 рівня «ризик виникнення ГДСФ». Якщо загальний показник перемінної приближається до 0 балів – ризик також приближається до 0.

1. Перший рівень – імовірний ризик (ІП дорівнює 1-3 бала). Чинники, які порушують соціальне функціонування «не агресивні». Показники, які характеризують якість життя, істотно не змінені.

1.1. Ймовірність існування загрози – 1.

1.2. Ймовірність існування незахищеності - 2.

1.3. Потенційний вплив - 3.

2. Другий рівень – наявний ризик (ІП дорівнює 4-6 бала). Чинники, які порушують соціальне функціонування – «агресивні». Показники, які характеризують якість життя, змінені.

2.1. Ймовірність існування загрози – 4.

2.2. Ймовірність існування незахищеності - 5.

2.3. Потенційний вплив - 6.

3. Третій рівень – виражений ризик (ІП дорівнює 7-9 бала). Чинники, які порушують соціальне функціонування – «дуже агресивні». Показники, які характеризують якість життя, істотно змінені.

3.1. Ймовірність існування загрози – 7.

3.2. Ймовірність існування незахищеності - 8.

3.3. Потенційний вплив - 9.

Запропонований підхід ранжування чинників надав можливість проаналізувати існуючі проблеми у пацієнток на «патогенні зв'язки функціонування». Але, для визначення «напрямку» гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації, нами був проведений аналіз кореляційних показників із виділенням слабких кореляційних зв'язків у відносинах між пацієнткою та членами родини. Встановлено, що за суб'єктивною думкою пацієнтки або членів родини (чоловіки та діти), по загальним показникам (наприклад, емоційне співчуття) зв'язок був слабкий, тобто він не вважався значущим. Проте, об'єктивізуючи за допомогою кореляційного аналізу данні, можна зазначити, що усі виявлені проблеми були важливими (високий рівень кореляційного зв'язку), так як в тому чи іншому вигляді впливали на зниження показників соціального функціонування та якості життя хворих у родині. Дані суб'єктивні та об'єктивні розбіжності характеристик показників перевірені нами за допомогою кореляційного аналізу, а пацієнти згруповані у групи імовірності порушень родинного функціонування (ІПРФ), що у представлено табл. 2.

З даних, представлених у табл. 3.19, можна стверджувати, що в цілому запропонований підхід відокремлення груп ІПРФ є науково обґрунтованим. Треба зазначити, що пацієнтки І групи ІПРФ відповідали легкому ступеню ГДСФ, n=47 осіб, 39,2%. Пацієнтки II групи ІПРФ мали помірний ступінь ГДСФ, n=51 пацієнток, 42,5%; пацієнтки III групи ІПРФ, відповідно. – виражений ступінь ГДСФ, n=22 хворих, 18,3%.

Групування хворих за імовірністю (ризиком) виникнення порушень родинного функціонування (ІПРФ)

Показники	Група ІПРФ		
	I	II	III
Клініко-психопатологічні	< 1,0	1,1-1,6	1,7-2,4
Шкала QLS			
міжособистісні відносини	0,62	1,44	1,83
професійної діяльності	0,55	1,35	1,72
інші симптоми	0,59	1,21	1,61
Опитувальник SWN-S			
розумова діяльність	0,54	1,12	1,97
самоконтроль	0,32	0,77	1,83
фізична діяльність	0,64	0,49	1,72
регулювання емоцій	0,97	1,13	1,89
соціальна інтеграція	0,54	1,37	1,72
Шкала структурованого інтерв'ю ідентифікації типу родини			
емоційно-відчуждений	0	1,13	1,92
напружено-дисоціативний	0	0,74	1,83
псевдосолідарний	0	0,42	1,74
гіперпротективний	0	1,17	1,86
симбіотичний	0,64	0,44	1,71
гармонійний	1,72	0	0
Шкала структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича			
адекватний	1,79	0	0
драматизуючий	0,62	0,48	0
негативний (деструктивний)	0	0,44	1,77
Контекстуальні чинники	0,67	0,46	1,78

Узагальнення отриманих даних свідчило про існування позитивного кореляційного зв'язку між усіма показниками. Але, найбільш тісний негативний взаємозв'язок у всіх трьох групах ІПРФ встановлено між показниками шкали QLS: міжособистісні відносини – професійна діяльність ($r = 0,97$), а також опитувальника SWN-S: розумова діяльність – самоконтроль ($r = 0,94$), розумова діяльність – регулювання емоцій ($r = 0,96$), розумова діяльність – соціальна інтеграція ($r = 0,90$), самоконтроль - регулювання емоцій ($r = 0,96$), самоконтроль – соціальна інтеграція ($r = 0,90$), регулювання емоцій – соціальна інтеграція ($r = 0,90$).

Виявлено, що важливими в аспекті розробки гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації, є емоційні проблеми жінок, що проявляються порушенням функціонування у родині із формуванням емоційно-відчужених та напружено дисоціативних відносин. У таких відносинах жінки почасти відчують себе пси-

хологічно та емоційно відторгнутими, що породжує явища дезадаптації та зниження якості життя. У хворих соціальне функціонування страждає комплексно в усіх сферах.

Встановлено, що показники незадоволеності взаємовідносинами у родині погіршуються з підвищенням ступеню вираженості та частоти позитивних синдромів - галюцинаторної поведінки та концептуальної дезорганізації ($p < 0,05$). Також наявність таких синдромів як підозрілість, збудження, переслідування, ворожість, корелює з неможливістю виконувати батьківські та побутові функції ($p < 0,001$).

У свою чергу виявлено, що негативні синдроми в залежності від ступеню вираженості впливають на усі сфери соціального функціонування жінок. Наприклад, сплюснення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труднощі у абстрактному мисленні заважають жінкам відновувати батьківські відношення із дітьми,

($p < 0,01$), знижують показники самоконтролю ($p < 0,01$). Виявлений недолік спонтанності й плавності бесіди та стереотипність мислення порушують регулювання емоцій та, зокрема, загальну соціальну інтеграцію ($p < 0,01$).

Загальні психопатологічні синдроми також своєрідно впливають на функціонування жінок у суспільстві. Наприклад, напруга, тривога, стурбованість соматичними відчуттями, відчуття провини, мають високий рівень тісноти кореляційного зв'язку із показниками порушення міжособистісних відносин ($p < 0,01$), професійної діяльності ($p < 0,01$) та в цілому, соціальної інтеграції ($p < 0,01$). Проте, такі клініко-психопатологічні прояви, як манерність, депресія, рухова загальмованість, дезорієнтація достовірно порушують розумову діяльність ($p < 0,01$), самоконтроль ($p < 0,01$), фізичну діяльність ($p < 0,01$).

Некооперативність, думки із надзвичайним змістом у високому ступені тісноти кореляційного зв'язку взаємозв'язані з порушенням типу родини, а саме емоційно-відчужденим ($p < 0,01$) напружено-дисоціативним ($p < 0,01$) псевдосолідарним ($p < 0,01$). У свою чергу, труднощі концентрації уваги, зниження розважливості й усвідомлення хвороби – із порушенням взаємовідносин в родині по гіперпротективному ($p < 0,01$) та симбіотичному ($p < 0,01$) типам. Вольові порушення, недостатність контролю імпульсів, відчуженість від реальності, низька соціальна активність в цілому призводять до формування драматизуючого та негативного (деструктивного) відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича ($p < 0,01$). Виявлено, що зростання аутоагресивних тенденцій на тлі знижених показників критики та самооцінки пацієнток призводять до порушень у взаємовідносинах як у суспільстві, так й у родині ($p < 0,01$).

Наступним етапом дослідження стала оцінка та поглиблений аналіз «загального родинного статусу» жінок. У даний статус, за нашою думкою, входять: взаємовідносини у власній родині (чоловік та діти), взаємовідносини із батьківською родиною (власними батьками), взаємовідносини із іншими членами родини (найближчі родичі), із точки зору ефективності гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації. За результатами досліджень надана характеристика порушень «загального родинного функціонування» у жінок із точки зору гендероспецифічного підходу, а саме:

1) за горизонтальним напрямком відносин (взаємовідносини із чоловіком) – некомунікативність та відчуття ворожості у спілкуванні.

Зниження вимогливості до жінки – позиція чоловіка до жінки як до тяжко хворої людини із обов'язковим зняттям із неї окремих функцій по веденню домашнього господарства, виховуванню дітей, професійного навантаження і т. ін.;

2) за вертикальним напрямком відносин (власними батьками) – батьки втілюють у відношеннях із хворою, але дорослою дитиною стиль життя, спрямований на повну опіку, а не на «самостійне», хоча й більш «проблемне» життя. У даному випадку посилюються явища дезадаптації у всіх сферах функціонування, створюючи замкнуте коло проблем, пов'язаних із взаємовідносинами у власній родині. Так, опікування жінки батьками призводить до нівелювання навичок самостійно вести господарство та т. ін.;

3) за «першим діагональним» напрямком» відносин – відносини із власними дітьми. Даний напрямок, на наш погляд, є самостійним й важливим з точки зору копіювання дітьми відношення до хворої матері чоловіка та її батьків. Якщо ці відношення супроводжуються гіперопікою, у дитині порушується сприйняття образу матері як авторитетної зрілої та досвідченої людини (так як їй постійно необхідна допомога у нескладних речах й ситуаціях);

4) за «другим діагональним напрямком» відносин – відносини із членами родини (найближчі родичі). Даному напрямку необхідно віддати найважливіше прогностичне значення як маркера збереженості потенціалу спілкуванні у соціумі. На наш погляд, відношення із найближчими родичами є індикатором, на якому повинні будуватися гендерноспецифічні заходи психосоціальної реабілітації, так як у випадку психічного захворювання, вони руйнуються у першу чергу (у другу чергу руйнуються відносини з дітьми та чоловіком й у останню – із батьками). Розподіл обстежених за структурою «загального родинного функціонування» відображено у табл. 3.

Представлені у табл. 3 дані свідчать, що серед досліджених жінок погані відносини спостерігалися: у власній родині – у 24,9%, у відносинах з батьками – 20,0%, у відносинах із іншими родичами – 19,0% ($p < 0,01$). Нейтральні відносини спостерігалися: у власній родині – у 53,5%, у відносинах з батьками – 55,0%, у відносинах із іншими родичами – 64,5% ($p < 0,01$). Добрі відносини спостерігалися: у власній родині – у 22,5%, у відносинах з батьками – 25,0%, у відносинах із іншими родичами – 16,5% ($p < 0,01$). Даний розподіл вказує на те, що лише третина жінок має основу для психосоціального втручання на усіх ланках функціонування ($p < 0,01$).

Структура «загального родинного функціонування» обстежених

Показник	ОГ								
	Відносини у власної родині			Відносини із батьками			Відносини із іншими родичами		
	Абс.ч.	%	$\pm m$	Абс.ч.	%	$\pm m$	Абс.ч.	%	$\pm m$
Погані	29	24,2	4,3	24	20,0	4,0	23	19,0	3,9
Нейтральні	64	53,3	5,0	66	55,0	5,0	78	64,5	4,8
Добрі	27	22,5	4,2	30	25,0	4,3	20	16,5	3,7
Всього	120	100,0	–	120	100,0	–	120	100,0	–
χ^2, p	51,3; (p<0,01)								
Показник	ГП								
	Відносини у власної родині			Відносини із батьками			Відносини із іншими родичами		
	Абс.ч.	%	$\pm m$	Абс.ч.	%	$\pm m$	Абс.ч.	%	$\pm m$
Погані	51	46,4	5,0	55	50,0	5,0	58	52,7	5,0
Нейтральні	45	40,9	4,9	43	39,1	4,9	42	38,2	4,9
Добрі	14	12,7	3,3	12	10,9	3,1	10	9,1	2,9
Всього	110	100,0	–	110	100,0	–	110	100,0	–
χ^2, p	51,3; (p<0,01)								

За результатами дослідження нами розраховано показник «потенціал відбудови соціального функціонування» – ПВСФ (рис. 3), як один із

важливих чинників, на якому базується розробка гендерспецифічних заходів комплексної терапії.

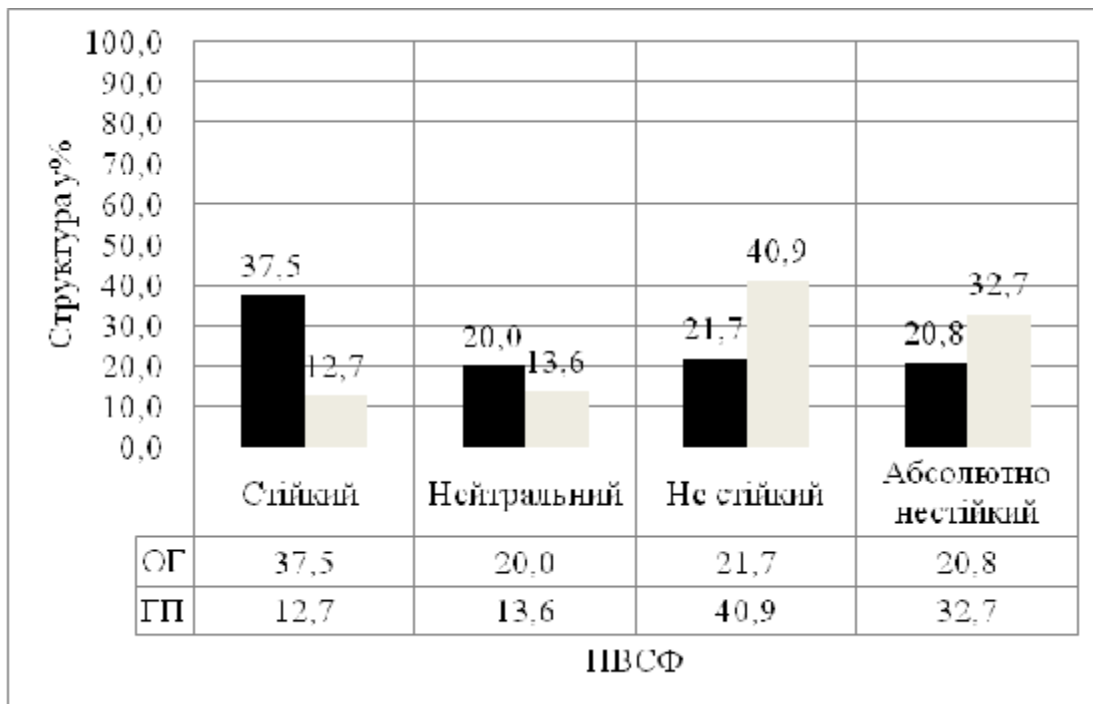


Рис. 3. Структура ПВСФ у досліджених ОГ та ГП

Представлені на рис. 3 дані свідчать, що ПВСФ серед досліджених ОГ та ГП значно відрізнявся. Так, серед досліджених ОГ спостерігалася наступна структура ПВСФ: стійкий – 37,5%, нейтральний – 20,0%, не стійкий – 21,7%, абсолютна не стійкий – 20,0%. Серед досліджених ГП, відповідно, 12,7%, 13,6%, 40,9%, 32,7% ($p < 0,05$).

Узагальнюючи вищенаведене, можна стверджувати, що за результатами дослідження надано характеристику клініко-психопатологічним чинникам та показникам родинного та соціального функціонування, які мають достовірний вплив на формування ГДСФ аспекті їх здатності викликати той чи інший ступень ГДСФ або, навпаки, блокувати його виникнення. При легкому ступені ГДСФ ($n=47$ осіб, 39,2%) виражність чинників

дезадаптації легка, а їх кількість незначна. При помірному ступені ГДСФ ($n=51$ пацієток, 42,5%) виражність чинників дезадаптації помірна, а їх кількість збільшена максимально. При тяжкому ступені ГДСФ ($n=22$ хворих, 18,3%) виражність чинників дезадаптації максимально виражена, а їх кількість зменшується.

За результатами дослідження запропоновано показник «потенціал відбудови соціального функціонування» – ПВСФ, як один із важливих чинників, на якому базується розробка гендероспецифічних заходів комплексної терапії, який значно відрізняється у жінок і чоловіків: жінки мають більше можливостей відновлення соціального функціонування та підвищення якості життя за рахунок збереженості здатності до відновлення потенціалу функціонування.

Н.М. Юрьева

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ГЕНДЕРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Изучены взаимосвязи клинико-психопатологических и психосоциальных особенностей в возникновении гендероспецифической дезадаптации социального функционирования у пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Установлено, что женщины, в отличие от мужчин, страдающих шизофренией, имеют больше возможностей восстановления социального функционирования и повышения качества жизни за счет сохранения способности к восстановлению потенциала функционирования. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 48-57).

N.M. Yrieva

CORRELATIONS BETWEEN CLINICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN GENESIS OF DES ADAPTATION AND SOCIAL FUNCTIONING, IN WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

SI "Crimean State Medical University named S.I. Georgievskii"

Based on clinical, psychopathological and psychological examination of 120 women (study group, CO) and 110 men (comparative group GP), patients with paranoid schizophrenia were established and differentiated depending on the severity of the impact clinical psychopathology and psychosocial factors (social and family). Their interaction influenced to desadaptation and social functioning in women with paranoid schizophrenia.

Types of violations of the "general family functioning" in women are following: 1) the horizontal relationship direction (the relationship with her husband), 2) the vertical relationship direction (their parents), 3) for the "first diagonal" - relations with their children, and 4) for the "second diagonal" direction of relationships - relationships with family members (immediate family). This study proposed indicator "potential reconstruction of social functioning" as one of the important factors, which is based on the development of measures desadaptation and social functioning, which is significantly different in men and women: women have more opportunities to restore social functioning and quality of life through the preservation ability potential to restore function. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 48-57).

Література

1. Грошев И. В. Геномика психических заболеваний: исследование половозрастных и гендерных аспектов / И. В. Грошев // Врач. — 2012. — № 9. — С. 14 – 17.

2. Yang X. Behavioral concordance with sex role ideology related to play areas, creativity, and parental sex typing in children / X. Yang // Genome Res. — 2008. — Vol. 36, № 8. — P. 1018 – 1035.

3. Марута Н. О. Гендерні особливості суїцидальної поведінки у структурі депресивної патології / Н. О. Марута, Л. Т. Сновида, М. М. Денисенко, Ю. В. Ніканорова // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 201 – 202.

4. Sex differences in neuropsychological performance and social functioning in schizophrenia and bipolar disorder / A. Vaskinn, K. Sundet, C. Simonsen [et al.] // Neuropsychology. — 2011. — Volume 25, № 4. — P. 499 – 510.

5. Karilampi U. Cognition and global assessment of functioning

in male and female outpatients with schizophrenia spectrum disorders / U. Karilampi, L. Helldin, T. Archer // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2011. — Volume 199, № 7. — P. 445 – 448.

6. Gender Differences in Neuropsychological Performance across Psychotic Disorders – a Multi-Centre Population Based Case-Control Study / J. Zanelli [et al.] // PLoS One. — 2013. — Vol. 28. — P. 8 – 10.

7. Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis : A Comprehensive Literature Review [Electronic resource] / S. Ochoa, J. Usall, J. Cobo [et al.] // Schizophrenia Research and Treatment. — 2012. — Vol. 2012. — Article ID 916198. — Access mode : <http://dx.doi.org/10.1155/2012/916198>

8. Complex interaction between symptoms, social factors, and gender in social functioning in a community-dwelling sample of schizophrenia / F. Vila-Rodriguez, S. Ochoa, J. Autonell [et al.] //

Psychiatric Quarterly. – 2011. – Vol. 82, № 4. – P. 261 – 274.

9. Age of onset of a first psychotic episode: are there any clinical differences between men and women? / A. Barajas, I. Bacos, S. Ochoa [et al.] // *Psiquiatria Biologica*. – 2007. – Vol. 14, № 4. – P. 136 – 141.

10. Gender Differences in Remission and Recovery of Schizophrenic and Schizoaffective Patients: Preliminary Results of a Prospective Cohort Study [Electronic resource] / B. Carpiniello, F. Pinna, M. Tusconi [et al.] // *Schizophrenia Research and Treatment*. – 2012. – Vol. 2012, Article ID 576369. – Access mode: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/576369>

11. Abel K. M. Sex differences in schizophrenia / K. M. Abel, R. Drake, J. M. Goldstein // *Int Rev Psychiatry*. – 2010. – Vol. 22 (5). – P. 417 – 428.

12. Gender differences in symptoms, functioning and social support in patients at ultra-high risk for developing a psychotic disorder / R. K. Willhite, T. A. Niendam, C. E. Bearden [et al.] // *Schizophrenia Res.* – 2008. – Vol. 104. – P. 237 – 245.

13. Mendrek A. Sexual dimorphism in schizophrenia: is there a need for gender-based protocols? / A. Mendrek // *Expert Rev Neurother.* – 2011. – vol. 11 (7). – P. 891 – 903.

Поступила в редакцию 21.02.2014

УДК 616.895.8-008+615.065:616-009.2

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 клинко-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 ни 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		P
	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-рефлективных 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, об 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 фиксации 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 объём 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, модераторные 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).

Література

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: Кузбассвузиздат, 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

УДК 616.895.8-008+615.065:616-009.2

*М.А. Шелестова***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, двигательные нарушения, клиника

Проблема стигматизации в психиатрии как глобального, выходящего за рамки клинической практики, затрагивающего различные стороны общественных отношений, явления, становится все более актуальной в связи с гуманизацией общества, развитием личностно-ориентированного направления психиатрической помощи [1]. Пациент с психическими расстройствами находится в хронической ситуации внешнего и внутреннего конфликта, включающей, в частности, навязывание ему роли «сумасшедшего». Стигматизированный больной с заниженной самооценкой не способен к полноценному сотрудничеству, партнерским межличностным взаимоотношениям, реализации личностного потенциала и активному решению собственных проблем. Наиболее уязвимой в плане стигматизации категорией больных являются пациенты с шизофренией и заболеваниями шизофренического

спектра. Глубина их переживаний усугубляется необходимостью постоянного приема нейролептиков, многие из которых обладают побочными эффектами и приводят к развитию у пациентов индуцированных антипсихотиками двигательных расстройств (англ. DIMD - drug-induced movement disorders), наличие и тяжесть которых могут усугублять стигматизирующие переживания пациента. Данная работа является исходной в цикле исследований, направленных на изучение стигматизирующих переживаний у больных шизофренией с различной выраженностью экстрапирамидных симптомов.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинико-психопатологических характеристик больных шизофренией с лекарственно-индуцированными двигательными нарушениями.

Материал и методы исследования

Исследование клинико-психопатологических характеристик проводилось у 98 больных шизофренией. Использовались следующие критерии включения: 1) диагноз параноидной шизофрении (далее по тексту – шизофрения), установленный в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10й пересмотр) [2]; 2) давность заболевания не более 5ти лет, не более 5ти психотических эпизодов в анамнезе; 3) фармакотерапия хотя бы одним атипичным антипсихотиком на момент обследования; 4) возраст больных от 18 до 65 лет; 5) наличие информированного согласия на участие в исследовании. Исключались пациенты с нарушениями контакта, не позволяющими провести обследование с использованием стандартизированных шкал, с очаговой неврологической симптоматикой, эпилепсией или текущим неврологическим заболеванием, с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Распределение больных по полу: мужчины - 52 чел. (53,1±3,2%), женщины - 46 чел. (46,9±2,7%). Средний возраст больных составил 34,6±0,2 года. Распределение больных по образованию: высшее (29 чел. - 29,6±1,8%), неоконченное высшее (7 чел. - 7,1±1,6%), среднее специальное (38 чел. - 38,8±3,2%), среднее (18 чел. - 18,4±3,5%), неоконченное среднее (6 чел. - 6,1±1,8%). По социальному статусу больные распределились следующим образом: неработающие (46 чел. - 46,9±3,6%), студенты (6 чел. - 6,1±2,7%), рабочие (16 чел. - 16,3±1,9%), служащие (13 чел. - 13,3±2,8%), учащиеся (2 чел. - 2,1±1,3%), частные предприниматели (15 чел. - 15,3±1,2%). Большинство обследованных больных (63 чел. - 64,3±2,5%) были холостыми (не замужем), 15 состояли в браке (15,3±3,2%), 19 пациентов были разведены (19,4±2,6%), один пациент (1,0±0,5%) был вдовцом. Проживали больные в основном с родителями (65 чел. -

66,3±2,7%), 12 пациентов жили со своей семьей отдельно от родителей (12,3±3,2%), 6 больных (6,1±1,4%) - с дальними родственниками, 15 пациентов (15,3±2,7%) проживали самостоятельно в отдельной квартире.

Исследование клинико-психопатологических особенностей проводилось с помощью Шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS, Kay S. R.,

Fiszbein A., Opler L. A., 1987) [3]. Для оценки выраженности экстрапирамидных расстройств использовались Шкала оценки неврологического статуса Симпсона-Ангуса (SAS), Шкала патологических произвольных движений (AIMS), Шкала акатизии Барнса (BARS) [4]. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты исследования и их обсуждение

Стандартизованная оценка психического состояния пациентов по методике PANSS показала следующие результаты.

Бредовая симптоматика отмечалась у всех обследованных пациентов (3,14±0,21 балла) и соответствовала легкой степени выраженности. В большинстве случаев бред имел инкапсулированный, лишенный аффективной заряженности и насыщенности, резидуальный характер и оказывал малое влияние на общее поведение больных. Чаще всего отмечались дезактуализированные, лишенные стройности и систематизации бредовые идеи воздействия, нередко примитивного содержания (мотивы порчи, сглаза и т.п.). Большинство пациентов обнаруживало формальную критику к своим бредовым переживаниям, соглашалось признать их следствием болезни.

Дезорганизация мышления (4,63±0,16 балла) соответствовала умеренной степени тяжести. Симптомы дезорганизации мышления выраженной степени отмечались в случаях непрерывно-прогредиентного течения заболевания. С патопсихологической точки зрения преобладали нарушения типа искажения операциональной стороны мышления – умозаключения с опорой на несущественные признаки, паралогичные высказывания. Отмечались также признаки разноплановости мышления, связанные с нарушением личностно-мотивационного его компонента; часто отмечались соскальзывания, патологическая легкость утраты инструкции при выполнении тестовых заданий в рамках проводившегося клинико-патопсихологического исследования. Вместе с тем, грубой разорванности мышления, шизофазии, выраженного аутистического мышления, не позволяющего довести до большого смысла психодиагностических исследований, не было.

Поскольку обследовались больные вне острого психотического состояния, галлюцинаторное поведение соответствовало легкой степени

выраженности (1,87±0,46 балла). Галлюцинаторное поведение отмечалось лишь у больных с непродолжительным сроком пребывания на лечении и заключалось в прислушивании к «голосам», немотивированных внешними обстоятельствами мимических реакциях, отказных реакциях, в затыкании ушей и т.п. Следует отметить, что у исследуемых больных галлюцинаторное поведение не приобретало характера агрессии, направленной на окружающих, либо аутоагрессии. Один больной из-за обонятельных галлюцинаций упорно отказывался есть принесенные из дома продукты.

Оценка возбуждения у обследованных больных обнаружила среднее значение 1,73±0,24 балла, что соответствовало легкой степени и указывало на отсутствие какого-либо возбуждения у большинства больных. Только в двух случаях уровень показателя достигал 6 баллов. Возбуждение, проявляющееся в непоседливости, нежелании соблюдать режим отдыха, назойливом требовании сигарет, выхода на прогулку отмечались у 6 больных с приступообразным и 4 больных с непрерывным типом течения заболевания. Возбуждение не сопровождалось проявлениями вербальной, а тем более физической агрессии в адрес персонала.

Легкой степени соответствовал и средний показатель идей величия (1,49±0,15 балла). Парарфренная симптоматика имела место лишь у двух больных с длительной продолжительностью шизофренического процесса. Конфабуляторно-бредовые переживания укладывались в фабулу особого происхождения, службы в органах безопасности и т.п. Описанная симптоматика сочеталась с четко очерченной гипобулией и не сопровождалась проявлениями агрессии.

В среднем подозрительность обследованных больных приходилась на отрезок между минимальными и легкими степенями тяжести, составляя 2,89±0,45 балла. Подозрительность, недоверие максимальной выраженности соответство-

вали паранойяльному модусу восприятия окружающего мира, имея в своей основе механизм проекции собственных бессознательных, агрессивных и аутоагрессивных тенденций на окружение. Однако при минимальных и низких значениях речь, скорее, шла не о паранойяльной симптоматике эндогенного происхождения, а о стигматизации и аутостигматизации в связи с предстоящей выпиской из стационара.

Среднее значение показателя «враждебность» составило $1,86 \pm 0,23$ балла, т.е. проявления враждебности или отсутствовали, или выраженность их была на уровне минимальной степени, являясь проявлением верхней границы нормы. Экстремально высокие проявления враждебности фиксировались в виде импульсивных вспышек, чаще всего ситуационно спровоцированных. Враждебность адресовалась, главным образом, другим больным отделения, навестившим родственникам и, гораздо реже, – медицинскому персоналу. Враждебные действия чаще проявлялись вербальной агрессией, реже физической, а также негативизмом.

У обследованных больных среднее значение уплощенности аффекта составило $3,87 \pm 0,37$, что приближается к умеренной степени выраженности симптоматики. Мимика большинства пациентов была достаточно адекватной, но несколько лишенной живости и немного однообразной. Имело место определенное сужение круга обстоятельств, способных вызвать эмоциональную заинтересованность. Среди остающихся актуальными и вызывающими максимальную эмоциональную реакцию тем оказывалась заинтересованность в скорейшей отмене нейролептиков.

Средний уровень показателя «эмоциональная отгороженность», относящегося к группе негативных симптомов, составил $3,16 \pm 0,31$ балла, то есть локализовался в диапазоне между слабыми и умеренными степенями тяжести. Больные чаще всего оставались открытыми для общения с персоналом и окружающими, не были полностью безучастными к эмоционально значимым событиям. Лишь у больных с длительным стажем непрерывно текущего шизофренического процесса отмечалось отсутствие эмоционального резонанса, отгороженность, обособленность.

Показатель «недостаточный раппорт» имел в изучаемой группе среднее значение $1,77 \pm 0,24$ балла, соответствуя минимальной выраженности симптома. В подавляющем большинстве случаев признаков плохого контакта зафиксировано не было. Больные в исследуемой группе дос-

таточно легко соглашались не только на собеседование, но и на выполнение экспериментально-психологических заданий. Для грубых нарушений контакта у больных не имелось оснований ни в лице грубых дефицитарных проявлений, ни в лице выраженной продуктивной симптоматики.

В исследуемой группе больных уровень пассивно-апатической социальной отгороженности был практически минимальным: $1,6 \pm 0,44$ балла. Включенность в общение с другими пациентами, медперсоналом, родственниками была достаточно эффективной для адаптированности к условиям стационарного лечения.

Нарушение абстрактного мышления у обследованных пациентов было достаточно выраженным ($3,88 \pm 0,36$) и приближалось к умеренной степени. Довольно низкая оценка способности к абстрагированию связана, прежде всего, с невысоким образовательным уровнем большинства пациентов, с низкой мотивированностью качественного выполнения заданий, требующих более-менее высокого уровня операциональной стороны мышления, а также с длительным пребыванием на инвалидности, что детренировало интеллектуальные возможности пациентов в связи с социальной депривацией.

Больные характеризовались неплохой способностью заводить и поддерживать разговор, проявлять самостоятельную инициативу ($1,33 \pm 0,17$ – минимальная степень недостаточности спонтанности и плавности беседы). Сами же оценивали свою спонтанную активность как недостаточную, что может отражать стигматизирующее воздействие психиатрического диагноза, лечебного режима и утраты трудоспособности.

Уровень стереотипности мышления ($4,76 \pm 0,28$ балла), соответствуя выраженной степени, вполне согласовывался с низкой оценкой способности к абстрагированию. При этом речь идет не столько об изменении мышления по органическому типу, мало свойственному больным шизофренией, а о своеобразной перестройке мышления в условиях социальной депривации в стационаре. Заведомая «решенность» за пациента всех каждодневных проблем, как уже указывалось, детренирует его интеллект и стереотипизирует направленность его ассоциаций [5]. Больные действительно были крайне стереотипны в изложении своих пожеланий скорейшей выписки из стационара, отмены медикаментозного лечения и т.п.

Среднее значение показателя соматической

озабоченности низкое – $1,48 \pm 0,13$ балла, что указывает на малую представленность ипохондрической симптоматики у обследованных больных. Исключение составили несколько пациентов, бредовые идеи у которых имели ипохондрический оттенок (дистантное воздействие, по их мнению, наносит вред их здоровью).

Среднее значение показателя тревоги – $4,04 \pm 0,19$ соответствовало умеренной степени представленности симптома. При этом среди больных не отмечалось выраженной тревожной или тревожно-депрессивной симптоматики процессуального характера. Тревога сопровождала акатизию как проявление побочного эффекта приема нейролептических препаратов.

Низкий показатель чувства вины ($1,64 \pm 0,36$ балла) свидетельствовал не столько о практическом отсутствии ситуационных депрессивных переживаний, сколько о недостаточной критичности по отношению к различным жизненным проблемам.

Низкий уровень напряжения у обследованных больных ($1,31 \pm 0,12$ балла) проявлялся во внешней бесконфликтности, легкой подчиняемости больных. Однако это внешне благополучное поведение нередко скрывало за собой высокий уровень интрапсихической конфликтности и противоречивости. Низкий уровень напряженности, таким образом, имеет достаточно обманчивый, маскирующий характер.

Манерность в мимике и жестах ($2,65 \pm 0,23$) характеризовалась минимальной выраженностью вычурности, нарочитости невербальной экспрессии. Своеобразная неловкость и нескоординированность движений может быть отнесена к проявлениям нейролептических побочных эффектов.

Выраженность депрессивной симптоматики на уровне $2,85 \pm 0,28$ балла соответствовала минимальной – легкой степени депрессивных расстройств. Часть обследованных больных спонтанно, часть – в ответ на соответствующие вопросы констатировали наличие упадка духа и грустного настроения, связывая их с тягостным характером двигательных экстрапирамидных симптомов или же со специфическими социальными проблемами, вызванными наличием психического расстройства.

Моторная заторможенность в среднем была выражена на уровне $2,37 \pm 0,29$ балла, то есть на уровне минимальной степени тяжести. Однако у пациентов с выраженным лекарственным паркинсонизмом отмечались явная замедленность движений и низкая речевая продуктивность.

Среднее значение показателя «некооператив-

ность» ($2,56 \pm 0,41$ балла) достаточно низкое, что соответствует уровню комплайенса, продемонстрированному во время проведения настоящего исследования.

В обследованной группе пациентов отдельные элементы своеобразного «магического», болезненно символического мышления отмечались лишь в единичных случаях, что дало общую среднюю выраженность показателя мыслей с необычным содержанием на уровне $2,25 \pm 0,32$ балла.

Дезориентация имела легкую степень выраженности – $3,24 \pm 0,65$ балла, отражая сужение интересов большинства обследованных больных до уровня хорошо знакомых повседневных проблем при затруднениях в разрешении более отдаленных проблем.

Пункт 25 отражает степень выраженности нарушений внимания. Средний показатель трудностей концентрации внимания составил $3,12 \pm 0,58$, что соответствует уровню легкой – умеренной степени тяжести. Грубые нарушения внимания в виде неустойчивости, сужения объема, связанные с характерным для шизофрении снижением мотивационного компонента психической деятельности наблюдались у пациентов с более глубоким дефектом.

Показатель снижения рассудительности и осознания болезни имеет наибольшее среди остальных исследованных показателей значение ($5,23 \pm 0,74$ балла), соответствуя выраженной степени представленности симптома. Такой высокий уровень, на первый взгляд, мало согласуется с относительно благополучным общим впечатлением о психическом состоянии обследованных больных. Но этот показатель отнюдь не является артефактом. Он свидетельствует о том, что ремиссия, развивающаяся в условиях длительной болезни, формирует лишь фасадное благополучие, но не способствует появлению глубокой критики. Критичность к своему состоянию не развивается в условиях депривационно-ограничительной патерналистской парадигмы и стигматизирующих влияний микро- и макросоциума, блокирующих развитие способности принимать ответственность на себя.

Волевые нарушения ($3,21 \pm 0,52$ балла) соответствуют легкой степени выраженности симптоматики гипобулического плана, являясь следствием биологически обусловленных последствий развития шизофренического процесса. Более выраженная гипобулия у части обследованных больных обусловлена и длительным пребыванием их на инвалидности, и неучастием их

в социально-полезной деятельности.

Средний показатель недостаточности контроля импульсивности низкий – $1,48 \pm 0,73$ балла. Лишь единичные пациенты имели максимальные оценки в пределах пяти баллов, проявляя периодически вербальную агрессию по отношению к пациентам отделения.

Отрешенность от реальности у обследованного контингента больных соответствовала легкой – умеренной степени выраженности симптома ($3,68 \pm 0,06$), отражая степень аутизации с чрезмерной вовлеченностью в свои внутренние переживания.

Подавляющее большинство обследованных пациентов неохотно принимали участие в большей части социальных видов активности, пре-

рывая ее как из-за подозрительности, так и из-за ограничений движений, связанных с побочными эффектами приема нейролептиков (средний показатель активного социального ухода – $4,12 \pm 0,36$ балла).

Наличие лекарственно-индуцированных двигательных расстройств (ЛИДР) констатировалось при следующих значениях показателей стандартизированных шкал: общий балл SAS > 3, общий балл AIMS > 7 и (или) глобальная оценка по BARS > 3. Экстрапирамидные расстройства зарегистрированы у 75,5% (74 чел.) обследованных больных.

Частота встречаемости лекарственно-индуцированных двигательных расстройств (ЛИДР) представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота встречаемости экстрапирамидных нарушений у больных шизофренией (N=74)

Виды экстрапирамидных нарушений	Частота встречаемости (кол-во пациентов – n)	Частота встречаемости (%)
Акатизия	28	37,8 %
Лекарственный паркинсонизм	39	52,7 %
Поздняя дискинезия	7	9,5 %

У большинства обследованных пациентов преобладали объективные признаки акатизии легкой и умеренной степени выраженности, не вызывающие у больных выраженного дистресса. У 9 пациентов (32,1%) отмечались преимущественно субъективные признаки акатизии в виде «неопределенного ощущения внутреннего беспокойства» и связанного с ним легкого дистресса, что соответствовало критериям «сомнительной» или легкой акатизии по шкале BARS.

При обследовании больных по шкале оценки неврологического статуса (SAS) были выявлены следующие особенности. Нарушения походки в виде уменьшения амплитуды движений пациента, ригидности мышц рук и ног наблюдались у 24 пациентов (32,4%). Ригидность кистей рук в виде умеренной скованности движений и сопротивления наблюдалась у 18 больных (24,3%). Тремор пальцев, явно заметный при осмотре и прикосновении был выявлен у 38 пациентов (51,4%), принимавших участие в исследовании. Повышенное слюноотделение, изредка затруднявшее речь отмечалось у 19 больных (25,7%).

Патологические произвольные движения разной степени выраженности, по шкале AIMS, были выявлены у 7 пациентов (9,4%) на фоне длительного приема нейролептиков преимущественно в виде произвольных движений лба,

бровей, периорбитальной области, мигания, гримасничания, причмокивания, вызывавших дистресс у больных.

Наиболее остро больные переживали нарушение аутентичности личности в виде изменения выражения лица и позы, поэтому можно считать, что данные симптомы имеют выраженное стигматизирующее значение. Тремор, брадикинезия в руках и ригидность затрудняли самообслуживание и трудовую деятельность, что способствовало появлению ощущения зависимости от окружающих и бессилия. Все пациенты связывали появление неврологических нарушений с побочным действием антипсихотических препаратов и проявляли, в целом, негативное отношение к медикаментозному лечению. При уменьшении выраженности побочных эффектов или их исчезновении вследствие коррекции или уменьшения дозировок нейролептиков негативное отношение к лечению сохранялось.

Таким образом, предварительное исследование клинко-психопатологических особенностей больных шизофренией позволило выявить качественные взаимосвязи изменений в психической деятельности с наличием и выраженностью двигательных расстройств, связанных с лечением нейролептиками. Полученные данные являются основанием для дальнейшего исследования стигматизирующих и аутостигматизирующих пере-

живаний больних шизофренією з різною ступенем вираженості індуцираних длительно-

ним прийомом нейролептиків екстрапірамідних симптомів.

М.О. Шелестова

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ЛІКАРСЬКО-ІНДУКОВАНИМИ РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті представлені результати клініко-психопатологічного обстеження 98 хворих на шизофренію з різною вираженістю лікарсько-індукованих рухових розладів, представлених лікарським паркінсонізмом, акатизією та пізньої дискінезією. Встановлено «звучання» стигматизуючого впливу екстрапірамідних симптомів у психопатологічних проявах хворих на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 1 (33). — С. 64-69).

M.A. Shelestova

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND DRUG-INDUCED MOVEMENT DISORDERS

Named after M.Gorkiy Donetsk National Medical University

The article presents the results of clinical and psychopathological examination of 98 schizophrenic patients with different severity of drug-induced movement disorders such as drug-induced Parkinsonism, akathisia and tardive dyskinesia. The “sound” of stigmatizing effect of extrapyramidal symptoms in psychopathological manifestations of schizophrenia was found. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 64-69).

Литература

1. Систематизація передумов і механізмів формування стигми у хворих на психічні розлади : метод. рекомен. / Донец. нац. мед. ун-т ім. М. Горького ; сост. : Марута Н.О., Абрамов В.А., Ряполова Т.Л. [та ін.]. — Донецьк, 2012. 32 с.

2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК)) / Дж.Э. Купер (сост.и ред.), Д. Полтавец (пер.с англ.). — К. : Сфера, 2000. — 442с.

3. Kay S. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia / S. Kay, A. Fiszbein, L. Opler // Schizophr. Bul. — 1987. - Vol. 13, № 2. — P. 261 - 276.

4. Казанцева Н.В. Двигательные расстройства / Н.В. Казанцева, А.Н. Корнетов. — Томск : Сиб. гос. мед. ун-т, 2010. — 218 с.

5. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк : Каштан, 2009. — 584 с.

Поступила в редакцию 12.01.2014

УДК 616.89-008:617.7-001.4

*Ц. Б. Абдрахімова***ПСИХОЛОГІЧНІ АДАПТАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ В ГЕНЕЗІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного генезу, непсихотичні психічні розлади, психологічні адаптаційні механізми

Психічна адаптація відображає індивідуально-особистісний рівень психічної регуляції, що включає системну діяльність багатьох психологічних підсистем, активну особистісну функцію, яка забезпечує погодження актуальних потреб індивіда з потребами оточення та динамічними змінами умов життя. Основними психологічними механізмами психічної адаптації вважаються копінг-поведінка та механізми психологічного захисту [1].

Копінг – механізм адаптації, за допомогою якого людина свідомо пристосовується у новій для себе соціальній ролі або ситуації, яка виникає при вторгненні в її життя обставин, що неможливо змінити [2]. Копінг включає: механізм подолання, завдяки якому людина пристосовується до обставин і навчається з ними справлятися; процес дії цього механізму – копінг-стратегії (копінг стилі); результат цього процесу – копінг-поведінка. Проблемно-орієнтований копінг націлений на зміну ситуації, а емоційно-орієнтований копінг направлений на регуляцію емоційного стану, що визваний проблемною ситуацією (точніше, її оцінкою). За ступенем конструктивності копінг-механізми поділяються на: конструктивні (планування рішення, самоконтроль, пошук соціальної підтримки), відносно конструктивні (прийняття відповідальності, позитивна переоцінка) і неконструктивні (конфронтативний копінг, дистанціювання, тікання - уникнення).

Копінг розглядається як патогенетично значуща перемінна і потенційна «мішень» для психопрофілактичних і психокорекційних втручань [3].

В системі психічної адаптації копінг-механізми тісно пов'язані з механізмами психологічного захисту особистості.

Психологічний захист – це несвідомий процес, який регулює рівень емоційного напружен-

ня. Психологічний захист не вирішує протиріччя, а усуває пов'язані з ними переживання, які перешкоджають увімкненню інших механізмів адаптації, що можливо, допоможуть індивіду справитись з ситуацією [3].

МПЗ та механізми копінг-поведінки необхідно розглядати як найважливіші форми адаптаційних процесів та реагування на стресову ситуацію, однією з яких є часткова втрата зору травматичного генезу й адаптація до життя після перенесення травми. Треба зазначити, що втрата зору травматичного генезу (ВЗТГ) призводить до певної перебудови психіки та поведінки людини, яка супроводжується негативними психопатологічними проявами, хоча б частковою утратою рівню функціонування в трудовій, сімейній та соціальній сферах, що обумовлює додатковий обтяжуючий вплив на стан психічного здоров'я людини [4 – 9].

Отже, за рахунок психологічних адаптаційних механізмів (ПАМ) може відбутися послаблення психічного дискомфорту у рамках неусвідомленої діяльності психіки через забезпечення регулятивної системи стабілізації, спрямованої на зменшення тривоги, яка виникає при усвідомленні конфлікту або перешкод самореалізації. У таких випадках ПАМ спрацьовують при виникненні негативних психічно-травмуючих переживань, і визначають поведінку пацієнтів, як таку, що усувала психічний дискомфорт і тривожну напругу. В цілому, ПАМ повинні бути спрямовані на подолання почуття непевності в собі, власної неповноцінності, захисту ціннісної свідомості й підтримки стабільної самооцінки.

Отже, з метою вивчення ПАМ у осіб з частковою ВЗТГ та визначення їх ролі в розвитку НПП у даного контингенту, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання та виз-

начення об'єму та прогнозу стосовно втрати зору, нами проведено скрінінгове обстеження 600 осіб з частковою втратою зору травматичного генезу. В усіх пацієнтів було зафіксовано прояви гострої стресової реакції.

У термін від місяця до трьох після виписки зі стаціонару, під час проходження МСЕК, було здійснено поглиблене клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, на основі результатів якого було сформовано дві групи дослідження: основна (ОГД) – 200 хворих, в яких після травматичної події, що спричинила часткову втрату зору, діагностовано НПП, та група порівняння (ГП) – 200 осіб, психічний стан яких відповідав «умовній нормі».

Критерієм не включення в дослідження були: відсутність інформованої згоди; наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів або психотичних розладів на час обстеження; наявність виражених соматичних захворювань, перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнта.

Нозологічна структура діагностованих НПП була представлена психічними і поведінковими розладами кластеру F43 – реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких домінувала змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 (97 осіб, 48,5% ОГД), приблизно у третини пацієнтів були встановлені пролонгована депресивна реакція F43.21 (44 особи, 22% ОГД) адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F43.23 (29 осіб, 14,5% ОГД), у 23 (11,5%) хворих виявлений посттравматичний стресовий розлад F43.1, а у 7 (3,5%) пацієнтів – адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F43.25.

Вивчення МПЗ проводили за допомогою методики визначення механізмів психологічного захисту «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчека – Х. Келлермана в адаптації Л.І. Вассермана, О. Ф. Єришева, С. Б. Клубової [10, 11], яка дозволяє виявити психологічні захисні механізми особистості у ситуаціях фрустрації. Даний опитувальник дозволяє визначити вираженість 8 видів захисних механізмів: витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проекція, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація. У основі методики лежить теорія, згідно якої існує взаємозв'язок між МПЗ та різними афективними станами (емоціями) і клініко-діагностичними критеріями (розлади особистості). Створено модель, куди входять 4 пари біполярних емоцій (страх – гнів, веселість – сум, прийняття – відраза, надія – подив), які, як очікується, пов'язані з окремими

захисними механізмами, залежними, своєю чергою, від деяких особистісних чорт. Останні, за відомого ступеня їх вираженості, зізнаються авторами опитувальника як найважливіші в генезі відповідних НПП.

Особливості копінгу досліджували з використанням методики психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма [12], яка дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу, класифікованих відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності як когнітивний, емоційний і поведінковий копінг-механізми.

Адаптивними (продуктивними) варіантами копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій є «проблемний аналіз», «установка власної цінності», «збереження самовладання» – форми поведінки, спрямовані на аналіз виниклих труднощів і можливих шляхів виходу з них, підвищення самооцінки і самоконтролю, більш глибоке усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри в власні ресурси в подоланні важких ситуацій; серед емоційних копінг-стратегій: «протест», «оптимізм» – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю в наявності виходу в будь-який, навіть найскладнішої, ситуації; серед поведінкових копінг-стратегій: «співпраця», «звернення», «альтруїзм», під якими розуміється така поведінка особистості, при якій вона набирає співпрацю зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки у найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким у подоланні труднощів.

Неадаптивними (непродуктивними) варіантами копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій визначені: «смиренність», «розгубленість», «дисимуляція», «ігнорування» – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невір'я в свої сили та інтелектуальні ресурси, з умисною недооцінкою неприємностей; серед емоційних копінг-стратегій: «придушення емоцій», «покірність», «самознищення», «агресивність» – варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, безнадійністю, покірністю, переживанням злості і покладанням провини на себе і інших; серед поведінкових копінг-стратегій: «активне уникнення», «відступ» – поведінка, що передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, самотність, ізоляція, прагнення піти від активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблем.

Відносно адаптивними (відносно продуктивними) варіантами копінг-поведінки, конструктивність яких залежить від значимості і вираженості ситуації подолання, автором визначені наступні: серед когнітивних копінг-стратегій – «відносність», «додача сенсу», «релігійність», тобто форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами; серед емоційних копінг-стратегій – «емоційна розрядка», «пасивна кооперація», - поведінка, спрямована або на зняття напруги, емоційне відреагування, або на передачу відповідальності за розв'язання труднощів іншим особам; серед поведінкових копінг-стратегій – «компенсація», «відволікання», «конструктивна активність», тобто поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань.

Результати дослідження розподілу усереднених показників різних МПЗ представлено в табл. 1, з якої видно, що у пацієнтів ОГД та ГП спостерігалися різні МПЗ, які були пов'язані із адаптацією в умовах перенесеної ВЗТГ. Усі пацієнти ОГД виявили напруженість МПЗ, що свідчило про наявність актуальної психотравмуючої ситуації ($p \leq 0,001$). Виявлено, що для

хворих ОГД були характерні підвищення показників «заперечення» ($p < 0,001$), «регресії» ($p \leq 0,05$) й «проекції» ($p < 0,001$) існуючих проблем, що свідчило про недостатнє усвідомлення й виключенні зі свідомості подій та фактів, які приносили психологічний біль при їхньому визнанні. У свою чергу, у хворих ГП встановлено високі значення «компенсації» ($p \leq 0,001$), сполучених із «інтелектуалізацією» ($p \leq 0,001$), що свідчило про усвідомлення психотравмуючої ситуації. Хворі ОГД були схильні до надмірного контролю емоцій й імпульсів, виявляли залежність від раціональної інтерпретації ситуації, що призводило до «захисту» себе при психологічному конфлікті шляхом зниження значущості чинників його виникнення ($p \leq 0,05$). Треба зазначити, що встановлена вираженість показників за вищезгаданими шкалами у осіб ОГД свідчила про неефективність їх МПЗ у період після часткової втрати зору, а саме, про використання так званої «блокадно-стримуючої поведінки», спрямованої на зниження напруги внаслідок емоційного реагування та умов зовнішнього середовища, які призвели до дезадаптації. За результатами дослідження встановлено, що у хворих ОГД чинником психологічної та емоційної перенапруги була підвищена чутливість до недостачі стимулів у зовнішньому середовищі що проявлялася дистресом (високий показник «регресії») ($p \leq 0,05$).

Таблиця 1

Усереднені показники МПЗ у досліджених ОГД та ГП

МПЗ	Групи					
	ОГД (N=200)			ГП (N=200)		
	М	S	±m	М	S	±m
Заперечення	5,99 ¹	2,29	0,38	4,8 ¹	2,99	0,27
Витиснення	3,04	1,98	0,36	3,1	2,19	0,21
Регресія	6,82 ³	2,24	0,39	4,2 ³	2,99	0,26
Компенсація	1,77	1,6	0,20	6,17 ¹	2,87	0,36
Проекція	6,57 ¹	2,66	0,43	3,6 ²	1,7	0,33
Заміщення	1,82	1,93	0,34	3,7 ²	3,11	0,27
Інтелектуалізація	1,69 ¹	1,67	0,24	5,8 ¹	2,66	0,28
Реактивне утворення	3,37	2,27	0,39	3,4	2,15	0,15

Примітка: 1 - $p < 0,001$; 2 - $p < 0,01$; 3 - $p < 0,05$ – достовірність відмінностей середніх показників у досліджуваних.

Результати дослідження структури механізмів копінг-поведінки у обстежених пацієнтів відображені у табл. 2, з якої видно, що у ОГД в ціло-

му серед когнітивних копінг-стратегій переважали: ігнорування 36 (6,0±2,4%), смирення 33 (5,5±2,3%), дисимуляція 39 (6,5±2,5%), розгуб-

леність 33 (5,5±2,3%). У свою чергу, у ГП, відповідно: збереження самовладання 51 (8,5±2,8%), проблемний аналіз 51 (8,5±2,8%), установка власної цінності 50 (8,3±2,8%) (p≤0,05). Серед емоційних копінг-стратегій у пацієнтів ОГД переважали: придушення емоцій 39 (6,5±2,5%), покірність 39 (6,5±2,5%), самозвинувачення 45 (7,5±2,6%), агре-

сивність 41 (6,8±2,5%). У свою чергу, у ГП, відповідно: протест 63 (10,5±3,1%), оптимізм 66 (11,0±3,1%) (p≤0,05). Серед поведінкових копінг-стратегій у пацієнтів ОГД переважали: активне уникнення 57 (9,5±2,9%), відступ 45 (7,5±2,6%), у ГП, відповідно: альтруїзм 60 (10,0±3,0%), співпраця 54 (9,0±2,9%), звернення 56 (9,3±2,9%) (p≤0,05).

Таблиця 2

Структура механізмів копінг-поведінки (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	ОГД			ГП		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивні копінг-стратегії (n=200)</i>						
Ігнорування	36	6,0	2,4	6	1,0	1,0
Смирення	33	5,5	2,3	9	1,5	1,2
Дисимуляція	39	6,5	2,5	6	1,0	1,0
Збереження самовладання	6	1,0	1,0	51	8,5	2,8
Проблемний аналіз	6	1,0	1,0	51	8,5	2,8
Відносність	9	1,5	1,2	6	1,0	1,0
Релігійність	18	3,0	1,7	9	1,5	1,2
Розгубленість	33	5,5	2,3	6	1,0	1,0
Додача сенсу	12	2,0	1,4	6	1,0	1,0
Установка власної цінності	8	1,3	1,1	50	8,3	2,8
<i>Емоційні копінг-стратегії (n=200)</i>						
Протест	12	2,0	1,4	63	10,5	3,1
Емоційна розрядка	9	1,5	1,2	12	2,0	1,4
Придушення емоцій	39	6,5	2,5	9	1,5	1,2
Оптимізм	6	1,0	1,0	66	11,0	3,1
Пасивна кооперація	9	1,5	1,2	12	2,0	1,4
Покірність	39	6,5	2,5	12	2,0	1,4
Самозвинувачення	45	7,5	2,6	12	2,0	1,4
Агресивність	41	6,8	2,5	14	2,3	1,5
<i>Поведінкові копінг-стратегії (n=200)</i>						
Відволікання	18	3,0	1,7	6	1,0	1,0
Альтруїзм	18	3,0	1,7	60	10,0	3,0
Активне уникнення	57	9,5	2,9	9	1,5	1,2
Компенсація	18	3,0	1,7	3	0,5	0,7
Конструктивна активність	18	3,0	1,7	6	1,0	1,0
Відступ	45	7,5	2,6	6	1,0	1,0
Співпраця	15	2,5	1,6	54	9,0	2,9
Звернення	11	1,8	1,3	56	9,3	2,9

Проведення диференційованого аналізу структури копінг-поведінки у обстежених дозволило виявити закономірності її розподілу у пацієнтів різних груп в залежності від ступеню адаптивності. Результати вивчення розподілу адаптивних варіантів копінг-поведінки відображений у табл. 3, з якої видно, що серед осіб з адаптивною копінг-поведінкою переважали пацієнти ГП, а саме, по когнітивному компоненту: збереження самовла-

дання ОГД - 6 (3,0 %), ГП - 51 (25,5 %), проблемний аналіз ОГД - 6 (3,0 %), ГП - 51 (25,5 %), установка власної цінності ОГД - 8 (4,0 %), ГП - 50 (25,0 %); за емоційним компонентом: протест ОГД - 12 (6,0 %), ГП - 63 (31,5 %), оптимізм ОГД - 6 (3,0 %), ГП - 66 (33,0 %); за поведінковим компонентом: альтруїзм ОГД - 18 (9,0 %), ГП - 60 (30,0 %), співпраця ОГД - 15 (7,5 %), ГП - 54 (27,0 %), звернення ОГД - 11 (5,5 %), ГП - 56 (28,0 %) ($p \leq 0,05$).

Таблиця 3

Адаптивні варіанти копінг-поведінки (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	ОГД (n=200)			ГП (n=200)		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивні</i>						
Збереження самовладання	6	3,0	1,7	51	25,5	4,4
Проблемний аналіз	6	3,0	1,7	51	25,5	4,4
Установка власної цінності	8	4,0	2,0	50	25,0	4,3
<i>Емоційні</i>						
Протест	12	6,0	2,4	63	31,5	4,6
Оптимізм	6	3,0	1,7	66	33,0	4,7
<i>Поведінкові</i>						
Альтруїзм	18	9,0	2,9	60	30,0	4,6
Співпраця	15	7,5	2,6	54	27,0	4,4
Звернення	11	5,5	2,3	56	28,0	4,5

Примітка: – чисельність хворих з адаптивним варіантом копінг-поведінки та їх частка у загальній вибірці.

Вивчення розподілу відносно-адаптивних варіантів копінг-поведінки довело їх приблизно схожу представленість серед осіб з ЧВЗТГ, проте, з достовірними розбіжностями за деякими шкалами (табл. 4). Так, серед когнітивних копінг-стратегій відмінності між хворими різних груп встановлені по релігійності (у осіб ОГД – 18 (9,0 %), ГП - 9 (4,5 %)), а серед поведінкових – за відволіканням - 18 (9,0 %) ОГП, 6 (3,0 %) ГП, компенсації - 18 (9,0 %) ОГП, 3 (1,5 %) ГП та конструктивній активності - 18 (9,0 %) ОГП, 6 (3,0 %) ГП ($p \leq 0,05$). В цілому відносно-адаптивні копінг-стратегії використовувались особами ОГД частіше, ніж пацієнтами ГП, що свідчить про збереженість у хворих з ННР ресурсу відносно-адаптивних можливостей, проте, обмеженість їх застосування.

Аналіз розподілу неадаптивних варіантів копінг-поведінки виявив їх переважання за усіма варіантами когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів, а саме: ігнорування, смирення, диссимуляції, розгубленості, приду-

шення емоцій, покірності, самозвинувачення, агресивності, активного уникнення, відступу у осіб ОГД ($p \leq 0,05$) (табл. 5).

За підсумками проведеної роботи у пацієнтів з ЧВЗТГ виявлено три варіанти конструктивності обраного копінгу: адаптивний, відносно адаптивний і неадаптивний. Розподіл видів і ступеню адаптивності копінгів відображені у табл. 6, з якої видно, що у обстежених ОГД домінують неадаптивні копінг-стратегії за усіма їх варіантами. Так, серед когнітивних копінг-стратегій адаптивні використовували 10% ОГД та 76% ГП, відносно-адаптивні – 19,5% ОГД й 10,5% ГП, неадаптивні – 70,5% ОГД і 13,5% ГП ($p \leq 0,05$). Адаптивний емоційний копінг використовували 9% ОГД й 64,5% ГП, відносно-адаптивний – 9% ОГД та 12% ГП, неадаптивний – 82% ОГД і 23,5% ГП ($p \leq 0,05$). Поведінкові адаптивні копінг-стратегії були притаманні 22% ОГД і 85% ГП, відносно-адаптивні – 27% ОГД і 7,5% ГП, неадаптивні – 51% ОГД та 7,5% ГП ($p \leq 0,05$).

Таблиця 4

Відносно-адаптивні варіанти копінг-поведінки (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	ОГД (n=200)			ГП (n=200)		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивні</i>						
Відносність	9	4,5	2,1	6	3,0	1,7
Релігійність	18	9,0	2,9	9	4,5	2,1
Додача сенсу	12	6,0	2,4	6	3,0	1,7
<i>Емоційні</i>						
Емоційна розрядка	9	4,5	2,1	12	6,0	2,4
Пасивна кооперація	9	4,5	2,1	12	6,0	2,4
<i>Поведінкові</i>						
Відволікання	18	9,0	2,9	6	3,0	1,7
Компенсація	18	9,0	2,9	3	1,5	1,2
Конструктивна активність	18	9,0	2,9	6	3,0	1,7

Примітка: – чисельність хворих з відносно-адаптивним варіантом копінг-поведінки та їх частка у загальній вибірці.

Таблиця 5

Неадаптивні варіанти копінг-поведінки (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	ОГД (n=200)			ГП (n=200)		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивні</i>						
Ігнорування	36	18,0	3,8	6	3,0	1,7
Смирення	33	16,5	3,7	9	4,5	2,1
Диссімуляція	39	19,5	4,0	6	3,0	1,7
Розгубленість	33	16,5	3,7	6	3,0	1,7
<i>Емоційні</i>						
Придушення емоцій	39	19,5	4,0	9	4,5	2,1
Покірність	39	19,5	4,0	12	6,0	2,4
Самозвинувачення	45	22,5	4,2	12	6,0	2,4
Агресивність	41	20,5	4,0	14	7,0	2,6
<i>Поведінкові</i>						
Активне уникнення	57	28,5	4,5	9	4,5	2,1
Відступ	45	22,5	4,2	6	3,0	1,7

Примітка: – чисельність хворих з не адаптивним варіантом копінг-поведінки та їх частка у загальній вибірці.

Види і ступінь адаптивності копінгів (методика Е. Хейма)

Варіанти копінг-поведінки	ОГД			ГП		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивний (n=200)</i>						
адаптивні	20	10,0	3,0	152	76,0	4,3
відносно адаптивні	39	19,5	4,0	21	10,5	3,1
неадаптивні	141	70,5	4,6	27	13,5	3,4
<i>Емоційний (n=200)</i>						
адаптивні	18	9,0	2,9	129	64,5	4,8
відносно адаптивні	18	9,0	2,9	24	12,0	3,2
неадаптивні	164	82,0	3,8	47	23,5	4,2
<i>Поведінковий (n=200)</i>						
адаптивні	44	22,0	4,1	170	85,0	3,6
відносно адаптивні	54	27,0	4,4	15	7,5	2,6
неадаптивні	102	51,0	5,0	15	7,5	2,6

Таким чином, можна зазначити, що у осіб з НПР внаслідок ЧВЗТГ має місце напруження неадаптивних МПЗ «заперечення», «регресія», «проекція» та превалювання неадаптивних копінг-стратегій по усім модальностям долаючої поведінки, серед яких домінуючу роль мають емоційний неадаптивний копінг, притаманний 82% пацієнтам, далі – когнітивний (70,5% осіб) та поведінковий (51% хворих), що свідчить про негативну роль викривлень ПАМ в генезі НПР у

цих хворих. На відміну від пацієнтів з НПР, особи з ЧВЗТГ без НПР демонструють перевагу адаптивних ПАМ, які в даному випадку стають дефензивним механізмом щодо розвитку НПР. Між тим, отримані дані також дозволяють зробити висновок про наявність невикористаного адаптивного ресурсу у пацієнтів ОГД, на активізацію якого повинні бути спрямовані психотерапевтичні впливи в комплексному лікуванні даної категорії пацієнтів.

Ц. Б. Абдрахімова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АДАПТАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ГЕНЕЗЕ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ЧАСТИЧНОЙ
ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 400 больных с частичной потерей зрения травматического генеза, изучены особенности их психологических адаптационных механизмов и установлена роль их деформации в генезе развития непсихотических психических расстройств у данного контингента пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 70-77).

PSYCHOLOGICAL ADAPTATION MECHANISMS IN GENESIS OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC GENESIS

Ukrainian SRI of social and forensic psychiatry and narcology

On the basis of clinical psychopathology and psycho-diagnostic survey 400 patients with partial loss of traumatic origin, studied the characteristics of their psychological adaptation mechanisms and established their role in the genesis of the deformation of non-psychotic mental disorders in this group of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 70-77).

Література

1. Исаева Е. Р. Особенности и проблемные зоны в структуре адаптационных ресурсов личности при социальной и психосоматической дезадаптации / Е. Р. Исаева, О. С. Дейнека // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. - №3. – С. 42 - 47.
2. Залуцкий И. Л. Проблема копинг-поведения в работах отечественных и зарубежных исследователей / И. Л. Залуцкий, Л. М. Махнач // Онкологический журнал. – 2009. - Т. 3, №3(11). - С. 81 - 87.
3. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – С. 23 - 46.
4. Loprinzi P. D. Association Among Depression, Physical Functioning, and Hearing and Vision Impairment in Adults With Diabetes / P. D. Loprinzi, E. Smit, G. Pariser // Diabetes Spectrum. – Winter 2013, – vol. 26. – № 1. – P. 6 – 15.
5. Blindness, Fear of Sight Loss, and Suicide / D. De Leo, P. A. Hickey, G. Meneghel, C. H. Cantor // Psychosomatics. – 1999. – Vol. 40. – P. 339 – 344.
6. Blindness and High Suicide Risk? / T. J. Hine, N. J. Pitchford, F. A.A. Kingdom, R. Koenekoop // Psychosomatics. – 2000. – Volume 41. – Issue 4. – P. 370 – 371.
7. du Feu M. Sensory impairment and mental health / M. du Feu, K. Fergusson // Advances in Psychiatric Treatment. – 2003. – Vol. 9. – P. 95 – 103.
8. Thurston Mh. An inquiry into the emotional impact of sight loss and the counselling experiences and needs of blind and partially sighted people / Mh. Thurston // Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice. – 2010. – Vol. 10, Issue 1. – P. 3 – 12.
9. Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment / G. Rees, H. W. Tee, M. Marella [et al.] // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – June 2010. – vol. 51. - № 6. – P. 2891 – 2896.
10. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов / Е. Б. Клубова // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб., 1994. – 77 с.
11. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей / [Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др.] “ Издательский центр «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», 2005. “ 51 с.
12. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. / Б. Д. Карвасарский. – СПб-Питер, 2011. – 864 с.

Поступила в редакцию 18.01.2014

УДК 615.851+616.89-036.4

*О.И. Осокина***ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА СО СМЫСЛОМ И БЕССМЫСЛЕННОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ЭПИЗОД ПСИХОЗА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: первый эпизод психоза, смысл, ценности, смыслоутрата, психотерапевтические техники

При работе с пациентами, перенесшими первый эпизод психоза (ПЭП) так или иначе, встает проблема осознания смысла всего случившегося, а также трудоемкая работа над формированием у больных новой системы ценностей и смыслов. Потеря смысла у данной категории больных связана с кризисом, который привнесла в их жизнь болезнь, изменения ценностей, низкая самооценка, присоединение депрессии, расстройства самоидентичности. В поведении пациентов также находит отражение кризис ценностной системы и бессмысленности дальнейшей жизни в виде конформизма (делать то, что делают другие) и подчинения тоталитарности (делать то, что хотят другие). В научной литературе практически отсутствуют данные, касающиеся проблемы ценностей и смыслов у пациентов с ПЭП, несмотря на то, что данная проблема остро стоит. Исследованию данного вопроса и разработке соответствующих реабилитационных мероприятий посвящена настоящая статья.

Интерес к понятию смысла отечественных и зарубежных ученых растет, так как это философское понятие употребляется в самых разных контекстах, а поиск смысла представляет собой одну из главных ценностных ориентаций современного человека. Проблемой смысла занимались видные мировые ученые – Э. Гуссерль, В. Франкл, З. Фрейд, А. Адлер, К. Юнг, Б.В. Зейгарник, Л. С. Выготский.

В отечественной литературе проблемой смыслового измерения человеческого бытия занимается наш современник Д. А. Леонтьев, который разработал классификацию смысловых структур, модель структуры личности, концепцию смысловой регуляции жизнедеятельности. Выдающийся психолог XX века А. Н. Леонтьев (1994) писал: «Проблема смысла ... – это после-

днее аналитическое понятие, венчающее общее учение о психике, так же как понятие личности венчает всю систему психологии» [1].

Впервые понятие смысла возникло в герменевтическом учении о понимании скрытых смыслов древних писаний, религиозных, философских текстов. Различие слов «смысл» и «значение» изучал Матиас Флациус Иллирийский (XVI в.), который постулировал идею о том, что проблема смысла сводится к проблеме контекста: вербальная информация может иметь одно значение, но разные контексты придают ей разные смыслы, а вне контекста слово смысла не имеет [2].

Еще один близкий к «смыслу» термин – «цель», но это несколько разные вещи. Смысл обозначает ощущение значения, целостности, связности, некоего порядка, а «цель» относится к намерению, к задаче [3].

Значительный вклад в философское понимание смысла привнесла феноменология в лице ее основателя Э. Гуссерля и его последователей – М. Хайдеггера, К. Ясперса, Ж.-П. Сартра.

Э. Гуссерль (1998) [4] писал, что сознание человека интенционально, то есть направлено на предмет, оно приписывает смысл вещам, придает смысл миру, а «... неопределенно общий смысл мира и определенный смысл его компонентов есть нечто, что мы сознаем в процессе восприятия, представления, мышления и оценки жизни». Последователь Э. Гуссерля – М. Хайдеггер (1997) [5] видит понятие смысла в контексте проблемы познания мира, который образуется и является феноменом сознания, результатом познавательной деятельности, и возникает при обдумывании, соображении, конструировании. «Понять направление, в котором вещь уже движется сама по себе – значит увидеть ее смысл, внимание в который – есть суть осмыс-

ления» [2]. Само понятие «осмысленные» гораздо шире, чем «осознание» чего-либо (Хайдеггер М., 1993 [5]). Исходя из этих представлений, понятие инсайта (в контексте осознания ситуации, связанной с болезнью) при ПЭП – это тот феномен, который предвосхищает осмысление ситуации.

После перенесенного ПЭП пациенты вовлекаются в реструктурирование своей ценностно-смысловой сферы, многие из них чувствуют бессмысленность дальнейшего существования, в связи с чем исследование у них «смыслов» представляется необходимым. Сложность правильного конструктивного осмысления опыта психоза связана не только с самой сложностью нахождения и раскрытия смысла, но и с присутствием эмоциональных нарушений и психологического дистресса, а также со специфическими нюансами когнитивного функционирования у больных ПЭП. Ощущение бессмысленности психотического опыта или придание ему только негативного, разрушающего смысла, деструктивно влияют на выздоровление, на дальнейшее социальное функционирование и жизнь человека. Проблемы, связанные с осмыслением переживаний психотической реальности и столкновения с психиатрической службой, препятствуют интеграции полученного опыта в общий жизненный опыт больных психозами, заставляют делить прожитую жизнь на отрезок до и после болезни. При этом прошлому опыту придается большее значение, так как, по мнению больных, там остались цели, устремления, смыслы, а следующий за болезнью опыт рассматривается, как лишенный всякого смысла, надежды, целей, радости, любви, а значит и целенаправленной деятельности [6].

По мнению немецкого психиатра К. Ясперса (1997) [7], смысл не является характеристикой психических процессов, а «вкладывается в них индивидом, обуславливается его осознанными намерениями, реализуется им самим». Субъективизация внешнего мира происходит в процессе восприятия человеком мира, посредством сознания, которое придает смысл ситуации и внешним предметам (Сартр Ж.-П., 1943) [8]. Он же считал, что смысл порождает индивидуальный «проект» и реализацию человека.

Французский философ-экзистенциалист М. Мерло-Понти (1991) [9] объединил холистическим принципом субъективный мир человека и внешний мир, постулируя, что источником смысла может выступать только субъект, именно он «заставляет проявиться смысл и ценность в ве-

щах, и поскольку всякая вещь может приобрести их, только сделавшись для него смыслом и ценностью, то нет воздействия вещей на субъекта, а есть лишь наделение смыслом» [9]. «Смысл течения воды ничего не выражает, если я не предполагаю субъекта, который смотрит с какого-то места в определенном направлении ...» [10]. События в жизни человека и его действия имеют смысл тогда, когда они являются частью целенаправленной деятельности. Как писал Д. А. Леонтьев (1993), экзистенция по М. Мерло-Понти, и есть та операция, «посредством которой то, что не имело смысла, получает смысл».

Экзистенциальный философ, представитель гуманистической психологии, П. Тиллих (1995) [11] писал о том, что здоровый человек способен формировать свой мир и себя самого в соответствии со смыслами и ценностями. Ценности представляют собой духовные ориентиры, которыми руководствуется человек при осуществлении деятельности. Так как страдание вследствие шизофренией часто приводит к смыслоутрате, и порождает экзистенциальную тревогу, П. Тиллих считает, что это связано с утратой духовных ценностных ориентиров и, в отличие от тревоги, связанной с отношением к смерти или судьбе, экзистенциальная тревога смыслоутраты простирается в связи с уходом от вопроса о смысле. Этот механизм можно наблюдать у больных с первым психотическим приступом, когда болезненные и пугающие воспоминания о психотическом опыте включают защитные механизмы (отрицание, искажение, вытеснение), которые препятствуют полноценному осознанию и осмыслению сложившейся ситуации. Так, переживание бессмысленности и тревоги, с ней связанной, блокируют самоактуализацию, движение вперед, постановку целей и качество жизни в широком смысле.

В. Франкл [12] утверждает, что 20% неврозов, которые он встречал в клинической практике – ноогенного происхождения, то есть возникают из-за отсутствия смысла в жизни. Психотерапевт С. Мадди [13] считает, что бессмысленность – это хроническая неспособность проникнуться важностью, полезностью или интересностью чего-либо, в чем человек участвует или представляет, что участвует. По мнению Н. Хоббса: «Современная культура часто порождает вид невроза, отличный от описанного Фрейдом. Современные неврозы характеризуются не столько вытеснением и конверсией... отсутствием инсайта, но отсутствием цели, смысла в жиз-

ни». И. Ялом (2003) [3] пишет, что «Человеческое существо, по-видимому, нуждается в смысле. Мы видели, что отсутствие в жизни смысла, целей, ценностей и идеалов вызывает значительные страдания. В острой форме они могут привести человека к решению покончить с собой» [14]. С другой стороны, автор утверждает, что мир не имеет смысла, поэтому человек сам создает для себя цели, устойчивые ориентиры и смысл, так как нуждается в этом.

Значительный вклад в понимание смысла внес российский философ XX века М. М. Бахтин [15], который видел смысл и ценность человека для самого себя в том, чтобы видеть перед собой предстоящий смысл, придавая тем самым значение смысловому будущему.

Немецкий философ Э. Шпрангер [16] ставит проблему смысла в контексте человеческой деятельности и наличия смысловой связи, направленной на удовлетворение ценности. По его мнению: «какой-нибудь механизм, например, можно назвать осмысленным, поскольку все осуществляемые им отдельные процессы скоординированы в направлении к общему результату, который имеет какую-то ценность». Так и человеческий организм полон смысла, поскольку все его функции направлены на сохранение гомеостаза, и психика человека, которая направлена на удержание связности отдельных психических функций, имеет смысл. Эти смыслы заключаются в процессе сохранения, который переживает человек, как нечто ценное и, потому, осмысленное.

К проблеме смысла обращались известные психологи, психиатры, психотерапевты, такие как З. Фрейд, объясняющий поведенческие проявления человека в терминах их смысла; А. Адлер, развивающий учение о смысле человеческих действий, смысле мира и человека в нем; К.-Г. Юнг, выдвинувший положение о том, что люди стоят перед задачей обнаружения смысла, благодаря которой они живут. И. Ялом (2003) [3] выделяет *космический смысл*, то есть «... некий замысел, существующий вне и выше личности, и обязательно предполагающий какое-либо магическое или духовное упорядочение вселенной», и *личный смысл*, который включает в себя ощущение человеком цели, функции, миссии, которую нужно выполнить. Именно обнаружение личного смысла дает человеку ощущение жизненной цели. Автором выделены также те состояния или действия, которые способствуют ощущению смысла и удовлетворения от жизни – это: *альтруизм* (благотворительность, служе-

ние другим и т. д.); *преданность делу* («Тем, чем является человек, он стал благодаря делу, которое он сделал своим» [7] и «... которое не будет уничтожено его смертью» [17]); творчество (создание чего-то нового, красивого, гармоничного является мощным противоядием бессмысленности; творческий подход к учебе, игре, приготовлению пищи, бухгалтерии, научному открытию – добавляют к жизни нечто ценное [3]); гедонистическое решение (действия человека направлены на получение удовольствия и улучшение своей жизни); самоактуализация (убежденность в том, что люди должны посвящать себя реализации своего врожденного потенциала, лично расти); самотрансценденция (самовыражение и самоактуализация с целью последующего «погружения в мир», использования своего опыта на благо других, служения миру, заботе о бытии других).

Психотерапевтическая работа с проблемой бессмысленности может учитывать указанные источники жизненного смысла, а также возрастную динамику смыслов: «Если в юности, в периоды ранней и средней взрослости интересы человека сконцентрированы на собственном «Я» – человек стремится установить стабильную идентичность, сформировать близкие отношения и овладеть профессиональными навыками, – то на пятом или шестом десятке человек (если не потерпел неудачу в реализации более ранних задач развития) вступает в стадию, когда жизненный смысл коренится в самотрансценденции, то есть заинтересованности в формировании следующего поколения и направляющем руководстве им» [18]. Именно с возрастом появляются самотрансцендентные формы поведения (например, забота о потомстве, экологии, обществе в целом).

В. Франкл смотрел на проблему смысла через призму трансценденции. Его экзистенциальный анализ (логотерапия) был акцентирован на смысле жизни, где во главе угла была помощь в обретении этого смысла.

Основными концептуальными феноменами в теории «возможностной» личности [19] выступают «пространство возможного», «свободный выбор», «смысл» и «ответственность». Автор рассматривает смысл в трех контекстах: как интеграцию личной и социальной действительности, как объяснение или интерпретацию жизни, и как жизненную цель или задачу.

Человек чувствует себя гармонично, когда его жизнь осмыслена. Стремление человека к поиску смысла жизни по В. Франклу (1997) [12], яв-

ляется врожденной мотивационной тенденцией, а отсутствие реализации этого стремления приводит к фрустрации, экзистенциальному вакууму.

Проведенный Д. А. Леонтьевым [2] обзор учений о смысле, показал основные его характеристики: контекстуальность (зависимость от контекста, от конкретного субъекта); интенциональность (теория интенциональности основана на том, что человек действует ради неких смыслов); связь со значимостью для субъекта определенных объектов, явлений, действий и событий; рассмотрение потребностей, мотивов и интенций субъекта, как источников смысла; зависимость смысла от когнитивных процессов переработки информации и построения образа мира; обусловленность смыслов уникальным опытом и биографией субъекта; роль активности самого субъекта, процессов обучения и самообучения в порождении смыслов; социокультурная детерминация смыслов, зависимость их от ценностей; обусловленность поведения смыслами; влияние смысла на протекание познавательных процессов, способность человека к самодетерминации; ситуативная изменчивость смысла и зависимость его от актуального состояния субъекта; не всегда осознанность и доступность смысла.

Источниками смыслов для пациентов с ПЭП выступают его ценности и потребности: смысл для них приобретают те объекты и действия, которые имеют отношение к реализации личностных потребностей или ценностей.

Ценности. Во внутреннем мире больных с ПЭП есть точка опоры, которая позволяет их внутреннему миру быть относительно независимым от внешнего мира, и этой точкой опоры являются личностные ценности. Ценности появились в результате обобщения типичных ситуаций, с которыми сталкивалось человечество. Поиск смысла любой деятельности и любой ситуации необходим пациентам для снижения тревоги, обретения чувства уверенности и безопасности. Не все социальные ценности усваиваются и становятся личными, а только те из них, в процесс реализации которых включается пациент, и которые он воспринимает, как свои.

Для ощущения больными с ПЭП осмысленности своей жизни, возникает потребность в системе ценностей, принципов, установок, которые представляют собой основу для ориентировки пациентов при выборе того или иного поведенческого паттерна или способа мышления, и служат своего рода «фильтром», через

который личность пропускает все возможные варианты своей деятельности и выбирает один наилучший способ действия. Ценности представляют собой идеальное представление о должном, и дают пациентам некую организованную структуру, опираясь на которую они принимают решения и строят свои оценочные суждения одобрения-неодобрения. По мнению И. Ялома (2003) [3], ценности позволяют человеку существовать в социуме, делая его поведение понятным и предсказуемым. Ценности и убеждения, принятые в данном, конкретном социуме, становятся социальными нормами и правилами поведения в данном обществе.

Понятие ценности определяется как невербализуемое составляющее наиболее глубинного слоя интенциональной структуры личности и находящееся в единстве предметов ее устремлений (аспект будущего), особого переживания-обладания (аспект настоящего) и хранения своего «достояния» в тайниках сердца (аспект прошлого), которые конституируют ее внутренний мир как «уникально-субъективное бытие» [20].

Ценности позволяют связывать разные временные модусы (прошлое, настоящее, будущее); семиотизировать пространство человеческой жизни, наделяя все элементы в нем значимостью; задавать системы приоритетов, способы социального признания, критерии оценок; строить сложные и многоуровневые системы ориентации в мире; обосновывать смыслы [21].

Ценности являются неотъемлемой составляющей целостного мироотношения пациентов с ПЭП к себе, к миру в целом и к отдельным его фрагментам, что реализуется в индивидуальных системах ценностей и ценностных ориентаций личности.

Когда ценность для конкретного больного приобретает интимно-личностный смысл, в определенных общественно-исторических условиях, она оказывается ориентиром его жизни. Включение ценностных ориентаций в структуру личности пациентов позволяет уловить наиболее общие социальные детерминанты мотивации поведения.

Система ценностей во всякий момент своего осуществления континуальна и, при этом, многоуровневна в своих опосредованных ценностными ориентациями личности проявлениях.

Система ценностных ориентаций представляет собой комплекс социально заданных и усвоенных пациентами установок, обеспечивающих целостность и устойчивость их личности.

Ценностные ориентации играют важную роль в формировании «нравственной активности», обеспечивая общую направленность личности, социально значимый выбор целей и средств нравственного самосовершенствования, ценностей, способов регуляции поведения, его форм и стиля. Для формирования личностной направленности необходимым условием является сочетание социального опыта, выражающееся в характере и объеме освоенных личностью социальных ценностей (базисная позиция направленности), и «нравственной активности», выражающейся в интенсивности освоения и обмена ценностями (деятельностный стержень направленности). Мировоззренческий уровень направленности включает в себя нравственные представления о смысле жизни, свободе выбора, ответственности, счастье, о человеке, как высшей ценности.

Психотерапевтическая работа со смыслом очень непроста, так как понятие «смысла» довольно относительно и четкого знания о смысле жизни нет. Когда в жизни человека все хорошо, его жизнь наполнена событиями, и он ощущает свою значимость, человек не задумывается о смысле жизни и не анализирует каждое свое действие с позиции поиска в нем смысла, но когда в жизни человека случается кризис, каким и является ПЭП, когда он сталкивается с такими экзистенциальными феноменами, как смерть, изоляция, крушение системы ценностей, стигма и социальные ограничения, связанные с болезнью – он может утратить смысл дальнейшего существования. Это тягостное понимание утраты смысла своего существования становятся тяжелым грузом, преодолеть который может не каждый пациент. Так называемый экзистенциальный кризис, связанный со смыслоутратой, в той или иной степени присутствует у пациентов, перенесших ПЭП, и привносит в их жизнь душевные страдания гораздо большие, чем сами болезненные симптомы. Механизм смыслоутраты индивидуален в каждом конкретном случае, кроме того, бессмысленность может проистекать из других проблем или быть эквивалентом тревоги, депрессии или апатии, поэтому одной успешной психотерапевтической техники, всегда эффективной по отношению к преодолению бессмысленности не существует.

Технология психотерапевтической работы с проблемой бессмысленности (смыслоутраты) включает следующие этапы:

1. Повышение осознания пациентами того, что в жизни нет никакого присущего ей смысла,

только люди ответственны за создание собственного смысла.

2. Выявление видов защиты от тревоги, связанной с бессмысленностью, осознание их пациентами.

3. Исследование и доведение до сознания пациентов их системы убеждений, диапазона надежд и целей, попыток творчески себя выражать.

4. Помощь в осознании пациентами того, что каждая ситуация предоставляет возможность для актуализации ценностей, если не ценностей творчества и переживания, то ценностей отношения.

Личностные механизмы процесса смыслообразования (по С.Л. Маркову, 2013) [22] – представляют собой взаимосвязанную систему условий, свойств и состояний личности, а также последовательно развертывающихся усилий и операций, которые обеспечивает процесс усмотрения и порождения новых смыслов. Среди данных механизмов выделены следующие:

1. **Идеализация** – видение, поиск и раскрытие идеальной сущности объекта и мысленное конструирование его идеального образа.

2. **Децентрация** – процесс создания различных подходов к объекту, изменение своих установок и принятие во внимание различных точек зрения.

3. **Идентификация** – активное погружение и воплощение в объекты и их обстоятельства, слияния с ними, вживание в их внутренний мир и переживание эмоционального резонанса.

4. **Самоактуализация** – процесс наиболее полного раскрытия и развития потенциала личности, как продуктивная и целостная самореализация творческих возможностей.

5. **Проблематизация** – выявление и обострение ключевых противоречий объекта, процесс поиска и определения проблемы.

6. **Симплизация** – избавление от всего сложного, несущественного, запутанного, незначительного для достижения ясности формы.

7. **Медитация** – отстранение и чувственная изоляция от внешнего и внутреннего мира, бесстрастное и свежее восприятие их сущностей, связей, красоты и симметрии.

8. **Персонификация** – оживление и одухотворение объектов, наделение их свойствами субъекта, признание их независимости и права на саморазвитие.

Основными психотехниками при работе со смыслом у пациентов, перенесших ПЭП являются следующие:

1. Техника дерефлексии (по В. Франклу).

Для врача, работающего с проблемой ПЭП у больных шизофренией, очевидна чрезмерная поглощенность пациентов собой, фиксированность их на своем внутреннем мире, переживаниях и течении собственных психических процессов. Характерные для них самоанализ, самокопание и поиск причин тех или иных изменений, происходящих в их психической жизни, поддерживает в них внутреннее напряжение, тревогу и заслоняет от пациента значимость событий внешнего мира. Суть техники дерефлексии заключается в том, чтобы отвлечь пациента от собственного «Я», от своих мыслей, тревог и поиска источника проблем, переключив его на здоровые, сохраненные части собственной личности и на смыслы, доступные для него в мире. Переключение пациента с мыслей о болезни, психиатрической больнице, враче-психиатре, приеме лекарств, своих ощущениях и переживаниях на окружающий мир и возможность проявления себя в нем, самоактуализации, само-трансценденции, с созданием у пациента такой установки по отношению к его ситуации, в которой он будет сфокусирован на выявлении доступных для него смыслов.

Ниже приведен пример беседы В. Франкла с больной шизофренией девушкой, в которой он призывает пациентку сфокусироваться не на себе, а на поиске смысла вне своего «Я» [14]:

Франкл: Вы сейчас находитесь в таком состоянии, когда перед вами открыта перспектива реконструкции собственной жизни! Но человек не может реконструировать свою жизнь, не имея цели, не имея какой-то задачи перед собой.

Пациентка: Я понимаю, что вы имеете в виду, доктор, но меня больше всего интересует вопрос: что происходит во мне?

Франкл: Не размышляйте над собой. Не ищите в источник своего беспокойства. Предоставьте это нам, врачам. Мы проведем вас через кризис. Ну, разве вас не манит цель, скажем, художественного свершения? Разве нет в вас творческого брожения многих волнующих вещей — произведений искусства, не обретших еще формы, ненарисованных картин, ожидающих своего воплощения, — которые ждут, чтобы вы их создали? Подумайте об этом.

Пациентка: Но этот внутренний беспорядок...

Франкл: Не следите за своим внутренним беспорядком, а обратите взгляд на то, что вас ждет. Значение имеет не то, что таится в глубинах, а то, что ждет в будущем, ждет, чтобы вы

его актуализировали. Я знаю, вы переживаете нервный кризис, который вас беспокоит, но мы нальем масла на взволнованные воды. Это наша работа врачей. Предоставьте проблему психиатрам. В любом случае не следите за собой, не спрашивайте, что происходит в вас, спрашивайте лучше, какие вас ждут достижения.

Пациентка: Но в чем корень моего беспокойства?

Франкл: Не сосредоточивайтесь на подобных вопросах. Каким бы ни был патологический процесс, лежащий в основе вашего психологического недуга, мы вылечим вас. Поэтому не беспокойтесь о странных чувствах, преследующих вас. Не обращайтесь на них внимания, пока мы не заставим вас от них избавиться. Не следите за ними. Не боритесь с ними...».

Несмотря на то, что И. Ялом считает, что часто жизненно важно переключить внимание пациента с него самого на других людей и окружающий мир, он все же не до конца согласен с техникой В. Франкла, так как, по его мнению, вышеприведенный пример в некоторой степени «...подрывает личностный рост, так как блокирует путь к осознанию и принятию ответственности...», о чем свидетельствует фраза из беседы В. Франкла: «мы, врачи, проведем вас через кризис...», где врач берет на себя ответственность и полномочия, снимая их с пациента. И. Ялом предлагает обучать пациентов эмпатии, способности чувствовать что-то за других людей и вместе с ними, входить в их положение и переживания, заботиться о них, например, помочь новому члену терапевтической группы рассказать о себе и адаптироваться среди других членов группы.

2. Техника различения смысла (по В. Франклу)

основана на том, что для нахождения смысла своего прошлого и воссоздания смысла настоящего и будущего терапевт предлагает пациенту смысловую схему, основанную на классификации смыслов, где В. Франкл выделяет смыслы, связанные с творческими достижениями и смыслы, связанные со страданиями и переживаниями. Уловив смысловой рисунок жизни пациента, некий общий паттерн, этот смысл доводится до сознания пациента (например, один человек большую часть прожитой жизни «творил», изобретал, привносил нечто материальное или духовное в жизнь, а другой — служил другим людям, помогал им жить лучше, стойко переносил тяготы и страдания, которыми была полна его жизнь). После этого делается акцент на постоянстве прошлого, что означает, что те

творческие результаты или мужественные страдания, которые наполняли прошлое пациента, никогда не смогут исчезнуть, они будут вечными, так как прошлое человека постоянно и неизменно. Этот прием повышает степень осмысленности пациентами своей прожитой жизни и создает благоприятную почву для поиска смысла в будущей.

Однако как отмечает И. Ялом [3], данная техника несколько ограничивает выбор пациентами своего жизненного смысла, так как индивидуальный и неповторимый для каждого человека смысл своего существования «вынужден» укладываться в предлагаемую терапевтом смысловую схему, уже содержащую ограничения. С другой стороны, нет гарантий, что пациент способен будет обнаружить свойственный только для него смысл прожитого отрезка жизни, осознать смысл текущего момента и обрести его в будущем без целенаправленной помощи терапевта и разъяснения им возможных смыслов. Тем более что это не мешает пациенту продолжить самостоятельный поиск смыслов или же остановиться на предложенном терапевтом смысле, в чем и будет заключаться свободный выбор каждого человека [2]. Кроме того, пациент, который недавно пережил ПЭП, страдает от нарушения самоидентичности, целостности, психологического дистресса и возможных остаточных симптомов болезни, что затрудняет его самостоятельную работу по поиску смысловых содержаний своей жизнедеятельности и делает оправданным более активную роль терапевта в реабилитационном процессе.

3. Техника преодоления галактической перспективы (по И. Ялому). Способность человека к выходу за пределы «Я», к взгляду на себя со стороны, к самотрансценденции – одна из наиболее значимых и отличительных особенностей человеческой природы. С одной стороны, эта способность помогает решать сложные проблемы, отстраняясь от них, «возвышаясь над уровнем проблемы», как бы наблюдать за ситуацией со стороны, и видеть позиции всех действующих лиц, в том числе и свою. Это позволяет меньше эмоционально вовлекаться в ситуацию, более трезво мыслить, свободно и ответственно принимать решения. С другой стороны эта способность человека дистанцироваться от жизни приводит к тому, что вещи теряют для человека значение, что может служить мощным источником бессмысленности. Этот своего рода «отход от жизни» философы называют «галактическим взглядом» [23] или «взглядом из центра туман-

ности» [24]. При таком галактическом взгляде на вещи, человек воспринимается, как отдельная форма жизни, среди множества других, весь мир теряет значение, и жизнедеятельность отдельно взятого человека с его целями, стремлениями, желаниями лишается смысла. Жизнь теряет vitalность и смысл, кажется абсурдной [24], а от поставленных человеком целей через мгновение, с галактической точки зрения, все равно не останется и следа [25]. В этом заключается вредность галактической перспективы. Т. Nagel [24] утверждает, что взгляд «из туманности» представляет собой одну из наших самых прогрессивных, драгоценных и интересных способностей, и она не доставляет нам страданий до тех пор, пока мы сами не делаем ее источником страданий. В то же время отсутствие значимости вещей и потеря целей, ценностей и смыслов доставляет немалые страдания человеку, порождая мысль о безразличии выбора жизни или смерти.

Перенесенный пациентами ПЭП обостряет многие экзистенциальные аспекты, вырабатывает особое отношение к смерти, изоляции, делает необходимым переоценку ценностно-смысловой системы. Жизнь человека с диагнозом психического расстройства, необходимость длительного приема медикаментов и социальная стигма, вносят изменения и ограничения в жизнь пациента, что предусматривает необходимость переоценки им дальнейших ориентиров для жизнедеятельности, выработку соответствующих поведенческих паттернов и обретение «новых» смыслов в жизни. Напряженность механизмов психологической защиты, которая имеет место у пациентов в период психоза и после него, и которая направлена на снижение уровня тревоги и максимальную дезактуализацию психотраминирующего влияния негативных последствий болезни, приводит к адаптации организма к сложившимся условиям двумя путями: чрезмерной фиксированности на своем «Я» с игнорированием того, что находится вне «Я», или же взгляду на окружающее и на самого себя как бы со стороны, с элементом отрешенности, что во многом напоминает галактический взгляд на мир. Невозможность в первое после психоза время восстановить целостность своего «Я» и самоидентичность, а также интегрировать в привычные условия жизни свою целостную личность, но с привнесенными болезнью изменениями и следующими вслед за этим социальными ограничениями, приводит к крайним вариантам функционирования – только внутри свое-

го «Я», или же, только со стороны некоего наблюдателя. Видимое «отсутствие значимости» у пациентов многих вещей далеко не является свидетельством реального отсутствия значения для пациентов их прошлой, настоящей жизни и их будущего. По мнению К. Vach (1973) [26] проявление галактического взгляда разрушает смысл многих вещей и деятельности, но не является абсолютным. Хотя галактическая перспектива делает бессмысленным для человека все в прошлом, настоящем и будущем, она чередуется с периодами иного видения вещей, когда события и стремления воспринимаются, как значимые. Тогда человек начинает сетовать на жизнь, впадает в отчаяние по поводу нереализованных целей и неосуществимых перспектив. Помощь психотерапевта в данной ситуации заключается в глубоком поиске того, что для человека продолжает оставаться важным, что его продолжает беспокоить. Это может быть ощущение того, что человек не успел в своем прошлом завершить задуманное, а теперь болезнь оборвала все планы, или ощущение того, что прожитая жизнь была бесполезной, зря потраченной, так как ее смысл теперь не согласуется с новой смысловой схемой, или же ощущение своей бесполезности в будущем, которое теперь бессмысленно. С точки зрения И. Ялома, терапевт должен помочь пациенту понять, что его нынешние сомнения (или принятие новой смысловой схемы) не уничтожают реальность прошлых значимостей, что тот смысл, который ранее был в жизни, потраченные силы, пережитые страдания и то добро, которое было сделано, никто не сможет отменить, перечеркнуть и лишит смысла. D. Nune (1963) [27] и многие другие философы считают, что самым эффективным терапевтическим средством против бессмысленности является *вовлеченность в жизнь*. Ощущение осмысленности — побочный продукт вовлеченности. «Вовлеченность — это терапевтический ответ на бессмысленность вне зависимости от источника последней. Вовлеченность всем сердцем в любое из бесконечного множества жизненных действий (обрести дом, заботиться о других людях, идеях и проектах, искать, творить, строить) не только устраняет вредное влияние галактической точки зрения, но и увеличивает у человека шансы соединить события своей жизни в какой-либо целостный паттерн» [3]. Автор считает, что терапевтические действия должны быть направлены на устранение препятствий на пути пациента к любви, заботе, творчеству, удовлетворению, самоактуализации, са-

мотрансценденции.

Подводя итог психотерапевтической работы с бессмысленностью, И. Ялом отмечает, что на первых этапах работы необходимо отграничить «чистую бессмысленность» от того, что может под ее маской скрываться (тревогу, депрессию, дисфорию, связанных со смертью, свободой, изоляцией), и «только потом работать с бессмысленностью, особенно когда она возникает из-за принятия отстраненной галактической перспективы; лучше всего работать косвенно, через вовлеченность, которая лишает галактическую перспективу ее действия» [3].

4. Техника преодоления смыслоутраты путем осознания конечности жизни включает осознание пациентами того факта, что именно временный характер жизни придает ей смысл. Если бы жизнь была бесконечной, можно было бы отложить дела на потом, отсутствовала бы потребность в действиях, в выборе или принятии решений, не было бы никакой ответственности.

Пациенту предлагается вообразить, что он пересматривает собственную жизнь на закате дней и подходит к «главе», посвященной настоящему этапу своей жизни. Пациенту дается свобода поразмыслить над тем, что на этом отрезке жизни он может сделать, чем заняться, как реализовать себя и решить, каким будет содержание следующей «главы». Эта техника позволяет пациенту возвыситься над ситуацией, дистанцироваться от нее, посмотреть на свою жизнь со стороны, что дает ему возможность более рационально мыслить.

Правильное понимание пациентами смысла психиатрического опыта позволяет его использовать в будущей жизни, возвращает пациентам уверенность в своих силах, способствует переоценке ценностей, тем самым повышая уровень духовности. Поэтому в процессе терапии важно помочь человеку увидеть и научить его использовать свою болезнь и опыт столкновения с «психиатрией», как возможность для дальнейшего личностного роста. Основными **психотехниками при работе со смыслом опыта психоза являются следующие:**

1. Техника идентификации тревоги заключается в том, что пациент в присутствии терапевта и группы проговаривает (а терапевт записывает) все свои опасения и возможные последствия, связанные с ситуацией столкновения с психиатрическими службами, своими знаниями о заболевании, симптомах и лечении, страхи, относительно будущего и своих жизненных пер-

спектив. Пациенту предлагается начинать свою речь словами: «Я боюсь, что...», «Я опасюсь, что...», «А вдруг...», «Что, если...». Это позволяет терапевту выявлять маркеры тревоги, связанной с опытом психоза, у каждого конкретного пациента, а также искать отклик у других участников группы.

Схожесть тревожных опасений у членов группы выполняет ряд терапевтических *функций*: осознание того, что «ты такой не один»; получение эмоциональной поддержки и принятия своих переживаний терапевтом и участниками группы; общность проблематики укрепляет доверительные отношения в группе и способствует самораскрытию; видение чужой точки зрения и получение советов от других участников группы, переживших подобный опыт, устраняет ощущение «безысходности» и «тупика», дает надежду и придает силы; удовлетворение потребностей принадлежности к группе, ощущение себя частью целого, осознание ценности своего «Я» и осознание участия в значимой деятельности; развитие групповой динамики.

2) Техника уменьшения сенситивности к ситуации психиатрического опыта заключается в составлении перечня вопросов, касающихся ситуации психиатрического опыта, и предоставления этих вопросов группе пациентов. Например, «какие мысли и чувства вы испытывали, находясь в «остром» психиатрическом отделении?», «что, на ваш взгляд, было несправедливым по отношению к вам и другим пациентам в отделении?», «что вы думаете относительно фиксации, изоляции больных и ограничительного режима в отделении, и как вы это перенесли?», «что вам известно относительно метода электросудорожной терапии?», «кто из пациентов отделения вам больше всего запомнился? Какова его история?», «расскажите свою историю, связанную с госпитализацией». Каждый вопрос представляет собой типичную внутреннюю конфликтную ситуацию для пациентов, что вызывает у них переживание дистресса при прочтении и заполнении анкеты. В связи с этим, по решению терапевта, вопросы анкеты можно предлагать не все сразу, а по отдельности. При этом в зависимости от групповой динамики и эмоционального самочувствия участников группы, на одной сессии можно обсуждать один, два или три вопроса из анкеты. Участников группы просят заполнить анкету (или выданный отдельно на листе вопрос) и дать на него полный, детальный ответ. После окончания работы последнего пациента, каждый участник по очереди

зачитывает свой ответ на вопрос. При этом сначала обсуждаются ответы на вопрос №1, только затем группа переходит к вопросу №2. После прочтения ответов на вопрос №1, группа обсуждает их, корректирует, каждый пациент в праве высказывать свою точку зрения и может свободно делиться своим опытом. Обсуждение и осознание каждой детали кризисной ситуации, вызывавшей у большей части участников негативные эмоциональные переживания, тревогу, включение защитных механизмов, заставляют пациентов многократно совместно повторно эмоционально проживать данные ситуации в уменьшенных дозах, что заметно снижает уровень тревоги.

3) Техника обгона заключается в том, что терапевт предлагает участникам группы пофантазировать на тему своего будущего, связанного с вероятным риском столкновения с психиатрическими службами, где затрагиваются болезненные для пациентов вопросы. От пациентов требуется описать в устном или письменном виде, как они представляют себе подобную ситуацию, подумать над тем, какие причины могут способствовать появлению подобной ситуации, какими они видят себя и свое поведение в связи с этим, какие мысли и эмоции они будут испытывать. То есть, участникам группы предлагается представить и прожить самые опасные повороты событий, которых они опасаются, будучи при этом в атмосфере поддержки и принятия группой и терапевтом, а затем проанализировать совместно с группой способы недопущения подобных событий или наиболее конструктивные пути решения уже наступившего события. В случае возникающего у пациента сопротивления, вызванного тревогой даже малейшего представления наступления кризисной ситуации в своей будущей жизни, терапевт меняет ракурс вопроса таким образом, чтобы пациенту приходилось говорить не о себе, а о некоем другом человеке, с которым может произойти такая же ситуация. При постановке вопроса терапевт направляет беседу в нужном русле, задает дополнительные уточняющие вопросы, заставляющие пациента больше открыть свои мысли и чувства. Примеры вопросов: «Если бы вам пришлось в будущем вновь быть госпитализированным в психиатрическое отделение, как бы вы прошли данное испытание?». При этом дополнительные вопросы могут звучать: «Что бы вы чувствовали в это время?», «О чем бы вы думали во время госпитализации и в отделении?», «Как бы вы вели себя в такой ситуации?», «Каковы, на ваш

взгляд, причины вашей возможной госпитализации в будущем?», «Что, вы думаете, нужно сделать, чтобы не попадать больше в психиатрическую больницу?». Пример обратного вопроса: «Какие чувства, на ваш взгляд, испытывает человек, повторно госпитализированный в психиатрический стационар?», «Посоветуйте ему, как себя вести и как бороться с тревогой?», «Что бы вы посоветовали ему, чтобы это больше не повторялось?»

Данная техника предвосхищает те события, которые вызывали панику, дистресс или отрицание у пациента, заставляли его прожить эту опасную для него ситуацию виртуально, представить все возможные сложности и пути их профилактики или преодоления, заручившись при этом поддержкой группы и выслушав чужое мнение. Доведя ситуацию мысленно до самой крайней «точки опасности», и увидев, что в любом случае находится выход, страх перед подобной ситуацией снижается, и уменьшается степень ее актуальности в сознании больного.

Тематика для техники обгона выбирается са-

мым больным или терапевтом индивидуально. Затрагиваются общие для многих проблемные темы трудоустройства, профессионального роста и достижений, сохранения семьи, рождения детей, сексуальной сферы жизни, автономности в принятии решений, проблемы самореализации, контроля своей болезни и совладания с симптомами, проблемы длительного приема медикаментов и нахождения на диспансерном учете.

Таким образом, проведенный литературный обзор доказывает важность наличия смысла для жизни и деятельности любого человека, в том числе и пациентов с ПЭП. Ощущение бессмысленности дальнейшего существования и деятельности по причине наличия психиатрического диагноза, стигматизации и социальных ограничений, привнесенных болезнью, открыто встает перед пациентами, перенесшими ПЭП. Предложенные психотерапевтические техники позволяют работать с утратой смысла жизни после перенесенной болезни у пациентов с ПЭП и наполнять их жизнь новыми смыслами.

О.І. Осокіна

ФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА РОБОТА ІЗ СЕНСОМ ТА СЕНСОВТРАТОЮ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРШИЙ ЕПІЗОД ПСИХОЗУ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

В даній статті розглядаються філософські та медико-психологічні основи сенсу існування людини, які торкаються проблеми першого епізоду психозу у пацієнтів з шизофренією. За допомогою проведення феноменологічного аналізу був досліджений феномен втрати сенсу у даного контингенту хворих, представлені механізми сенсоутворення. Запропоновано основні напрямки реабілітаційної роботи, описані психотерапевтичні техніки роботи з сенсом життя і сенсом досвіду психозу у пацієнтів, які перенесли перший епізод психозу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 1 (33). — С. 78-88).

О.І. Osokina

PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS AND PSYCHOTHERAPEUTIC WORK WITH MEANING AND MEANINGLESSNESS IN PATIENTS WITH THE FIRST EPISODE OF PSYCHOSIS

M. Gorky Donetsk national medical university

This article focuses on the philosophical and medical-psychological foundations of human existence of meaning attached to the issue of a first episode of psychosis in patients with schizophrenia. Using the phenomenological analysis there was investigated the phenomenon of meaninglessness in this group of patients and presented the mechanisms of meaning formation. There was described the main directions of rehabilitation work and psychotherapeutic techniques of work with a meaning of life and the meaning of the experience of psychosis in patients after the first episode of psychosis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 78-88).

Литература

1. Леонтьев А. Н. Философия психологии: из научного наследия / Под ред. А. А. Леонтьева, Д. А. Леонтьева / А. Н. Леонтьев. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1994. — 287 с.
2. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е, испр. изд. / Д. А. Леонтьев — М.: Смысл, 2003. — 487 с.
3. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Москва: «Класс», 1999. — 576 с.
4. Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии / Э. Гуссерль. — М.: Академический Проект, 2009. — 489 с.
5. Хайдеггер М. Бытие и время. Москва: «Ad Marginem», 1997. — 466 с.

6. 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.
7. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. / К. Ясперс — М., 1997. — 1056 с.
8. Сартр Ж. П. Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии / Пер. с фр., предисл., примеч. В. И. Колядко. - М.: Республика, 2000. - 639 с.
9. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. Ч. III. Глава 3. Свобода // От Я к Другому: Сб. переводов по проблемам интерсубъективности, коммуникации, диалога / Ред.-сост.

- Т.В.Щитцова / М. Мерло-Понти. – Минск: Менск, 1997. – С. 173 – 199.
10. Леонтьев Д. А. Лабиринт идентичностей: не человек для идентичности, а идентичность для человека / Д. А. Леонтьев // М.: Философские науки, 2009. - №10. – С. 5 – 10.
11. Тиллих П. Избранное. Теология культуры. М.: Юрист, 1995. 380 с.
12. Франкл В. Человек в поисках смысла. Москва: «Прогресс», 1990. – 196 с.
13. Maddi S.R., Khosha D.M., Persico M., Lu J., Harvey R., Bleecker F. The Personality Construct of Hardiness / *Journal of Research in Personality*, 2002, 36, p. 72-85.
14. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия: Учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.
15. Бахтин М. М. Философская эстетика 1920-х годов / М. М. Бахтин. - М.: Русские словари; Языки славянских культур, 2003. - 957 с.
16. Шпрангер Э. Два вида психологии / Э. Шпрангер // История психологии периода открытого кризиса (начало 10-х – середина 30-х годов XX в.): тексты. – 2-е изд., доп. / под ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан. – М.: Изд-во МГУ, 1992. – С. 347-362.
17. Durant W. *The Mansions of Philosophy: A Survey of Human Life and Destiny* / W. Durant. - New York: Simon and Schuster, 1929. – 397 p.
18. Erikson E. *Childhood and Society* / E. Erikson // New York: W. W. Norton, 1963. – P. 247 – 274.
19. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова / Под. ред. Б. С. Братуся, Е. Е. Соколовой / Д. А. Леонтьев – М.: Смысл, 2006. – С. 85 – 105.
20. Шохин В. К. Ценности / В. К. Шохин // *Этика: Энциклопедический словарь*. - М. : Гардарики, 2001. – С. 535 – 536.
21. Абушенко В. Л. Ценность / В. Л. Абушенко // *Всемирная энциклопедия: Философия*. - М. : АСТ, Мн. : Харвест, Современный литератор, 2001. – С. 1200.
22. Марков С. Л. Особистісні механізми смислотворчості / С. Л. Марков // *Правничий вісник Університету «КРОК»* – 2013. - Вип.16.-С.265-274
23. Føllesdal D. Hermeneutics and the Hypothetico-Deductive Method / D. Føllesdal // *Dialectica*. – 1979. – Vol. 33 (3-4). – P. 319 – 336.
24. Nagel T. *Mortal Questions* / T. Nagel // London: Cambridge University Press, 1979. – 21 p.
25. Schopenhauer A. cited in *The Encyclopedia of Philosophy*, vol. IV, ed. P. Edwards, et al. (New York: Macmillan, 1967), p. 468.
26. Bach K. *Exit-Existentialism* / K. Bach // Belmont, Calif.: Wadsworth, 1973. – 7 p.
27. Hume D. cited in A. Flew «Tolstoi and the Meaning of Life» / *Ethics*. – 1963. – Vol. 73. – P. 110 – 118.

Поступила в редакцию 18.01.2014