

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ
И САООТНОШЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ
ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ**

Л.Н. Юрьева, Н.А. Демура, Н.Е. Коломоец, Н.Г. Кушнир

*Днепропетровская медицинская академия,
Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением,
Днепропетровск, Украина*

В процессе проведения принудительного лечения оценка психического состояния традиционным клинико-психопатологическим методом, несмотря на его большую значимость, бывает затруднена в силу того, что у этой категории больных особенно отчетливо выражено сочетание проявления болезненного процесса с компенсаторными и защитными механизмами личности. Динамика формирования и становления психопатологических проявлений также неразрывно связана со всем личностным опытом больного, преломляющимся через его индивидуальные особенности [15].

Изучение Я-концепции личности больного очень важно, так как представление о себе, образ "Я" является итоговой характеристикой работы личности в познании самой себя, в отношении к себе и своему месту в жизни на каждом этапе развития личности.

При шизофрении ведущим компонентом патопсихологического синдрома являются нарушения потребностно-мотивационных характеристик регуляции психической деятельности и поведения. Нарушение этого ведущего компонента проявляется в снижении социальной направленности личности, что является основным интегративным, смыслообразующим качеством личности, ее ядром [5].

Изменяя психическую деятельность человека, болезнь при определенных условиях приводит к изменению личностного компонента. Происходит формирование новых мотивов, изменяются соотношения потребностей, мотивов, их содержание и

иерархия, переживания. Обращаясь к изучению и исследованию нарушений личности, вызванных психическими заболеваниями, мы опирались на предположение Б.В. Зейгарник [2] и ее учеников (Вайнрух Ф.А., Назаров И.Н., Коченов М.М., Николаева В.В.) о том, что общие, принципиальные закономерности психической деятельности и здоровых, и больных людей едины, что и создает основу для сравнения особенностей их личности и поведения.

Недостаточная разработанность проблемы нарушений личностного компонента и мотивации, побудительной и смыслообразующей функций мотива, саморегуляции и критичности больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, а также нужды практики обусловили выбор темы нашего исследования.

Целью нашей работы стало исследование смысложизненных ориентаций, самоотношения и уровня притязаний больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния.

Материалы и методы исследования. Методологической основой нашего исследования стали теоретические положения, раскрывающие психологические аспекты самосознания личности (структурная модель самости И.С. Кона [4]; самосознание как психический процесс согласно теории И.И. Чесноковой [13]; теория диспозиционной регуляции поведения В.О. Ядова [16]; концепция уровневой структуры самосознания В.В. Столина [10]; трёхуровневая структура индивидуальности Б.Г. Ананьева как целостное образование с определенной организацией свойств [1]). Согласно этим идеям мы придерживаемся мысли о том, что самосознание – это прежде всего процесс, с помощью которого человек познает себя и относится к самому себе. Но самосознание характеризуется также своим продуктом – представлением о себе – "Я-образом" или "Я-концепцией". Система ценностных ориентаций, образующаяся в процессе социализации, выступает в роли центрального звена сознания личности, как отношение личности к миру самой себя. Эта система является внутренним фактором, определяющим основу для выбора целей и средств деятельности, а также направленность этой деятельности.

Е.А. Козерацкая, исследуя нарушения самосознания больных шизофренией в условиях судебно-психиатрической экспертизы, выделяет три компонента самосознания: эмоциональный, когнитивный, регулятивный и подчеркивает, что каждый компонент самосознания вносит свой вклад в интегративную функцию критичности [3].

Обобщая взгляды предыдущих исследователей, мы выяснили, что в структуру самосознания входят: самопознание (самовосприятие, самоанализ, самонаблюдение, самоосмысление и самоотношение); эмоционально-ценностное отношение к себе, возникающее на основе переживаний в рациональные моменты самосознания; саморегуляция поведения, необходимым внутренним условием которой выступает самооценка [13].

Для достижения цели мы провели эмпирическое исследование, в котором приняли участие 120 лиц, объединенных в группы испытуемых по половому признаку и признаку психического здоровья. Обследуемые были объединены в 2 группы (по 30 лиц) мужчин и женщин, больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, и 2 контрольные группы (по 30 лиц) мужчин и женщин, психически здоровых. Возраст исследуемых составил от 20 до 55 лет, образование – 9 классов, среднее, среднеспециальное, высшее. Продолжительность заболевания составила от 2 до 15 лет. Больные шизофренией совершили общественно опасные деяния (согласно Уголовному кодексу Украины): по ст. 115 (умышленное убийство) – 28 женщин и 16 мужчин; по ст. 121 (умышленное тяжкое телесное повреждение) – 2 женщины и 9 мужчин; по ст. 122 (умышленное средней тяжести телесное повреждение) – 3 мужчины; по ст. 345 (угроза или насилие в отношении работника правоохранительного органа) – 2 мужчины.

Для исследования мы воспользовались тестом смысло-жизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева [8], методикой исследования самоотношения (МИС) С.Р. Панталева-В.В. Стоина [11] и методикой "Моторная проба" Й. Шварцландера.

"Моторная проба" Й. Шварцландера определяет уровень притязаний на основе подсчитывания среднего значения целевого отклонения (ЦО). Уровень притязаний является важным структурообразующим компонентом личности. Это довольно

стабильное индивидуальное качество человека, характеризующее, во-первых, уровень сложности задач, избираемых человеком; во-вторых, выбор субъектом цели очередного действия в зависимости от переживания успеха или неудач в предыдущих действиях; в-третьих, желательный уровень самооценки личности. Исследование позволяет определить уровень и адекватность притязаний. Уровень притязаний связан с процессом целеполагания и является степенью локализации цели и возможностей человека.

Результаты и их обсуждение. Понятие "жизненное самоопределение" исследовали Д.А. Леонтьев [7], А. Маслоу [9], В. Франкл [14] и др. Теоретическое обоснование и исследовательское изучение самоотношения среди отечественных авторов мы находим в работах И.И. Чесноковой [13], В.В. Столина [10], С.Р. Пантилеева [10]. Они интерпретируют самоотношение как структурный компонент акта самосознания (Чеснокова И.И.); как переживание, относительно стойкое чувство, пронизывающее самовосприятие и "Я-образ" (Столин В.В.); как обобщенное чувство субъекта в адрес собственного "Я" (Пантилеев С.Р.). Основой самоотношения становится потребность в самоактуализации; собственное "Я", собственные черты и качества оцениваются по отношению к мотивам, отражающим потребность в самореализации, и рассматриваются как её условие. Поддержка стабильного самоотношения обеспечивает возможность постоянной стратегии в становлении к самому себе, выражающейся как во внешней, социально-предметной деятельности, так и во внутриличностной активности.

Уровень притязаний исследовали разные авторы. В исследованиях А.Б. Холмогоровой (1983) [12] изучались особенности уровня притязаний больных шизофренией в зависимости от ведущего синдрома заболевания (неврозоподобный, психопатоподобный, параноидный). Динамика уровня притязаний у больных шизофренией была детально изучена в исследовании Н.С. Курека (1982). Автор раскрывает связь динамики уровня притязаний со снижением активности у больных и ростом шизофреничного дефекта [6].

Проведенное нами исследование показало, что в методике смысловых жизненных ориентаций (СЖО) как общие показатели

осмысленности жизни, так и результаты по шкалам (1 – цели в жизни; 2 – процесс жизни, эмоциональная насыщенность; 3 – результативность жизни и удовлетворенность самореализацией; 4 – локус контроля "Я"; 5 – локус контроля – жизнь) при сравнении между собой двух групп обследуемых женщин (психически здоровых и больных шизофренией) и мужчин (психически здоровых и больных шизофренией) выявили значащие различия по t-критерию Стьюдента (табл. 1, рис. 1-3).

Таблица 1
 Результаты исследования СЖО психически больных и психически здоровых женщин и мужчин по t-критерию Стьюдента

Шкалы СЖО	t-критерий Стьюдента	
	Женщины	Мужчины
Шкала 1 – Цели в жизни	6,4294	5,0882
Шкала 2 – Процесс жизни	5,1266	3,4455
Шкала 3 – Результативность жизни	6,9707	5,3676
Шкала 4 – Локус контроля "Я"	4,2484	4,2549
Шкала 5 – Локус контроля – жизнь	6,0286	3,5311
Общий показатель осмысленности жизни	5,4899	5,5817

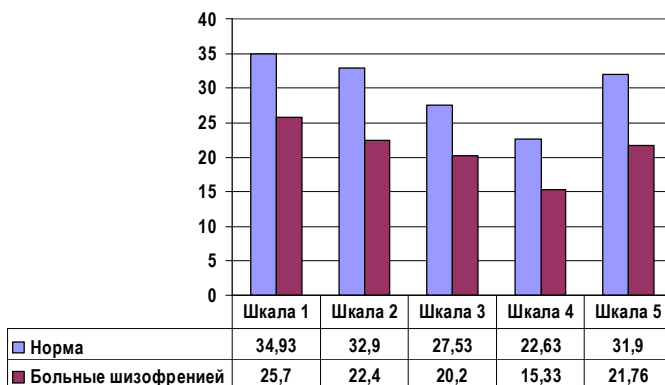


Рис. 1. Средние показатели основных шкал СЖО у женщин

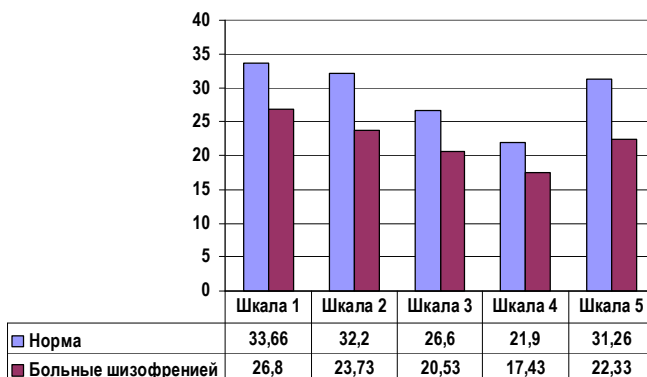


Рис. 2. Средние показатели основных шкал СЖО у мужчин

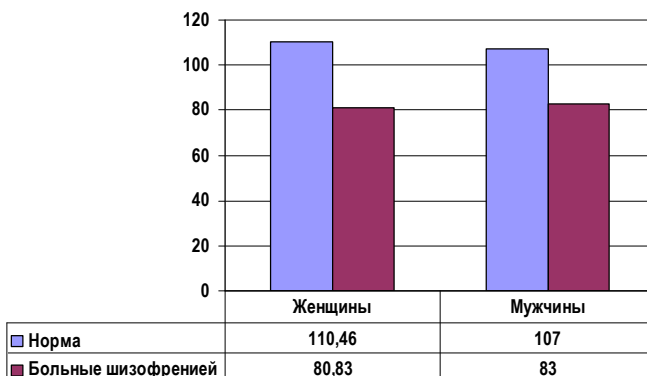


Рис. 3. Средние показатели шкалы общего показателя осмысленности жизни (ОПОЖ) у мужчин и женщин в сравниваемых группах

Эти результаты нашего исследования совпадают с результатами исследования Дж. Крамбо (1968), который с целью валидации теста "Цель в жизни" обследовал 6 клинических групп (больные с невротическими и психотическими нарушениями и госпитализированные больные шизофренией). Результаты исследования Дж. Крамбо выявили в целом высокозначимые различия между "нормальными" и клиническими подвыборками. Среди клинических групп наиболее высокие результаты выявились у больных шизофренией.

Полученные результаты по методике исследования самооотношения (МИС) у различных групп обследуемых представлены в таблице 2.

Таблица 2
Сравнительные результаты исследования самооотношения (МИС) психически больных и психически здоровых

Шкалы МИС	Психически здоровые		Больные шизофренией	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Шкала 1 Открытость	7,16	6,56	6,5	7,23
Шкала 2 Самоуверенность	7,16	6,76	6,03	5,9
Шкала 3 Саморуководство	7,5	6,83	6,7	6,9
Шкала 4 Отраженное самоотношение	6,63	7	6,26	6,6
Шкала 5 Самоценность	7,83	6,23	6,66	6,23
Шкала 6 Самопринятие	7,8	6,4	7	7
Шкала 7 Самопривязанность	7,63	8,6	6,8	6,56
Шкала 8 Внутренняя конфликтность	6,5	4,53	6,66	6,1
Шкала 9 Самообвинение	3,86	4,86	6,46	5,66

У женщин показатели по t-критерию Стьюдента выявили наличие статистически значащих различий по шкалам 2 (самоуверенность) – 3,7874; 4 (отраженное самоотношение) – 4,8167; 5 (самоценность) – 2,5529; 8 (внутренняя конфликтность) – 6,2586 и 9 (самообвинение) – 7,1764. У мужчин показатель t-критерия Стьюдента выявил наличие статистически значащего различия по шкале 8 (внутренняя конфликтность) – 3,8486 (рис. 4, 5).

Среди изученной нами литературы мы не нашли других исследований, в которых изучались бы проблемы самооотношения среди больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния.

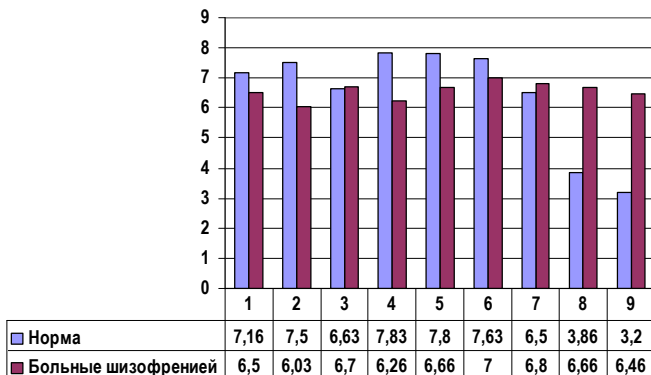


Рис. 4. Средние показатели шкал МИС у женщин

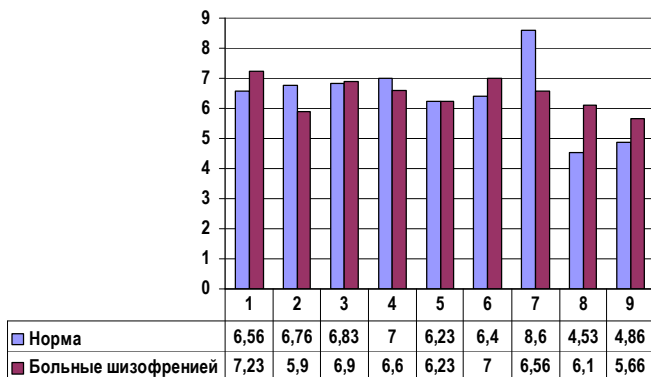


Рис. 5. Средние показатели шкал МИС у мужчин

Полученные результаты по методике "Моторная проба" Шварцландера выявили, что у женщин, психически здоровых и больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, средний показатель целевого отклонения в группе психически здоровых женщин намного выше. Показатель t-критерия Стьюдента выявил наличие статистически значащих

различий – 4,0914. Полученные результаты свидетельствуют о том, что уровень притязаний у психически здоровых женщин преимущественно средний и низкий, а у женщин, больных шизофренией, – преимущественно низкий и нереально низкий; у мужчин, психически здоровых и больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, средний показатель целевого отклонения значительно выше, чем у психически здоровых мужчин (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительные результаты уровня притязаний психически больных и психически здоровых

Уровень притязаний	Психически здоровые		Больные шизофренией	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Высокий	1	–	3	–
Средний	13	14	1	3
Низкий	15	12	19	17
Нереально низкий	1	4	7	10

Как видно в таблице 3, у психически здоровых мужчин уровень притязаний преимущественно средний и низкий, а у мужчин, больных шизофренией, – преимущественно низкий и нереально низкий (рис. 6).

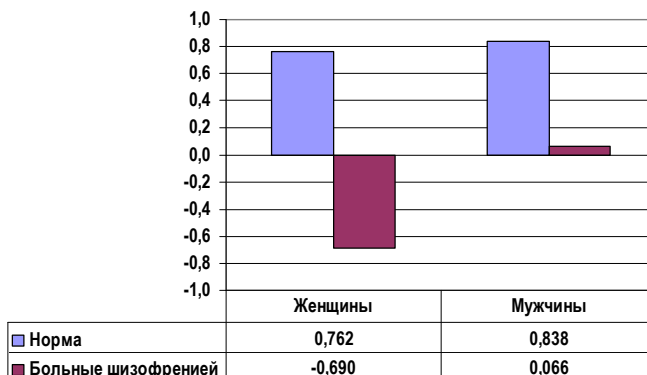


Рис. 6. Результаты выполнения моторной пробы мужчинами и женщинами сравниваемых групп

У больных шизофренией практически не было выявлено зависимости выбора цели задания от успешного или неуспешного предыдущего решения. Эти результаты нашего исследования совпадают с результатами исследования Б.И. Бежанишвили (1967), который показал, что у этой категории испытуемых уровень притязаний не формировался вообще, не выявлялась и адекватная самооценка своих возможностей. Неадекватность уровня притязаний способна привести к дезадаптивному поведению, к неэффективности любой деятельности, к трудностям в межличностных отношениях. Снижение уровня притязаний, которое развивается вследствие дефицита социально значащего успеха, может выявить понижение мотивации, неуверенность и глобальную боязнь трудностей.

Выводы:

1. Исследование смысложизненных ориентаций у больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, выявило общий низкий уровень осмысленности жизни данной категории испытуемых и значительное снижение у них мотивации к поискам смысложизненных целей.

2. Исследование самоотношения у больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, выявило значительное нарушение у них опосредованности (саморегулирования) и критичности (как одного из аспектов самосознания), о чем свидетельствуют низкие показатели по шкалам самоуверенности, отраженного самоотношения, самооценности, самопринятия, самопривязанности. В то же время у данной категории испытуемых выявлено повышение показателей по шкалам внутренней конфликтности и самообвинения при сравнении с психически здоровыми лицами.

3. Исследование уровня притязаний у больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, выявило у них значительное снижение уровня притязаний (у психически больных он преимущественно низкий и нереально низкий по сравнению с психически здоровыми людьми). У больных шизофренией практически не было выявлено зависимости выбора цели задания от успешного или неуспешного предыдущего решения.

4. Статистическая обработка результатов исследования по t-критерию Стьюдента свидетельствует о том, что показатели смысловых ориентаций, самооценки и уровня притязаний больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, в целом имеют значительно большие различия у психически больных женщин в сравнении с психически больными мужчинами, что, на наш взгляд, является интересной тенденцией и нуждается в дальнейшей проверке.

5. Полученные результаты могут быть применены для создания программ индивидуальной и групповой психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными шизофренией, совершившими общественно опасные деяния, в условиях принудительной изоляции и явиться основанием для прогнозирования процесса ресоциализации этих больных.

Литература

1. *Ананьев Б.Г.* Человек как предмет познания. Л., 1968. 338 с.
2. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология: учеб. пособие для вузов. 2-е изд. пер. и доп. М., МГУ, 1986. 288 с.
3. *Козерацкая Е.А.* Исследование нарушения самосознания у больных шизофренией в условиях судебно-психиатрической экспертизы // Журн. психиатрии и мед. психол. 1999. № 2 (6). С. 46-49.
4. *Кон И.С.* В поисках себя: личность и её самосознание. М.: Политиздат, 1984. 335 с.
5. *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
6. *Курек Н.С.* Исследование снижения психической активности у больных шизофренией на материале процессов целеобразования и целедостижения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1982.
7. *Леонтьев Д.А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 1999. 487 с.
8. *Леонтьев Д.А.* Тест смысловых ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 2000. 18 с.
9. *Маслоу А.* Психология бытия. М., 1997.
10. *Общая психодиагностика* / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. 304 с.

11. *Пантилеев С.Р., Столин В.В.* Методика исследования самоотношения // Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методы. М., 1989. С. 166-172.
12. *Холмогорова А.Б.* Нарушение рефлексивной регуляции познавательной деятельности у больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1983.
13. *Чеснокова И.И.* Проблема самосознания в психологии. М.: Наука, 1977. 144 с.
14. *Франкл В.* Людина в пошуках граничного сенсу // Гуманістична психологія: в 3 т. Т. 1. Гуманістичні підходи в західній психології 20 ст. Київ, 2001.
15. *Юрьева Л.Н.* Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния. Київ, Український НДІ соціальної та судової психіатрії (російською мовою), 1996. 146 с.
16. *Ядов В.А.* О диспозиционной регуляции социального поведения личности // Социальная психология: хрестоматія: учеб. пос. для студ. вузов / Сост. Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. М.: Аспект Пресс, 1999. С. 416-432.