

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

FEATURES OF EXPERIENCING LONELINESS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

**A. Konovalova
A. Kartashev**

Summary. In this paper we present a quantitative analysis of associations between severity of depression, types of attitude towards the disease and types of loneliness. 40 subjects who were diagnosed with different forms of schizophrenia at the time of research participated in this study. Participants in the study were asked to respond to three instruments: Beck Depression Inventory (BDI); diagnostic questionnaire «Loneliness»; «Type of attitude to the disease» (TOBOL). Prevailing types of attitude to the disease (ergopathic) and loneliness (dissociated, alienating) were discovered. The analysis of associations between said variables allowed to discover groups of types of attitude towards the disease, correlating with severity of depression and loneliness state positively and negatively.

Keywords: schizophrenia; loneliness; type of attitude to the disease; depression.

Коновалова Анастасия Вадимовна
Преподаватель, Институт психологии
им. Л. С. Выготского РГГУ, Москва
konanavad@gmail.com
Карташев Андрей Александрович
РГГУ, Москва
andrewkartashev@mail.ru

Аннотация. В статье представлен количественный анализ взаимосвязей между выраженностью депрессивного состояния, типами отношения к болезни и видами одиночества у больных шизофренией. Выборку составили 40 испытуемых у которых на момент обследования была диагностирована шизофрения в различных ее формах. Использовались следующие методики: шкала депрессии Бека, диагностический опросник «Одиночество» С. Г. Корчагиной и методика «Тип отношения к болезни» Вассермана и соавт. Были выявлены преобладающий тип отношения к болезни и виды одиночества. Анализ взаимосвязей между указанными переменными позволил обнаружить группы типов отношения к болезни, положительно и отрицательно коррелирующих с выраженностью депрессивного состояния и состояния одиночества.

Ключевые слова: шизофрения, одиночество, тип отношения к болезни, депрессия.

Вследствие нарастания негативной симптоматики — апатии, эмоционального уплощения, нарушений мотивационно-личностной сферы страдает и социальное взаимодействие у больных шизофренией [4]. Нередко пациенты оказываются в ситуации отшельничества как по собственной инициативе, так и по причине наличия различных поведенческих нарушений, не позволяющих установить доверительные отношения со стороны окружающих. Кроме того, как указывается во многих источниках, одиночество далеко не всегда зависит от наличия людей в окружении — человек может переживать или не переживать одиночество независимо от количества социальных контактов. [3] Актуальность данного исследования заключается в необходимости установить, какое влияние оказывает предполагаемое переживание одиночества на способность больного совладать с трудностями, аффективную сферу, на отношение к болезни. Так как переживание одиночества должно быть присущим пациентам больным шизофренией, с учетом таких данных появилась бы возможность точнее построить психокоррекционный процесс.

Анализ отечественных работ в данной области не позволяет говорить о том, что она изучена всесторонне; также, как показывают зарубежные обзоры литерату-

ры, в большинстве своем в исследованиях одиночества не акцентируется внимание на его проявлениях в патологии [5]. Тем не менее, ряд таких работ существует: в монографии О. Н. Кузнецова и В. И. Лебедева «Психология и психопатология одиночества» рассмотрена взаимосвязь ряда психопатологических симптомов с переживанием одиночества [2]. Несмотря на значительную научную ценность данной работы, в ней зачастую происходит смешение терминов «изоляция» и «одиночество», а также нет подробного изучения связи одиночества и конкретных нозологических единиц. В зарубежной литературе исследования связи шизофрении и одиночества начинаются с работ Фриды Фромм-Рейхман (в частности, статья «Одиночество» 1959 г.), в которых она с позиций психодинамического подхода утверждает, что одиночество является деструктивным, и может приводить к развитию психотических состояний [6]. Тем не менее, такие попытки осмысления являются теоретическими, либо непосредственно вытекающими из наблюдений в ходе клинической практики, а не результатом эмпирического исследования. В настоящее время в данной области исследователь может обнаружить небольшое количество работ на тему одиночества и шизофрении, причем чаще всего данная тема лишь входит в состав более широкого исследования. Примером может послужить диссертация

Таблица 1. Таблица описательных статистик по методике «Тип отношения к болезни»

Тип отношения к болезни	N	Минимум	Максимум	Среднее значение	Среднеквадратичное отклонение
Гармонический	40	0	0	0	0
Эргопатический	40	0	47	17.6250	14.69290
Анозогнозический	40	0	45	10.9500	16.47368
Тревожный	40	0	39	11.2500	10.63798
Ипохондрический	40	0	37	12.6000	9.98152
Неврастенический	40	0	34	10.3750	10.05546
Меланхолический	40	0	42	10.9750	11.92173
Апатический	40	0	31	8.4500	8.64381
Сенситивный	40	0	37	14.7500	9.29502
Эгоцентрический	40	0	32	10.6750	8.20065
Паранойяльный	40	0	28	8.1250	7.48396
Дисфорический	40	0	26	7.7500	7.55408

Таблица 2. Таблица описательных статистик по диагностическому опроснику «Одиночество»

	N	Минимум	Максимум	Среднее значение	Среднеквадратичное отклонение
Общий балл по одиночеству	40	1	14	8.6250	3.59977
Диффузное одиночество	40	3	10	6.5500	1.28002
Отчуждающее одиночество	40	3	12	7.0500	2.37454
Диссоциированное одиночество	40	2	12	7.4000	2.51967

J. M. Tietjen [7] – в ходе ее исследования была изучена взаимосвязь экономических, социальных, расовых, гендерных факторов и одиночества у лиц с аффективными расстройствами, шизофренией и у группы испытуемых без наличия указанных диагнозов. Несмотря на ценность таких работ, культурные различия, различия в основных диагностических руководствах и их актуальность — в указанном исследовании использовалось руководство DSM-III — не позволяют однозначно экстраполировать полученные результаты и использовать их в практической работе в настоящее время.

В личностно-деятельностном подходе к пониманию проблемы одиночества, который был положен в основу данного исследования, оно определяется как «психическое состояние человека, отражающее переживание своей отдельности, субъективной невозможности или нежелания чувствовать адекватный отклик, принятие и признание себя другими людьми.» [1]

Целью данного исследования является исследование особенностей переживания одиночества у больных шизофренией. Объектом исследования является состояние одиночества; предметом — особенности его переживания у больных шизофренией.

Задачи исследования

- 1) Выявить преобладающий тип одиночества при шизофрении
- 2) Выявить характерный для больных шизофренией тип отношения к болезни
- 3) Установить возможные взаимосвязи между типом одиночества, выраженностью депрессивного состояния и типом отношения к болезни при шизофрении

В ходе исследования были выдвинуты следующие **гипотезы**:

- 1) Преобладающими типами одиночества при шизофрении являются отчуждающее и диссоциированное одиночество
- 2) Есть связь между уровнем одиночества и уровнем депрессии у больных шизофренией.
- 3) Существуют связи между типами одиночества и типами отношения к болезни

Выборка

Исследование проводилось на базе дневного стационара ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева. Выборку составили 40 испытуемых, 27 мужчин и 13 женщин, у которых на момент обследования была диагностирована шизофрения.

Таблица 3. Анализ взаимосвязей между типами отношения к болезни и депрессией

Переменные	Коэффициент корреляции	Уровень значимости
Общий балл по депрессии — Апатический тип отношения к болезни	.618	.000
Общий балл по депрессии — Неврастенический тип отношения к болезни	.607	.000
Общий балл по депрессии — Ипохондрический тип отношения к болезни	.589	.000
Общий балл по депрессии — Эгоцентрический тип отношения к болезни	.582	.000
Общий балл по депрессии — Меланхолический тип отношения к болезни	.568	.000
Общий балл по депрессии — Дисфорический тип отношения к болезни	.514	.001
Общий балл по депрессии — Паранойяльный тип отношения к болезни	.471	.002
Общий балл по депрессии — Тревожный тип отношения к болезни	.411	.008
Общий балл по депрессии — Сенситивный тип отношения к болезни	.352	.026
Общий балл по депрессии — Анозогнозический тип отношения к болезни	-.355	.025
Общий балл по депрессии — Эргопатический тип отношения к болезни	-.381	.015
Когнитивно-аффективная субшкала — Апатический тип отношения к болезни	.611	.000
Когнитивно-аффективная субшкала — Меланхолический тип отношения к болезни	.568	.000
Когнитивно-аффективная субшкала — Эгоцентрический тип отношения к болезни	.506	.001
Когнитивно-аффективная субшкала — Неврастенический тип отношения к болезни	.500	.001
Когнитивно-аффективная субшкала — Ипохондрический тип отношения к болезни	.497	.001
Когнитивно-аффективная субшкала — Дисфорический тип отношения к болезни	.480	.002
Когнитивно-аффективная субшкала — Паранойяльный тип отношения к болезни	.455	.003
Когнитивно-аффективная субшкала — Тревожный тип отношения к болезни	.343	.030
Когнитивно-аффективная субшкала — Эргопатический тип отношения к болезни	-.332	.037
Соматическая субшкала — Неврастенический тип отношения к болезни	.606	.000
Соматическая субшкала — Меланхолический тип отношения к болезни	.557	.000
Соматическая субшкала — Ипохондрический тип отношения к болезни	.555	.000
Соматическая субшкала — Эгоцентрический тип отношения к болезни	.543	.000
Соматическая субшкала — Апатический тип отношения к болезни	.491	.001
Соматическая субшкала — Дисфорический тип отношения к болезни	.459	.003
Соматическая субшкала — Сенситивный тип отношения к болезни	.424	.006
Соматическая субшкала — Паранойяльный тип отношения к болезни	.402	.010
Соматическая субшкала — Тревожный тип отношения к болезни	.374	.017
Соматическая субшкала — Эргопатический тип отношения к болезни	-.358	.023

Методики

В ходе исследования были получены и проанализированы данные по следующим методикам: диагностический опросник «Одиночество» С.Г. Корчагиной; шкала депрессии Бека; методика «Тип отношения к болезни» Вассермана и соавт. Статистический анализ данных производился с помощью компьютерной программы SPSS Statistics 17.0

Описание и обсуждение результатов

Преобладающим типом отношения к болезни в данной выборке является эргопатический, что объясняется возможным стремлением сохранить профессиональную активность. Тем не менее, высокие значения среднеква-

дратичного отклонения указывают на значительные различия в результатах у отдельных испытуемых (таблица 1).

Значения по одиночеству не обнаруживают яркого разброса. Наиболее характерными типами одиночества для данной выборки являются диссоциированное и отчуждающее (таблица 2).

Как следует из таблицы результатов, обнаружены положительные значимые связи между апатическим, неврастеническим, ипохондрическим, меланхолическим, дисфорическим, паранойяльным, тревожным и сенситивным типами отношения к болезни и общим баллом по депрессии. Данные связи можно объяснить тем, что основные проявления таких типов отношения во многом совпадают с вариантами проявления депрессивного

Таблица 4. Анализ взаимосвязей между типами отношения к болезни и типами одиночества

Параметры	Коэффициент корреляции	Уровень значимости
Общий балл по одиночеству — Паранойяльный тип отношения к болезни	.589	.000
Общий балл по одиночеству — Эгоцентрический тип отношения к болезни	.550	.000
Общий балл по одиночеству — Дисфорический тип отношения к болезни	.544	.000
Общий балл по одиночеству — Неврастенический тип отношения к болезни	.501	.001
Общий балл по одиночеству — Ипохондрический тип отношения к болезни	.497	.001
Общий балл по одиночеству — Апатический тип отношения к болезни	.342	.031
Общий балл по одиночеству — Меланхолический тип отношения к болезни	.336	.034
Общий балл по одиночеству — Эргопатический тип отношения к болезни	-.357	.024
Общий балл по одиночеству — Анозогностический тип отношения к болезни	-.402	.010
Отчуждающее одиночество — Эгоцентрический тип отношения к болезни	.509	.001
Отчуждающее одиночество — Ипохондрический тип отношения к болезни	.487	.001
Отчуждающее одиночество — Неврастенический тип отношения к болезни	.416	.008
Отчуждающее одиночество — Апатический тип отношения к болезни	.409	.009
Отчуждающее одиночество — Меланхолический тип отношения к болезни	.397	.011
Отчуждающее одиночество — Дисфорический тип отношения к болезни	.382	.015
Отчуждающее одиночество — Паранойяльный тип отношения к болезни	.360	.022
Отчуждающее одиночество — Анозогностический тип отношения к болезни	-.315	.048
Отчуждающее одиночество — Эргопатический тип отношения к болезни	-.336	.034
Диссоциированное одиночество — Эгоцентрический тип отношения к болезни	.589	.000
Диссоциированное одиночество — Дисфорический тип отношения к болезни	.569	.000
Диссоциированное одиночество — Неврастенический тип отношения к болезни	.508	.001
Диссоциированное одиночество — Ипохондрический тип отношения к болезни	.489	.001
Диссоциированное одиночество — Паранойяльный тип отношения к болезни	.423	.007
Диссоциированное одиночество — Апатический тип отношения к болезни	.422	.007
Диссоциированное одиночество — Меланхолический тип отношения к болезни	.362	.022
Диссоциированное одиночество — Эргопатический тип отношения к болезни	-.349	.027
Диссоциированное одиночество — Анозогностический тип отношения к болезни	-.440	.004

состояния. Полученные результаты подчеркивают дезадаптивность указанных типов отношения к болезни для больных шизофренией.

Отрицательные корреляции между общим баллом по депрессии и анозогностическим и эргопатическим типами отношения к болезни позволяют говорить об этих типах как о благоприятно влияющих на аффективную сферу больных шизофренией. Данные типы отношения к болезни относятся к первому блоку, который характеризуется отсутствием существенных нарушений социальной и психической адаптации.

Наиболее значимая и сильная связь с когнитивно-аффективной субшкалой обнаружена с апатическим типом отношения к болезни (.611/.000), в то время как по соматической субшкале такая связь наблюдается с неврастеническим типом (.606/.000). Такие данные могут быть объяснены наличием таких проявлений при апатическом типе, которые соответствуют преимущественно когнитивно-аффективным проявлениям депрессии и поведением по типу раздражительной слабости —

что может сопутствовать соматическим проявлениям депрессии — при неврастеническом типе отношения к болезни. На уровне отдельных субшкал других значительных отличий от картины, которую дает общий балл по депрессии не выявлено.

Положительные связи между диссоциированным, отчуждающим одиночеством и общим баллом по одиночеству наблюдаются со следующими типами отношения к болезни: паранойяльный, эгоцентрический, дисфорический, неврастенический, апатический, меланхолический. Также стоит отметить, что отрицательные связи с эргопатическим и анозогностическим типами отношения также наблюдаются по всем шкалам одиночества, кроме диффузного.

Исходя из данных таблицы, значимым отличием между общим баллом по одиночеству и другими шкалами является наиболее высокая сила и значимость связи с паранойяльным типом отношения к болезни (.589/.000), в то время как связи между диссоциированным (.423/.007), отчуждающим (.360/.022) типами оди-

Таблица 5. Анализ взаимосвязей между типами одиночества и депрессией

Параметры	Коэффициент корреляции	Уровень значимости
Общий балл по одиночеству — общий балл по депрессии	.635	.000
Общий балл по одиночеству — когнитивно-аффективная субшкала	.518	.001
Общий балл по одиночеству — Соматическая субшкала	.592	.000
Отчуждающее одиночество — общий балл по депрессии	.699	.000
Отчуждающее одиночество — Когнитивно-аффективная субшкала	.571	.000
Отчуждающее одиночество — Соматическая субшкала	.647	.000
Диссоциированное одиночество — общий балл по депрессии	.624	.000
Диссоциированное одиночество — Когнитивно-аффективная субшкала	.581	.000
Диссоциированное одиночество — Соматическая субшкала	.522	.001

ночества и паранойяльным типом являются одними из наиболее слабых.

В целом можно говорить о двух устойчивых наборах типов отношения к болезни: положительно или отрицательно коррелирующих со всеми типами одиночества и выраженностью его переживания в целом, помимо диффузного одиночества.

Как видно из таблицы результатов переживание одиночества и депрессивное состояние являются взаимосвязанными, в данном случае мы можем говорить об очевидном пагубном воздействии переживания одиночества на коррекцию аффективного состояния больных. Переживание одиночества по диссоциированному и отчуждающему типу также усугубляет когнитивно-аффективные и соматические нарушения при депрессии.

Как видно из таблицы результатов, связь между отчуждающим одиночеством и соматической субшкалой (.647;.000) сильнее, чем между отчуждающим одиночеством и когнитивно-аффективной субшкалой (.571;.000). Обратную ситуацию можно наблюдать обратившись к данным по диссоциированному одиночеству — в этом случае связь с когнитивно-аффективной субшкалой (.581;.000) сильнее, чем с соматической (.522;.001). Следовательно, можно предполагать различия в особенностях развития депрессивного состояния у больных шизофренией с диссоциированным и отчуждающим одиночеством.

Выводы

1. Исходя из данных описательной статистики в выборке преобладающими типами одиночества оказались отчуждающее и диссоциированное. Проявления данных типов одиночества во многом пересекаются с характерными клиническими проявлениями шизофрении, что в совокупности с наличием связи указывает на возможную эффективность методов терапии, применяемых для их коррекции и при шизофрении.

2. Обнаружены положительные связи между уровнем одиночества и уровнем депрессии. Такие данные позволяют говорить о деструктивном влиянии переживания одиночества на аффективную сферу больных.

3. В результате эмпирического исследования были выявлены следующие взаимосвязи между типами одиночества, выраженностью депрессивного состояния и типами отношения к болезни:

- ◆ Полученные данные позволяют говорить о наличии группы типов отношения к болезни, негативно влияющих на состояние одиночества (как в целом, так и на диссоциированное и отчуждающее): это паранойяльный, эгоцентрический, дисфорический, неврастенический, ипохондрический, апатический и меланхолический типы. Эти же типы отношения положительно коррелируют с уровнем депрессии.
- ◆ Группа типов отношения к болезни, относящаяся к первому блоку типов отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогностический) способствует снижению переживания как диссоциированного, так и отчуждающего одиночества, и уровня депрессии. О положительном влиянии гармоничного типа отношения к болезни можно только предполагать, в связи с тем, что в выборке выявлен он не был.

4. По всей видимости, состояние диффузного одиночества является независимым как от типа отношения к болезни, так и от уровня депрессии у больных шизофренией.

В целом, можно заключить что переживание одиночества у больных шизофренией тесно связано с депрессией и негативно сказывается на их лечении вследствие связи с дезадаптивными типами отношения к болезни, и существует определенный набор типов отношения к болезни, усугубляющих как состояние одиночества, так и способствующих развитию депрессивных состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корчагина С. Г. Психология одиночества: учебное пособие. — М.: Московский психолого-социальный институт, 2008.
2. Кузнецов О. Н., Лебедев В. И. Психология и психопатология одиночества. М.: Медицина, 1972. — 337 с.
3. Лабиринты одиночества / Под ред. Н. Е. Покровского. — М.: Прогресс, 1989
4. Снежневский А. В. Шизофрения (Цикл лекций 1964 г.) / А. В. Снежневский; отв. ред. проф. В. С. Ястребов — М.: Медпресс-информ, 2013. — 160 с.
5. Brita Nilsson, Unni Å. Lindström & Dagfinn Nåden (2006). «Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness.» *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (1) pp. 93–101
6. Fromm-Reichmann, F. (1959) Loneliness. *Psychiatry: Journal fir the Study of Interpersonal Processes*, 22:1–15.
7. Tietjen, J. (1992). «Loneliness in adults with schizophrenia, affective disorders or whithout clinical diagnosis». R.N., B.A., M. A. The Ohio State University.

© Коновалова Анастасия Вадимовна (konanavad@gmail.com), Карташев Андрей Александрович (andrewkartashev@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Институт психологии им. Л.С. Выготского