



ОДИНОЧЕСТВО И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПЕРЕЖИВАНИЯ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ШИЗОФРЕНИЯ»

Ксения А. Чечурина¹, Иван Ю. Обидин¹

РЕЗЮМЕ

Данная статья посвящена изучению особенностей переживания одиночества у больных шизофренией, проходящих реабилитацию в психоневрологическом диспансере (ПНД), и их связей с такими клинико-психологическими характеристиками как личностная тревожность, социальная тревога, особенности межличностных отношений и самооценка. В исследовании приняли участие 70 респондентов старше 18 лет: 30 пациентов ПНД (средний возраст $38 \pm 13,49$), посещающие психиатрический дневной стационар, и 40 условно здоровых респондентов (средний возраст – $38 \pm 14,04$). Методы исследования: клинико-психологическое интервью, Дифференциальный опросник переживания одиночества (Е. Н. Осин, Д. А. Леонтьев), Шкала оценки уровня личностной тревожности Спилбергера-Ханина, Опросник социальной тревоги и социофобии, методика «Субъективная оценка межличностных отношений», Опросник измерения самооценки (Б. Уайнхолд). Методы обработки данных: контент-анализ, критерий U-Манна-Уитни, корреляционный анализ. Результаты исследования отражают особенности переживания одиночества больными шизофренией: они чаще задумываются об одиночестве, чем переживают его; чаще ориентируются на внешние факторы, чем на собственные переживания; склонны избегать ситуаций уединения. У них более выражено актуальное переживание одиночества. Были обнаружены связи с исследуемыми клинико-психологическими характеристиками. Эти связи также присутствуют в изучаемой выборке в целом.

¹ Кафедра «Медицинской психологии и психофизиологии», ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Ключевые слова: особенности переживания одиночества, шизофрения, психоневрологический диспансер, контент-анализ, сравнительный анализ, корреляционный анализ

Одиночество представляет собой сложный неоднозначный феномен. Исследователи рассматривают его с разных точек зрения и раскрывают различные аспекты данного явления. Так, Кларк Мустакас [21] и И. Ялом [25] понимают под одиночеством специфическое психоэмоциональное состояние личности, вызванное отсутствием близких, положительных эмоциональных связей с людьми, а также страхом потери таких связей. Роберт Вейс считает данный феномен результатом объективной социальной ситуации [1]. Никита Евгеньевич Покровский и Галина Владимировна Иванченко рассматривают одиночество как способ личности внешне адаптироваться к социальной ситуации с помощью регуляции своего поведения [11]. В результате, наблюдается соединение трёх близких, но не тождественных понятий: одиночество как субъективно переживаемое личностью психологическое состояние; как результат сознательного выбора (одинокий стиль жизни); как сокращение или полное прекращение контактов, происходящее преимущественно из-за не зависящих от воли личности, объективных причин (изоляция) [5]. Рассмотрим некоторые определения одиночества. Проанализировав различные взгляды исследователей на одиночество, Галина Ивановна Колесникова даёт следующее определение данному явлению: «одиночество есть субъективный феномен, порожденный сознанием личности и переживаемый ею в виде негативного психоэмоционального состояния, изменить которое она не в силах» [4]. Роберт Вейс понимает под одиночеством эпизодическое острое ощущение

беспокойства и напряжения, которое связано со стремлением иметь дружеские или интимные отношения [1]. Светлана Геннадьевна Корчагина определяет одиночество как «психическое состояние человека, отражающее переживание своей отдельности, субъективной невозможности или нежелания чувствовать адекватный отклик, принятие и признание себя другими людьми» [6]. В данном исследовании мы опирались на определение одиночества Евгения Николаевича Осина и Дмитрия Алексеевича Леонтьева. Авторы понимают под этим феноменом состояние, возникающее из-за переживания собственной невовлеченности в контакты с другими людьми. Важно отметить, что одиночество, в таком случае, не зависит от того, находится человек в ситуациях физической изоляции, уединения или среди других людей [9]. Для некоторых людей одиночество воспринимается легким и преходящим переживанием, в то время как для других оно может стать тяжелым и длительным, приводить к негативным последствиям для физического и психического здоровья [17, 22]. Состояние одиночества имеет ряд модальностей от своего нормального проявления до патологии, и может быть сопряжено с другими психическими проявлениями, например с тревожностью, скукой, опустошенностью и депрессией [6]. Осознание одиночества часто вызывает у человека страх, который может приводить к вытеснению личностью переживаний, связанных с данным феноменом, отрицанию одиночества как факта, или к постоянному поиску компаний, установлению многочисленных поверхностных социальных контактов

в попытке предотвратить переживание одиночества [8]. Одиночество, так или иначе, затрагивает каждого человека. Однако, люди с психическими расстройствами могут быть особенно уязвимы к его переживанию, поскольку в их жизни часто наблюдаются такие негативные факторы как низкая социальная поддержка и ограниченность социальных связей [18]. Следует отметить, что во всем мире показатели заболеваемости психическими расстройствами за последние два десятилетия увеличились, в Российской Федерации более чем на 40% [10]. Люди с психическими заболеваниями часто становятся объектами дискриминации. Хотя формы этого отвергающего и избегающего поведения по отношению к психически больным людям могут быть различны, все они представляют угрозу чувству принадлежности. Одним из наиболее болезненных последствий стигматизации можно назвать появление у людей с психическими расстройствами ощущения, что они не являются полноправными членами общества [23]. Как отмечают R. F. Vaumeister и M. R. Leary, одним из последствий неудовлетворения этой фундаментальной потребности человека в принадлежности (то есть в межличностных связях с другими людьми) выступает одиночество [16, 24].

Шизофрения является хроническим заболеванием и проявляется обострениями с последующими госпитализациями, которые сменяются полными или частичными ремиссиями [3]. Качественное исследование G. Andersson с коллегами описывает необходимость отказа от многих социальных контактов в период обострения заболевания,

о которой сообщают пациенты. Некоторые респонденты исследования делают это по собственному желанию («не хотелось никого видеть»), у некоторых пациентов не хватает сил на взаимодействие с окружающими людьми, а для кого-то этот отказ предполагает расставание с людьми, отношения с которыми воспринимаются как угрожающие психическому состоянию [15]. Кроме того, повышенная готовность к переживанию тревоги в ходе напряженных социальных коммуникаций приводит к более выраженному по сравнению со здоровыми лицами психическому неблагополучию, которое мешает людям с шизофренией разделять и понимать чувства других людей, что приводит к более частому избеганию межличностных контактов [13]. Описывая людей с шизофренией в период после госпитализации, F. Lamster, T. M. Lincoln, C. M. Nittel с коллегами выделяют такие особенности как нейрокогнитивный дефицит, стигматизация, риск повторной госпитализации, низкий уровень социальной поддержки в области получения и сохранения работы [19]. Повторные госпитализации прерывают взаимодействия больных с окружением и приводят к трудностям в установлении или поддержании хороших межличностных отношений [20]. Последствия заболевания выражаются в дестабилизации личностных отношений, отрыве от семьи, от общества, а также в искажении привычных форм деятельности и общения [7]. Данные исследования G. Andersson с коллегами показывают потерю больными психическими заболеваниями (в том числе шизофренией) после госпитализации многих своих прежних друзей, так как в этот период

условия жизни пациентов и пережитый ими опыт препятствует восстановлению прошлых отношений. Больные отмечают, что друзья не понимают их переживаний, связанных с психическим заболеванием, и что теперь у них не так много общего, как было раньше. На это разделение влияет и материальное положение – пациенты чувствуют, что не могут больше встречаться с друзьями вне дома из-за ограниченных экономических ресурсов, что, в свою очередь отражается на том, как больные воспринимают свой статус в социуме [15]. Все это, в свою очередь, влияет на взаимодействия человека с окружающими и делает его более склонным к одиночеству [19].

В дневные стационары ПНД, как правило, могут направляться больные различных диагностических групп, состояние которых требует более интенсивного лечения и ежедневного врачебного наблюдения, однако это происходит без отрыва больных от привычной социальной среды [2]. Исследование Ирины Валерьевны Прощенко с коллегами выявило более высокий уровень субъективного переживания одиночества пациентами с диагнозом шизофрения, которые находились на амбулаторном лечении и посещали психоневрологический диспансер по сравнению с пациентами психоневрологического интерната с тем же диагнозом [12]. При этом, важно отметить, что одиночество и отсутствие поддержки родственников на этапе необходимого постоянного наблюдения и посещения психоневрологических диспансеров может выступать как один из факторов риска некомплаентного поведения пациентов с шизофренией [14].

На данный момент переживание одиночества людьми с психическими заболеваниями и, в частности, с шизофренией является малоисследованной областью, особенно в отечественной литературе. Анализ проведенных исследований показывает, что зачастую тема одиночества и шизофрении входит в состав более широких исследований, которые не ставят цели изучить их связь и не останавливаются подробно на переживании одиночества больными шизофренией.

Целью данного исследования являлось изучение особенностей переживания одиночества в период реабилитации у больных шизофренией и их связей с такими клинико-психологическими характеристиками как личностная тревожность, социальная тревога, особенности межличностных отношений и самооценка.

Объект исследования – особенности переживания одиночества и их связи с клинико-психологическими характеристиками.

Предмет – переживание одиночества, личностная тревожность, социальная тревога, самооценка и особенности межличностных отношений у больных шизофренией.

Были выдвинуты следующие *гипотезы*:

1. Актуальное переживание одиночества у больных шизофренией более выражено, а избегание одиночества характерно в меньшей степени по сравнению с условно здоровыми людьми;
2. Особенности переживания одиночества больными шизофренией связаны с их уровнем личностной тре-

возности, с уровнем социальной тревоги, самооценкой и особенностями межличностных отношений.

В исследовании приняли участие 70 человек старше 18 лет, составившие клиническую и контрольную группы респондентов.

Критериями включения в *клиническую группу* были: установленный диагноз шизофрении (F20 по МКБ-10), отсутствие выраженной на момент исследования психотической симптоматики, регулярное посещение ПНД.

Выборка набиралась на базе СПб ГКУЗ «Психоневрологический диспансер №4» среди пациентов с нужным диагнозом (F20 по МКБ-10), которые посещали психиатрический дневной стационар или психиатрический дневной стационар для психосоциальной реабилитации. Исследование с данной группой проводилось в очном формате. Оно состояло из полуструктурированного интервью, которое включало в себя вопросы специально разработанной авторской анкеты, и методик, которые заполнялись респондентами самостоятельно в присутствии исследователя. С каждым из участников исследования проводилась индивидуальная работа, способствующая установлению доверительного контакта. Интервью и заполнение серии психодиагностических методик требовало длительного времени, поэтому, в случае необходимости, обследование выполнялось в несколько этапов для исключения истощения пациентов.

В клиническую группу были включены 30 пациентов ПНД №4 с установленным диагнозом шизофрении, соответствующие критериям включения в исследование. Из них:

- диагноз «Параноидная шизофрения» (F20.0) – 90% (27 чел.),
- диагноз «Простая форма шизофрении» (F20.6) – 6,7% (2 чел.),
- диагноз «Другие формы шизофрении» (F20.8) – 3,3% (1 чел.).

Первая госпитализация большинства пациентов произошла в период до 10 лет назад (66,7%, 20 чел.), причем у 40% (12 чел.) время первой госпитализации – от 6 до 10 лет назад. Впервые были госпитализированы от 11 до 15 лет назад 20% (6 чел.) больных шизофренией, более 20 лет назад – 13,3% (4 чел.). Общее число госпитализаций респондентов клинической группы составило от 1 до 7, $M=3,6$ ($SD=2,26$).

Дневные стационары ПНД большинство пациентов с шизофренией посещает также менее 10 лет (76,7%, 23 чел.), причем 46,7% (14 чел.) проходят реабилитацию менее 5 лет. Остальные респонденты клинической группы ходят в ПНД более 10 лет: от 11 до 15 – 13,3% (4 чел.), больше 15 лет – 10% (3 чел.).

Контрольную группу составили респонденты без диагностированного психического расстройства, не состоящие на учете в ПНД.

Исследование с этой группой проводилось в онлайн формате. Для этого набор методик и специально разработанная авторская анкета были переведены в формат опросника Google Forms. Поиск респондентов осуществлялся путем размещения опросника в различных группах в социальных сетях.

В контрольную группу вошли 40 условно здоровых респондентов, соответствующих критериям включения.

Группы пациентов с диагнозом шизофрении и условно здоровых людей

сопоставимы по полу и возрасту: при сравнении по критерию Хи-квадрат Пирсона достоверные различия не наблюдались, уровни значимости $p = 0,782$ (по полу) и $p = 0,752$ (по возрасту). Для наглядности половозрастные характеристики обеих групп представлены в таблице 1.

Характеристики		Клиническая группа (N=30)		Контрольная группа (N=40)	
		N	%	N	%
Пол	Мужчины	12	40	17	42,5
	Женщины	18	60	23	57,5
Возраст	18 – 30	10	33,3	15	37,5
	31 – 45	15	50	17	42,5
	46 – 65	3	10	6	15
	Старше 65	2	6,7	2	5
Средний возраст		38±13,49		38±14,04	

Таблица 1. Половозрастные характеристики респондентов клинической и контрольной групп (N=70)

В таблице 2 представлены социально-демографические характеристики обеих групп.

Характеристики		Клиническая группа (N=30)		Контрольная группа (N=40)	
		N	%	N	%
Образование	Среднее	5	16,7	2	5
	Среднее специальное	10	33,3	3	7,5
	Неоконченное высшее	4	13,3	7	17,5
	Оконченное высшее	11	36,7	28	70
Трудовой статус	Не работает	25	83,3	9	22,5
	Работает	5	16,7	31	77,5
Семейное положение	Не замужем/не женаты, не состоят в отношениях	20	66,7	9	22,5
	Состоят в отношениях	–	–	11	27,5
	Замужем/женаты	3	10	19	47,5
	В разводе	7	23,3	1	2,5
Проживание	С родственниками	19	63,3	7	17,5
	Один/одна	6	20	9	22,5
	С партнером/с партнером и ребенком/детьми	3	10	24	60
	С домашними животными	2	6,7	–	–

Таблица 2. Социально-демографические характеристики респондентов клинической и контрольной групп (N=70)

Большинство респондентов клинической группы имеют высшее (36,7% – оконченное, 13,3% – неоконченное) или среднее специальное (33,3%) образование, 16,7% получили среднее образование. В контрольной группе

процент респондентов с высшим образованием больше: 70% – оконченное, 17,5% – неоконченное, а со средним специальным (7,5%) и средним (5%) – меньше по сравнению с клинической группой. На данный момент большинство больных шизофренией не работает (83,3%), в то время как большинство контрольной группы – работает (77,5%). Среди нетрудоустроенных респондентов клинической группы 8% сообщает о наличии у них частичной занятости. Большинство пациентов с шизофренией холосты/не замужем и не состоят в отношениях (66,7%) или находятся в разводе (23,3%), 10% состоят в браке. В контрольной группе по сравнению с больными шизофренией больше респондентов состоит в браке (47,5%) или в отношениях (27,5%) и меньше тех, кто не состоит в отношениях (22,5%) или находится в разводе (2,5%). Анализ условий проживания респондентов обеих групп показывает, что большинство респондентов клинической группы живут с родственниками (63,3%): с родителями, сиблингами и т.д. Среди них 2 человека (10,5%) сообщили о том, что вынуждены были переехать к семье в связи с ухудшением своего состояния и необходимостью ежедневно посещать дневной стационар ПНД. Проживают одни 20% пациентов с диагнозом шизофрения, а 10% живут со своей семьей (с партнером или с партнером и ребенком). Кроме того, 6,7% респондентов клинической группы отметили, что проживают вместе с домашним животным: кошкой или собакой. Этот факт заслуживает внимания, так как может говорить о роли домашнего животного в снижении осознания собственного одиночества и изоляции респонден-

тами. В контрольной группе процент респондентов, проживающих со своей семьей, выше (60%), а процент тех, кто живет с родственниками – ниже (17,5%). Также, среди условно здоровых людей больше процент респондентов, которые живут одни (22,5%), и нет тех, кто упомянул домашнее животное.

В ходе исследования были использованы следующие методы:

1. *Клинико-психологическое интервью*: направлено на изучение отношения респондентов к одиночеству и особенностей переживания ими данного феномена. Оно состоит из вопросов авторской анкеты, разработанной в двух вариантах: 26 вопросов для клинической группы и 25 вопросов – для контрольной. Анкета также включает в себя социально-демографический блок.
2. *Дифференциальный опросник переживания одиночества (Е. Н. Осин и Д. А. Леонтьев)*: позволяет исследовать одиночество как многомерный феномен, включающий в себя как негативную, так и позитивную стороны. Он состоит из 40 утверждений, объединенных в 3 шкалы (или 8 субшкал).
3. *Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности (STAI) Спилбергера-Ханина (подшкала личностной тревожности)*: используется для оценки степени выраженности тревожности человека как устойчивой личностной особенности. Методика состоит из 20 пунктов, каждый из которых оценивается респондентом в соответствии с тем, как он себя чувствует обычно.

4. *Опросник социальной тревоги и социофобии (ОСТиСФ) О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева*: позволяет исследовать общий уровень выраженности социальной тревоги, а также оценить выраженность социальной тревоги в ряде ситуаций оценивания. ОСТиСФ состоит из 29 пунктов, сформулированных в виде вопросов. Каждый пункт содержит указание на определенный тип ситуации оценивания (например проверка знаний, телефонный разговор, оформление документов и т.п.).
5. Методика «*Субъективная оценка межличностных отношений*» (СОМО) С. В. Духновского: используется для измерения характеристик дисгармонии межличностных отношений с помощью самооценок респондентов. В качестве индикаторов дисгармоничности выступают напряженность, отчужденность, конфликтность и агрессивность в отношениях между людьми. Методика включает в себя 40 пунктов, объединенных в 4 шкалы.
6. *Опросник самооценки Б. Уайнхолд (Self-esteem Matrix)*: направлен на исследование самооценки. Методика состоит из 24 утверждений, отражающих 4 области, влияющие на самооценку: умение устанавливать контакт с другими людьми, принятие, контроль над происходящими событиями и возможность на них повлиять, а также постоянство в отношении к себе.

Анализ данных клинико-психологических интервью осуществлялся с помощью контент-анализа. Для статистического анализа использовались критерий Хи-квадрат Пирсона, критерий U-Манна-Уитни, коэффициент корреляции r-Спирмена. Расчеты проводились с помощью статистического пакета IBM SPSS Statistics 27 и программы Microsoft Excel.

Результаты анализа клинико-психологических интервью позволяют выделить некоторые особенности переживания одиночества больными шизофренией.

Ответы респондентов на незаконченное предложение «Одиночество – это...» раскрывают данное явление с разных сторон. Можно выделить следующие характеристики одиночества:

- *отсутствие близкого общения*: «не с кем поговорить», «нет никого, кому ты можешь открыться» (56,7%, 17 чел.);
- *негативные переживания*: «чувство оставленности», «человек в депрессии», «печаль», «это болезнь» (26,7%, 8 чел.);
- *человек наедине с собой*: «я сам по себе», «жить одному, самому себе готовить» (23,3%, 7 чел.);
- *отсутствие дел*: «когда нет интересов», «нечем себя занять» (13,3%, 4 чел.).

На рисунке 1 представлены периоды наиболее сильного переживания одиночества, описанные респондентами клинической группы.

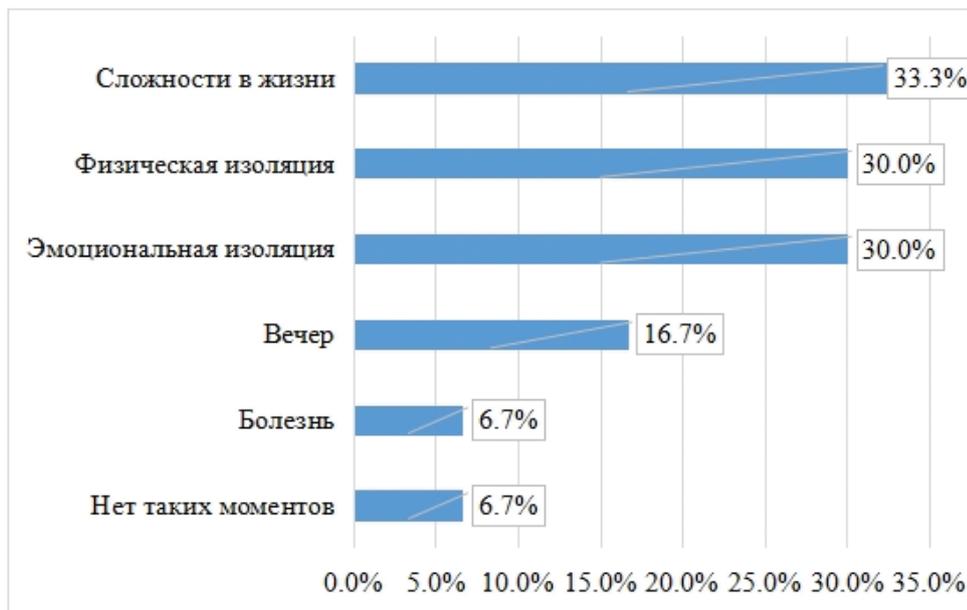


Рисунок 1. Периоды наиболее сильного переживания одиночества среди респондентов клинической группы (N=30)

Чаще всего больные шизофренией сильно ощущают одиночество, когда в жизни возникают какие-то сложности (33,3%, 10 чел.). В эти периоды респондентам хочется получить поддержку от других людей, выговориться, но обратиться не к кому. Периоды физической изоляции описывают 30% (9 чел.): близкие люди находятся не рядом или не отвечают на звонки, пациенты находятся дома одни. Эмоциональную изоляцию в качестве периода сильного переживания одиночества выделяют 30% (9 чел.), отмечают моменты, когда они находятся среди людей, но при этом чувствуют себя не понятыми, покинутыми: «человек есть рядом, но не в контакте со мной». Также, 16,7% (5 чел.) упоминают вечернее и ночное время как периоды, когда одиночество ощущается наиболее сильно, 6,7% (2 чел.) выделяют период болезни, 6,7% (2 чел.) не могут назвать каких-либо моментов наиболее сильного переживания одиночества.

Больные шизофренией отмечают следующие мысли и эмоции, которые возникают у них в период переживания одиночества:

- *Негативные мысли или эмоции* (56,7%, 17 чел.): респонденты клинической группы описывают ощущения тревоги, страха, обиды и вины. Кроме того, они упоминают мысли «с мной что-то не так», например «сделала что-то неправильно, поэтому заболела».
- *Мысли и эмоции, связанные с другими людьми* (26,7%, 8 чел.): в период переживания одиночества респонденты клинической группы могут сравнивать себя с другими людьми, из-за чего возникает зависть («у них все хорошо, а у меня – нет»), чувство «разъединенности». Также, пациенты могут думать о том, что близкий человек в любой момент может бросить («соберет вещи, уедет и бросит меня»).
- *Одиночество как часть жизни*

(20%, 6 чел.): больные шизофренией упоминают, что в период одиночества думают, что «так и должно быть», воспринимают происходящее как «должное».

- *Избегание одиночества* (20%, 6 чел.): респонденты клинической группы отмечают, что возникающие в период одиночества мысли и эмоции связаны с поиском способа прервать одиночество, справиться с ним.
- *Положительные мысли или эмоции* (3,3%, 1 чел.): период одиночества связан с отдыхом и возможностью набраться сил.

Причины одиночества большинство респондентов клинической группы видит в сложностях, связанных с общением с окружающими людьми (50%, 15 чел.), и в поведении самого человека (36,7%, 11 чел.). В ответах пациентов звучат такие фразы, как «человек внешне и внутренне не располагает к себе других людей», «не нашел правильного подхода к другому человеку» или «человек не хочет ни с кем иметь дело». Свое заболевание как причину одиночества упоминает 20% (6 чел.) больных шизофренией: из-за болезни у респондентов не хватает ресурсов на общение с другими людьми; они долж-

ны посещать ПНД, что делает их «не такими, как все».

Условно здоровые люди называют схожие причины одиночества: сложности в общении с окружающими людьми и поведение самого человека. При этом, сложности в общении с другими людьми чаще упоминают пациенты с шизофренией (50%, 15 чел. в сравнении с 37,5%, 15 чел.), а причину в самом человеке чаще отмечают респонденты контрольной группы (45%, 18 чел. в сравнении с 36,7%, 11 чел.). То есть, больные шизофренией в большей степени видят причину в других людях: у них свои дела, они не общаются, «другим людям тяжело со мной общаться». Условно здоровые люди, наоборот, чаще упоминают себя и свое поведение как причину одиночества: «моя закрытость от мира и людей», «неуверенность в себе», «сам себе придумываешь рамки». Также, есть причины, являющиеся специфическими для респондентов разных групп: болезнь упоминают в качестве причины только участники исследования клинической группы (20%, 6 чел.).

Сравним частоту мыслей об одиночестве и его переживания у респондентов клинической и контрольной групп. Результаты анализа представлены на рисунке 2.

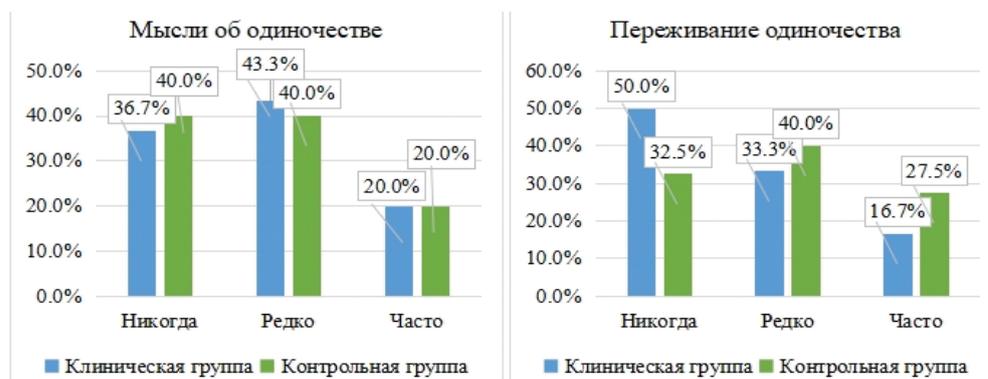


Рисунок 2. Частота мыслей и переживаний, связанные с одиночеством, у респондентов клинической (N=30) и контрольной (N=40) групп

Клиническая и контрольная группы почти не различаются по процентному соотношению участников исследования, которые задумываются об одиночестве редко (43,3%, 13 чел. в клинической группе, 40%, 16 чел. – в контрольной) или часто (20%, 6 чел. в клинической группе, 20% , 8 чел.– в контрольной). Переживание одиночества чаще отмечают респонденты контрольной группы: редко или часто одиночество переживают 67,5% (27 чел.) условно здоровых людей и 50% (15 чел.) больных шизофренией. В отличие от контрольной группы, где респонденты чаще переживают одиночество, чем задумываются о нем (40%, 16 чел. не задумывается об одиночестве, 32,5%, 13 чел. – не переживает его), в клини-

ческой группе мысли об одиночестве наблюдаются чаще, чем его переживание: 36,7% (11 чел.) больных шизофренией не задумываются об одиночестве, 50% (15 чел.) – не переживает его. В своих ответах пациенты с шизофренией связывают это с отсутствием каких-либо эмоций в целом: «многих чувств я как будто и не знаю». В качестве причин мыслей и переживаний, связанных с одиночеством, больные шизофренией упоминают «кризис»: размышления о возможной смерти близких, о собственной болезни, об ушедшем времени («вспоминаю молодость»).

Обратимся к анализу отношения участников исследования к одиночеству, представленные на рисунке 3.

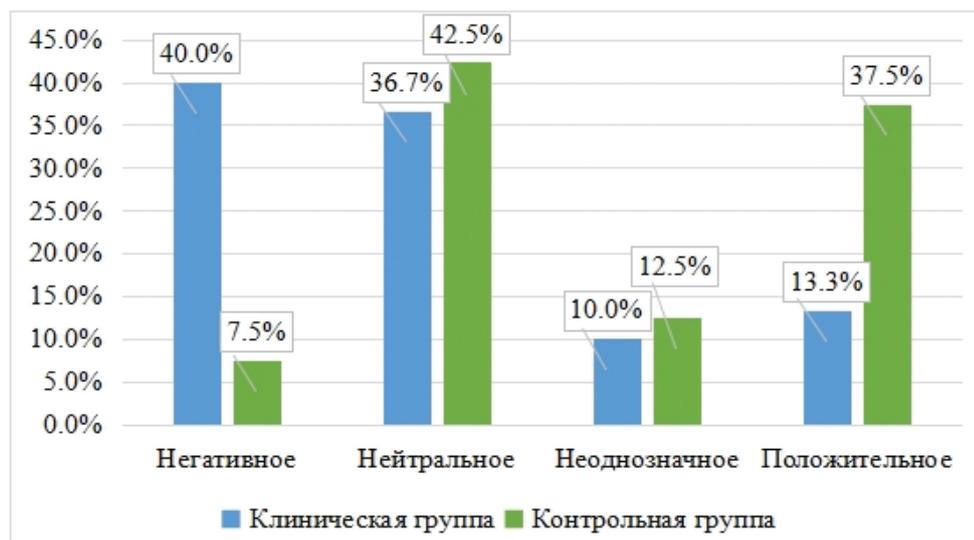


Рисунок 3. Отношение к одиночеству респондентов клинической (N=30) и контрольной (N=40) групп

Респонденты обеих групп рассматривают одиночество как негативный, положительный, нейтральный или неоднозначный феномен. При этом, по сравнению с условно здоровыми людьми больные шизофренией в большей степени относятся к одиночеству нега-

тивно (40%, 12 чел. в сравнении с 7,5%, 3 чел.). Пациенты отмечают, что одиночество угнетает, называют его «страшным чувством», упоминают, что «нельзя быть одиноким человеком», «хотелось бы семью». Среди респондентов контрольной группы чаще отмечается

неоднозначное отношение к одиночеству (37,5%, 15 чел. в сравнении с 10%, 3 чел.), в котором затрагиваются как положительные стороны данного феномена (время наедине с собой), так и негативные (хочется прервать одиночество, выйти из него). Процент условно здоровых людей, которые нейтрально относятся к одиночеству, рассматривают его как часть жизни, также выше, чем среди больных шизофренией (42,5%, 17 чел. в сравнении с 36,7%, 11 чел.). В процентном соотношении респонденты с положительным отношением к данному феномену, которые рассматривают его как «возможность заняться саморазвитием», почти не различаются в исследуемых группах (13,3%, 4 чел. в клинической, 12,5%, 5 чел. – в контрольной).

В периоды переживания одиночества больные шизофренией описывают следующие стратегии, которые они используют:

- *Общение с другими людьми:* 53,3% (16 чел.) респондентов клинической группы упоминают, что они стараются прервать одиночество и начинают общаться с другими людьми: «могу позвонить близкому другу, встретиться с ним», «в гости к подруге сходить могу, попить чай». Однако, пациенты отмечают, что одиночество не всегда получается прервать: причиной могут стать как внешние обстоятельства (например, дела у близких людей, из-за которых не получается встретиться), так и внутренние препятствия (например, стеснительность, которая мешает позвонить близкому человеку).
- *Отвлечение:* 33,3% (10 чел.) стара-

ются отвлечься от чувства одиночества: послушать музыку, посмотреть фильмы, почитать, поиграть в компьютерные игры или провести время в интернете.

- *Выполнение каких-либо дел:* 26,7% (8 чел.) стараются использовать одиночество, чтобы заняться какими-то делами: сходить в магазин, заняться делами по дому, заняться спортивными тренировками, поиграть на гитаре.
- *Проживание одиночества:* 13,3% (4 чел.) рассматривают одиночество как время наедине с собой: остаются в этом состоянии, могут сходить на прогулку.
- *Посещение ПНД:* 6,7% (2 чел.) выделяют ПНД как один из способов совладания с одиночеством. Посещение психоневрологического диспансера позволяет больным шизофренией находиться среди других людей, общаться с ними.

При сравнении стратегий клинической и контрольной групп было выявлено, что *общение* является единственной стратегией, чаще встречаемой в клинической группе (53,3%, 16 чел.) по сравнению с контрольной (22,5%, 9 чел.). По сравнению с пациентами с шизофренией респонденты контрольной группы чаще стараются *заниматься своими делами* (55%, 22 чел. в сравнении с 26,7%, 8 чел.), *отвлечься* (47,5%, 19 чел. в сравнении с 33,3%, 10 чел.) или *прожить одиночество* (32,5%, 13 чел. в сравнении с 13,3%, 4 чел.). При этом проживание одиночества условно здоровых людей в большей степени связано с возникающими эмоциями: от «впадаю в состояние безнадежно-

сти» до «кайфую», в то время как больные шизофренией больше связывают эту стратегию с внешними факторами («выйти на прогулку»). Некоторые стратегии совладания с одиночеством являются специфическими для респондентов разных групп: пациенты с шизофренией описывают *посещение ПНД* (6,7%, 2 чел.); стратегией условно здоровых людей является *анализ сложившейся ситуации* (37,5%, 15 чел.): респонденты стараются объяснить себе, почему возникло одиночество, и что с ним можно сделать. Заметим, что больные шизофренией чаще всего

упоминают общение с другими людьми (позвонить кому-нибудь или встретиться с кем-нибудь) как способ переживания одиночества, в то время как условно здоровые люди в эти периоды чаще всего стараются заниматься своими делами.

Сравнительный анализ результатов больных шизофренией и условно здоровых людей по выраженности переживания одиночества и исследуемых клинико-психологических характеристик показал достоверные различия, представленные в таблице 3.

Шкала	Группа	Среднее (M)	Стандартное отклонение (SD)	U-Манна-Уитни	Уровень значимости (p)
Общее переживание одиночества	Клиническая (N=30)	31,10	8,60	397	0,016
	Контрольная (N=40)	25,83	7,61		
Зависимость от общения	Клиническая (N=30)	36,90	8,32	371	0,007
	Контрольная (N=40)	30,63	8,28		
Личностная тревожность	Клиническая (N=30)	50,73	9,90	422	0,034
	Контрольная (N=40)	44,33	11,68		
Социальная тревога	Клиническая (N=30)	45,27	14,77	344,5	0,002
	Контрольная (N=40)	33,13	15,11		
Напряженность отношений	Клиническая (N=30)	6	2,19	411,5	0,025
	Контрольная (N=40)	4,75	2,38		
Отчужденность в отношениях	Клиническая (N=30)	6,07	2,39	382	0,010
	Контрольная (N=40)	4,52	2,35		

Таблица 3. Статистически значимые различия между клинической и контрольной группами по выраженности переживания одиночества и клинико-психологических характеристик

Общее переживание одиночества и зависимость от общения в большей степени выражены у больных шизофренией по сравнению с условно здо-

ровыми людьми ($p = 0,016$ и $p = 0,007$ соответственно): для пациентов характерны более выраженное переживание изоляции и нехватки эмоциональ-

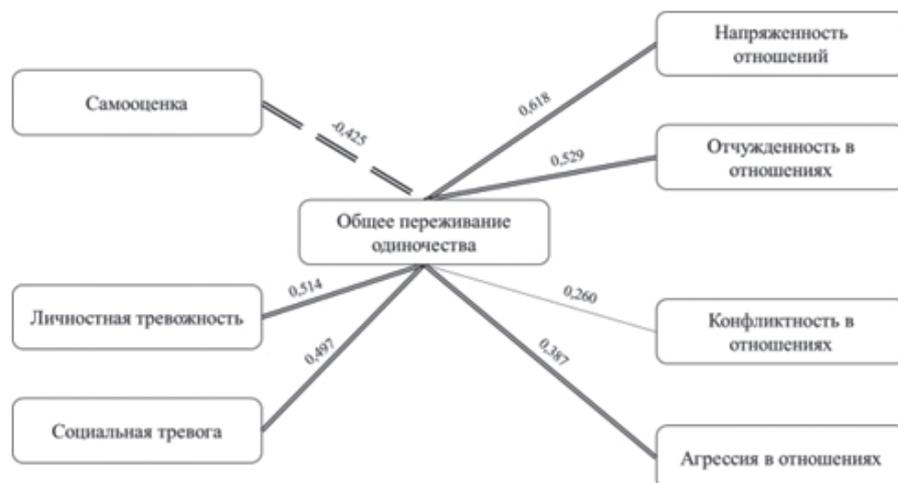
ной близости, большая склонность избегать ситуаций уединения, которые для них могут быть связаны с неприятными или болезненными переживаниями

Среди исследуемых клинико-психологических характеристик статистически значимые различия между клинической и контрольной группами наблюдаются по уровню *личностной тревожности* ($p = 0,034$), *социальной тревоги* ($p = 0,002$), параметрам дисгармонии межличностных отношений: *напряженность отношений* ($p = 0,025$) и *отчужденность в отношениях* ($p = 0,01$). Все переменные в большей степени выражены у больных шизофренией по сравнению с условно здоровыми людьми. То есть, респонденты клинической группы более склонны реагировать тревогой на широкий спектр ситуаций, в том числе социальных, обла-

дают повышенной чувствительностью, большими сложностями в социальной адаптации и большей выраженностью социальных страхов. Больные шизофренией в большей степени испытывают дискомфорт и беспокойство в межличностных отношениях, устанавливают их с большей осторожностью, стремятся дистанцироваться от других людей.

Достоверных различий между пациентами с шизофренией и условно здоровыми людьми по выраженности позитивного одиночества, конфликтности и агрессивности в отношениях, уровню самооценки не наблюдается.

Для выявления связей одиночества с клинико-психологическими характеристиками у всех участников исследования был проведен корреляционный анализ. Его результаты представлены на рисунках 4 и 5.



Условные обозначения:

————— $p < 0,05$ – положительная корреляционная связь; ===== $p < 0,01$ – положительная корреляционная связь; - - - - - $p < 0,01$ – отрицательная корреляционная связь

Рисунок 4. Взаимосвязи общего уровня переживания одиночества и клинико-психологических характеристик респондентов клинической и контрольной групп ($N=70$)

Статистически значимые прямые корреляционные связи наблюдаются между общим переживанием одиночества и такими клинико-психологическими характеристиками как напряженность отношений ($r=0,618$, $p<0,01$), отчужденность в отношениях ($r=0,529$, $p<0,01$), личностная тревожность ($r=0,514$, $p<0,01$), социальная тревога ($r=0,497$, $p<0,01$), агрессия в отношениях ($r=0,387$, $p<0,01$) и конфликтность в отношениях ($r=0,26$, $p<0,05$). Кроме того, присутствует отрицательная связь между общим переживанием одиночества и самооценкой ($r=-0,425$, $p<0,01$). То есть, общее переживание одиноче-

ства, отражающее выраженность переживания изоляции, нехватки эмоциональной близости и осознание себя как одинокого человека, связано с такими клинико-психологическими характеристиками как реакция тревожности в широком диапазоне ситуаций, тревога в социальных ситуациях, негативные переживания и дискомфорт в отношениях, стремление дистанцироваться от окружающих, ощущение противостояния в отношениях, стремление доминировать над окружающими. Также, выраженность общего переживания одиночества связана с низкой самооценкой.



Условные обозначения:

————— $p<0,05$ – положительная корреляционная связь; ===== $p<0,01$ – положительная корреляционная связь

Рисунок 5. Взаимосвязи дисфории одиночества и клинико-психологических характеристик респондентов клинической и контрольной групп ($N=70$)

Наблюдаются взаимосвязи между субшкалой «Дисфория одиночества» и клинико-психологическими характеристиками: напряженность отношений ($r=0,372$, $p<0,01$), социальная тревога ($r=0,367$, $p<0,01$), личностная тревожность ($r=0,311$, $p<0,01$), конфликтность в отношениях ($r=0,3$, $p<0,01$) и агрессия в отношениях ($r=0,253$, $p<0,05$). То есть, дисфория одиночества, отражающая выраженность негативных чувств,

связанных с пребыванием в одиночестве, связана с такими клинико-психологическими характеристиками как проявление тревожности в различных ситуациях, тревога в социальных ситуациях, беспокойство и дискомфорт в отношениях с другими людьми, ощущение борьбы и противостояния в отношениях, тенденция подчинить себе других людей. Результаты проведенного исследования позволяют выделить

некоторые особенности переживания одиночества больными шизофренией. По данным контент-анализа клинико-психологических интервью респондентов клинической и контрольной групп больные шизофренией понимают под одиночеством отсутствие близкого общения, негативные переживания, пребывание человека наедине с собой, отсутствие дел. В основном, они относятся к одиночеству негативно (40%), описывают его как «страшное чувство», или нейтрально (36,7%), воспринимают его как часть своей жизни («уже привык к нему»). Можно выделить следующие ситуации наиболее сильного переживания одиночества, которые описывают больные шизофренией: сложности в жизни, когда хочется получить поддержку от окружающих; моменты физической и эмоциональной изоляции; вечернее время; болезнь. По данным Г. Г. Лебедевой последствия заболевания шизофренией проявляются в дестабилизации личностных отношений, отрыве от семьи и общества, а также в искажении привычных форм деятельности и общения [7], что может способствовать возникновению ситуаций, описываемых респондентами клинической группы. Пациенты с шизофренией чаще задумываются об одиночестве (63,3%), чем переживают его (50%), в то время как среди условно здоровых людей отмечается более частое переживание одиночества (67,5%), по сравнению с появлением мыслей о нем (60%). Эти особенности могут отражать сложность пациентов с шизофренией в выражении собственных переживаний, отмечаемую респондентами клинической группы («многих чувств я как буд-

то не знаю»), и также быть связанными с особенностями клинической картины заболевания. Однако, это предположение требует дальнейшей проверки. Больные шизофренией чаще говорят о других людях и их роли в переживании одиночества: упоминают отсутствие тех, с кем можно пообщаться, «у них свои дела», «другим людям тяжело со мной общаться». Условно здоровые люди чаще описывают возникающие негативные переживания и собственное поведение: «сам себе придумываешь рамки». В качестве наиболее частого способа совладания с одиночеством больные шизофренией упоминают общение с другими людьми (53,3%), в то время как условно здоровые люди чаще всего стараются заниматься какими-либо делами (55%). Можно предположить, что пациенты с шизофренией реже отмечают переживание одиночества по сравнению с условно здоровыми людьми в связи со стремлением больных шизофренией избегать изоляции и стараться находить общение в моменты переживания одиночества. Сравнительный анализ переживания одиночества больных шизофренией и условно здоровых людей выявил достоверные различия по показателям общего переживания одиночества ($p < 0,05$) и зависимости от общения ($p < 0,01$). Эти параметры более выражены у респондентов клинической группы. Такие результаты соотносятся с данными клинико-психологического интервью: общение с другими людьми чаще всего упоминается респондентами клинической группы в качестве способа совладания с одиночеством. Однако, пациенты с шизофренией также отмечают сложности, препятствующие

щие общению: наличие дел у близких людей пациентов, стеснительность самих больных. Кроме того, причинами могут выступать шизофрения и необходимость посещения ПНД: респонденты клинической группы связывают свое заболевание и дневные стационары с ощущением отделенности от других людей, появлением чувства «я не как все». Эта связь также прослеживается в качественном исследовании G. Andersson с коллегами, где пациенты упоминали, что близкие люди не понимают их переживаний, связанных с психическим заболеванием, что препятствует общению [15]. Значимые различия между исследуемыми группами также наблюдаются по выраженности клинико-психологических характеристик: по сравнению с условно здоровыми людьми у пациентов с шизофренией более высокий уровень личностной тревожности ($p < 0,05$) и социальной тревоги ($p < 0,01$), уровень напряженности отношений ($p < 0,05$), уровень отчужденности в отношениях ($p < 0,01$). Эти результаты соотносятся с другими исследованиями, в которых отмечается повышенная готовность к переживанию тревоги в социальных отношениях по сравнению с людьми без психических диагнозов [13]. Результаты корреляционного анализа переживания одиночества и клинико-психологических характеристик среди всех участников исследования позволили выявить взаимосвязи общего переживания одиночества и дисфории одиночества с такими показателями как более высокий уровень личностной тревожности, социальной тревоги, ощущение дискомфорта в отношениях, проявления конфликтности и агрессив-

ности в отношениях. Кроме того, выраженность общего переживания одиночества связана со стремлением дистанцироваться от окружающих и низкой самооценкой. Полученные результаты могут отражать наличие связей переживания одиночества и клинико-психологических характеристик не только среди больных шизофренией, но и среди выборки в целом. Это также соотносится с результатами исследований A. Chrostek; A. Shioda, E. Tataka, A. Okochi; F. Tremeau, D. Antonius и др. авторов, в которых отмечается, что одиночество у больных шизофренией выступает не в качестве показателя симптоматики заболевания, а представляет собой отдельный феномен [18].

Заключение. В ходе проведенного исследования были изучены особенности переживания одиночества больными шизофренией, которые посещают дневные стационары психоневрологического диспансера, и их связи с такими клинико-психологическими характеристиками как личностная тревожность, социальная тревога, особенности межличностных отношений и самооценка. В результате были выявлены некоторые особенности переживания одиночества пациентами с шизофренией: они чаще задумываются об одиночестве, чем переживают его, чаще ориентируются на других людей, чем на собственные переживания, в основном относятся к одиночеству негативно или нейтрально. Респонденты клинической группы склонны избегать ситуаций уединения, стараясь общаться с другими людьми. По сравнению с условно здоровыми людьми у больных шизофренией наблюдается более выраженное актуальное переживание

одиночества. Были обнаружены связи с такими клинико-психологическими характеристиками как личностная тревожность, социальная тревога, особенности межличностных отношений пациентов. Кроме того, была выявлена связь переживания одиночества с исследуемыми клинико-психологическими характеристиками в изучаемой выборке в целом. В качестве ограничений результатов проведенного исследования можно выделить набор клинической группы в рамках только одного ПНД, а также разные процедуры проведения для клинической и контрольной групп, вследствие чего возможность распространения полученных результатов на генеральную совокупность требует дальнейшей проверки.

Также, разброс клинической группы по длительности посещения дневных стационаров ПНД не позволил исследовать связь переживания одиночества с данным параметром. Можно выделить некоторые направления дальнейших исследований. Интерес представляет сравнительный анализ переживания одиночества больными шизофренией, которые посещают дневные стационары ПНД, с больными шизофренией, которые находятся на стационарном лечении в психиатрических больницах. Кроме того, целесообразным может являться изучение переживания одиночества пациентами дневных стационаров ПНД с различными психическими расстройствами.

Список литературы

1. Вейс Р.С. Теоретические подходы к одиночеству. *Лабиринты одиночества* / сост., общ. ред. и предисл. Н. Е. Покровского. М., 1989.
2. Винидиктова Г.И., Висневская Л.Я. Дифференциация контингентов больных и замещающая госпитализацию больных функция дневного стационара. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014. Т. 24. № 2. С. 29-32.
3. Гатин Ф.Ф., Волгина Ф. М. Влияния медико-социальных факторов на течение шизофрении. *XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием» Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы*. 2015. С. 967-967.

References

1. Weiss, Robert. Theoretical approaches to loneliness. *Labirinty odinochestva* / sost. obshh. red. i predisl. N. E. Pokrovskogo; per. s angl. M.: Progress, 1989. 624 s
2. Vinidiktova G.I., Visnevskaya L.Ya. Differentiation of patient populations and the day hospital function replacing hospitalization of patients. *Social and clinical psychiatry*. 2014. T. 24. № 2. С. 29-32.
3. Gatin F.F., Volgina F. M. The influence of medical and social factors on the course of schizophrenia. XVI Congress of Psychiatrists of Russia. *All-Russian scientific and practical conference with international participation "Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects*. 2015. С. 967-967.

4. Колесникова Г.И. Одиночество: к вопросу определения понятия и классификации. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014. № 10 (часть 1). С.115-117.
5. Колесникова Г.И. Концепция позитивного одиночества. *Евразийский союз ученых*. 2016. № 1-1 (22). С. 169-171.
6. Корчагина С.Г. Психология одиночества: учеб. Пособие. М.: Московский психолого-социальный институт. 2008. 228 с.
7. Лебедева Г.Г. Изучение социального функционирования больных шизофренией. *XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием» Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы*. 2015. С. 765-766.
8. Либертас Р.Н., Смирнова С.В. Переживание одиночества – шанс быть собой. *Психологическое здоровье и развитие личности в современном мире*. 2017. № 21. С. 199-204.
9. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2013. Т. 10. № 1. С. 55-81.
10. Петров Д.С., и др. Психосоциальная реабилитация как приоритетное направление организации региональной системы психиатрической помощи. Нижний Новгород: «Издательский салон» ИП Гладкова О. В., 2021. 124 с.
4. Kolesnikova G.I. Loneliness: on the issue of definition and classification. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2014. No. 10 (Part 1). С.115-117.
5. Kolesnikova G.I. The concept of positive loneliness. *Eurasian Union of Scientists*. 2016. № 1-1 (22). С. 169-171.
6. Korchagina S.G. Psychology of loneliness: studies. Manual. Moscow: Moscow Psychological and Social Institute. 2008. 228 p.
7. Lebedeva G.G. The study of the social functioning of patients with schizophrenia. XVI Congress of Psychiatrists of Russia. All-Russian Scientific and Practical conference with international participation “Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects. 2015. С. 765-766.
8. Libertas R.N., Smirnova S.V. Experiencing loneliness is a chance to be yourself. *Psychological health and personal development in the modern world*. 2017. No. 21. pp. 199-204.
9. Osin E.N., Leontiev D.A. Differential questionnaire of loneliness experience: structure and properties. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2013. Т. 10. № 1. С. 55-81.
10. Petrov D.S., et al. Psychosocial rehabilitation as a priority area of the organization of the regional psychiatric care system. Nizhny Novgorod: Publishing salon of IP Gladkova O. V., 2021. 124 с.

11. Покровский, Н.Е., Иванченко Г.В. Универсум одиночества : социологические и психологические очерки - Москва : Логос, 2008. - 421 с.
12. Прощенко И.В. и др. Исследование качества жизни больных с хроническими психическими расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2020. Т. 30. №. 2. С. 37-41.
13. Холмогорова А.Б. Роль мотивации в нарушениях социального познания при шизофрении: от аутистического мышления к социальной ангедонии. XVI Съезд психиатров России. *Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием» Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы*. 2015. С. 342-342.
14. Шашкова Н.Г., Семенова Н.Д. Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с отказами от наблюдения и лечения в амбулаторной практике. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019. Т. 29. № 1. С. 24-31.
15. Andersson G. et al. Aloneness and loneliness—persons with severe mental illness and experiences of being alone. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2015. Т. 17. № 4. С. 353-365.
16. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995;117(3):497-529.
11. Pokrovsky, N.E., Ivanchenko G.V. The Universe of Loneliness : sociological and psychological essays - Moscow : Logos, 2008. - 421 p.
12. Proshchenko I.V. et al. A study of the quality of life of patients with chronic mental disorders. *Social and clinical psychiatry*. – 2020. Vol. 30. No. 2. pp. 37-41.
13. Kholmogorova A.B. The role of motivation in disorders of social cognition in schizophrenia: from autistic thinking to social anhedonia. XVI Congress of Psychiatrists of Russia. *All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation "Psychiatry at the Stages of Reforms: Problems and Prospects*. 2015. С. 342-342.
14. Shashkova N.G., Semenova N.D. Patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders with refusals of observation and treatment in outpatient practice. *Social and Clinical Psychiatry*. 2019. Т. 29. № 1. С. 24-31.
15. Andersson G. et al. Aloneness and loneliness—persons with severe mental illness and experiences of being alone. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2015. Т. 17. № 4. С. 353-365.
16. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995;117(3):497-529.

17. Cacioppo JT, Cacioppo S. Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). *Advances in experimental social psychology*. Academic press. 2018. Т. 58. P. 127-197.
18. Eglit GML. et al. Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS One*. 2018. Т. 13. № 3.
19. Lamster F, et al. The lonely road to paranoia. A path-analytic investigation of loneliness and paranoia. *Comprehensive psychiatry*. 2017. Т. 74. P. 35-43.
20. Liao HY, et al. Loneliness in patients with schizophrenia. *Taiwanese Journal of Psychiatry*. 2021. Т. 35. № 2. P. 59-63.
21. Moustakas Clark. Existential Psychotherapy and the Interpretation of Dreams. Northvale, N.J. : J. Aronson, c1994. xii, 219 p.
22. Qualter P, et al. Loneliness across the life span. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):250-264. doi:10.1177/1745691615568999
23. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*. 2003. Т. 121. № 1. P. 31-49.
24. Świtaj P. et al. Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: the mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive Psychiatry*. 2015. Т. 59. P. 73-79.
25. Yalom, ID. Existential psychotherapy. New York, NY: Basic Books,1980.
17. Cacioppo JT, Cacioppo S. Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). *Advances in experimental social psychology*. Academic press. 2018. Т. 58. P. 127-197.
18. Eglit GML. et al. Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS One*. 2018. Т. 13. № 3.
19. Lamster F, et al. The lonely road to paranoia. A path-analytic investigation of loneliness and paranoia. *Comprehensive psychiatry*. 2017. Т. 74. P. 35-43.
20. Liao HY, et al. Loneliness in patients with schizophrenia. *Taiwanese Journal of Psychiatry*. 2021. Т. 35. № 2. P. 59-63.
21. Moustakas Clark. Existential Psychotherapy and the Interpretation of Dreams. Northvale, N.J. : J. Aronson, 1994. xii, 219 p.
22. Qualter P, et al. Loneliness across the life span. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):250-264.
23. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. 2003. Т. 121. № 1 . P. 31-49.
24. Świtaj P. et al. Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: the mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive Psychiatry*. 2015. Т. 59. P. 73-79.
25. Yalom, ID. Existential psychotherapy. New York, NY: Basic Books,1980.

ABSTRACT**LONELINESS AND ITS EXPERIENCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DURING REHABILITATION**Chechurina K.A.¹, Obidin I.Yu.¹¹Department of Medical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University

This article is devoted to the study of the features of loneliness in schizophrenia patients undergoing rehabilitation in neuropsychiatric dispensary, and their connection with such clinical-psychological characteristics as state anxiety, social anxiety, interpersonal relationships and self-esteem. The study involved 70 respondents over the age of 18: 30 patients of Neuropsychiatric dispensary (average age 38 ± 13.49) attending a psychiatric day hospital and 40 respondents without diagnosed mental illness (average age 38 ± 14.04). Research methods: clinical-psychological interview, Differential questionnaire of loneliness experience (E. N. Osin, D. A. Leontiev), State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger-Khanin), Questionnaire of social anxiety and social phobia, method «Subjective assessment of interpersonal relationships», Self-esteem Matrix (B. Weinhold). Data processing methods: content analysis, Mann–Whitney U test, correlation analysis. The results of the study reflect the features of loneliness experienced by patients with schizophrenia: they are more likely to think about loneliness than experience it; they identify external factors in loneliness more than internal experiences; they tend to avoid situations of loneliness. They have higher current loneliness experiences. Connections with the studied clinical-psychological characteristics are found. These connections are also present in the whole studied sample.

Keywords: Features of loneliness experience, schizophrenia, neuropsychiatric dispensary, content analysis, comparative analysis, correlation analysis

რეზიუმე

მარტოობა და ამ განცდის თავისებურებანი შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთა რეაბილიტაციის პერიოდში

ჩეჩურინა ქ.ა.¹, ობიდინი ი.ი.¹,

¹სამედიცინო ფსიქოლოგიისა და ფსიქოფიზიოლოგიის დეპარტამენტი, პეტერბურგის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მოცემული სტატია ეძღვნება ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში რეაბილიტაციისას შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტების მარტოობის განცდის თავისებურებებს და ისეთ კლინიკურ-ფსიქოლოგიურ მახასიათებლებთან მათი კავშირის შესწავლას, როგორცაა პიროვნული შფოთი, სოციალური შიში, პიროვნულ ურთიერთობათა თავისებურებანი და თვითშეფასება. კვლევაში მონაწილეობდა 18 წელზე უფროსი ასაკის 70 რესპოდენტი. მათ შორის: ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერის 30 პაციენტი (საშუალო ასაკი $38 \pm 13,49$), რომლებიც ფსიქიატრიულ დღის სტაციონარში დადიან, და 40 პირობითად ჯანმრთელი რესპოდენტი (საშუალო ასაკი $38 \pm 14,04$). კვლევის მეთოდები: კლინიკურ-ფსიქოლოგიური ინტერვიუ, მარტოობის განცდის დიფერენციული კითხვარი (ე.წ. ოსინი, დ.ა. ლეონტიევი), სპილბერგერ-ხანინის პიროვნული შფოთის დონის შეფასების სკალა, სოციალური შიშისა და სოციოფობიის კითხვარი, თვითშეფასების გაზომვის კითხვარი (ბ. უაინჰოლდი). მონაცემების დამუშავების მეთოდები: კონტენტ-ანალიზი, U-მანა-უიტნის კრიტერიუმები, კორელაციური ანალიზი. კვლევის შედეგები ასახავს შიზოფრენიით დაავადებულთა მარტოობის განცდის თავისებურებებს: ისინი მარტოობაზე უფრო ხშირად ფიქრობენ, ვიდრე განიცდიან მას; უფრო ხშირად ახდენენ ორიენტირებას გარეშე ფაქტორებზე, ვიდრე საკუთარ განცდებზე; მიდრეკილი არიან თავიდან აიცილონ განმარტოების სიტუაციები. გამოვლინდა კავშირი საკვლევ კლინიკურ-ფსიქოლოგიურ მახასიათებლებთან. ეს კავშირი ფაქტობრივად ყველა შერჩეულ პაციენტს გამოუვლინდა.

საკვანძო სიტყვები: ფსიქონევროლოგია, შიზოფრენია, მარტოობა