

*Л. Ф. Шестопалова, О. С. Марута*  
**ОСОБЛИВОСТІ РЕПРЕЗЕНТАЦІЇ СУБ'ЄКТИВНОЇ КАРТИНИ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ  
 ХВОРИМИ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ**

*Л. Ф. Шестопалова, О. С. Марута*  
**Особенности репрезентации субъективной картины жизненного пути  
 больными невротическими расстройствами**

*L. F. Shestopalova, O. S. Maruta*  
**Peculiarities of perception of subjective picture of the life path of patients with neurotic disorders**

У статті наведені дані оцінки сприйняття життєвого шляху та його перспективи пацієнтами з невротичними розладами. Їх аналіз показує, що при невротичній патології спостерігається деформація суб'єктивної картини життєвого шляху, яка характеризується більш песимістичними оцінками свого життя, втратою почуття впевненості, залученості в актуальні події, їх структурованості, а також суб'єктивним відчуттям втрати простору для реалізації. Ці дані необхідно враховувати під час проведення діагностики, терапії і профілактики невротичної патології.

**Ключові слова:** життєвий шлях, оптимістичність сприйняття життєвого шляху, активність, емоційність, структурованість часу життя, невротичні розлади

В статье представлены данные оценки восприятия жизненного пути и его перспективы пациентами с невротическими расстройствами. Их анализ показывает, что при невротической патологии наблюдается деформация субъективной картины жизненного пути, которая характеризуется более pessimistic оценками своей жизни, потерей чувства уверенности, вовлеченности в актуальные события, их структурированности, а также субъективным ощущением потери пространства для реализации. Эти данные необходимо учитывать при проведении диагностики, терапии и профилактики невротической патологии.

**Ключевые слова:** жизненный путь, оптимистичность восприятия жизненного пути, активность, эмоциональность, структурированность времени жизни, невротические расстройства

The article presents data on the evaluation of the perception of the life path and its prospects of patients with neurotic disorders. Their analysis shows, that patients with neurotic disorders has deformation of the subjective picture of the life path, which is characterized by more pessimistic assessments of one's life, loss of confidence, involvement in actual events, their structuredness, and also a subjective sense of loss of space for realization. These data should be taken into account in the diagnosis, therapy and prevention of neurotic pathology.

**Keywords:** life path, optimism of life path perception, activity, emotionality, structure of the life time, neurotic disorders

Однією з найбільш актуальних проблем медичної психології є створення нових теоретико-прикладних підходів до вивчення особистості хворих з різними нервово-психічними захворюваннями. Це багато в чому пов'язано з необхідністю розроблення психологічної складової біопсихосоціальної моделі надання допомоги пацієнтам з психічними розладами [1, с. 7]. У цьому контексті продуктивним є звернення до загальнопсихологічних досліджень, в яких із сучасних позицій розглядаються складні проблеми особистості, зокрема питання особистісної детермінації збереження психічного здоров'я [2, с. 200].

Виклики повсякденного буття сучасної людини, високі соціально-стресові навантаження пред'являють особливі вимоги до індивідуального особистісно-адаптаційного ресурсу і можуть сприяти формуванню широкого спектра пограничних психічних розладів, зокрема невротичного регістру. Вивчення персоніфікованих механізмів неврозогенезу дозволяє уточнити закономірності формування дезадаптивних станів людини і невротичної патології загалом [3, с. 151].

Невротичний конфлікт, що реалізується із залученням ціннісно-сенсових, емоційних і поведінкових механізмів, міцно пов'язаний з суб'єктивною картиною життєвого шляху (ЖШ) особистості, оцінкою минулого, сьогодення і майбутнього. Ця складна система є одним з основних психологічних конструктів, який багато в чому визначає світосприйняття, самоактуалізацію, особистісне і соціальне функціонування сучасної людини [4, с. 86].

Уявлення про особистість як систему відносин визначає розуміння специфіки особистісних порушень, які відіграють найважливішу роль в етіопатогенезі невротичної хвороби. Чим більш значимі елементи системи

відносин виявляються порушеними, тим важчі наслідки це має для особистості, що знаходить своє відображення, насамперед, у нездатності людини конструктивно вирішувати свої внутрішні і зовнішні конфлікти [5, с. 18].

На думку А. Адлера, розуміння людиною базових сил, що лежать в основі його існування, і його уявлення про власне життя і способи поведінки в типових ситуаціях, тобто суб'єктивна картина стратегій життєвого шляху, є об'єктивною необхідністю для збереження психічного здоров'я. Тому специфіка репрезентації людиною свого ЖШ є важливим психологічним чинником, який, з одного боку, може виступати як предиктор розвитку невротичного конфлікту, а з іншого — брати участь в складних механізмах саногенезу [6, с. 163].

Надалі були зроблені спроби розширити тлумачення поняття «життєвий шлях», що знайшло своє відображення в оформленні основних сучасних підходів до проблеми. По-перше, це нарративний підхід [7, с. 63], який характеризується найбільшою ідіографічністю, проте використання винятково суб'єктивних оцінок ускладнює науковий аналіз життєвих історій і не може застосовуватися без комплексу додаткових психологічних методик.

Другий напрямок базується на «вікових» концепціях, що розглядають ЖШ як зміну певних етапів формування особистості. Такий підхід дозволяє найбільш об'єктивно оцінити кількісні зміни особистості, тому що враховує певний набір характеристик і їх трансформацію [8, с. 62]. Однак, така точка зору повністю заперечує особистість як суб'єкт свого ЖШ, не враховує наявність свободи вибору, вольових характеристик.

Третій підхід розглядає ЖШ як безперервний ланцюг подій і реакцій на них конкретного індивіда. Тут ключовими факторами аналізу є поняття події як об'єктивної одиниці взаємовідносин людини — суспільство, і з іншого боку — суб'єктивна позиція цієї події в житті особистості,

оцінка важливості того, що сталося, з погляду перенесення значимого досвіду на вирішення майбутніх завдань [9, с. 110].

Четвертий підхід полягає в сприйнятті ЖШ як процесу визначення мети й паралельного пошуку засобів реалізації життєвих цінностей. У проведених дослідженнях показано, що саме життєвий вибір особистості в разі реалізації «деструктивної» стратегії призводить до розвитку екзистенціальної психопатології [10, с. 283].

Проблема репрезентації ЖШ до теперішнього часу практично була відсутня у предметному полі медичної психології. Водночас, можна припустити, що неадекватні репрезентативні системи та моделі ЖШ активно включені у механізми неврозогенезу. Однак, концептуалізація і операціоналізація цієї проблеми вкрай недостатні, відсутні уявлення про особливості репрезентації ЖШ у пацієнтів з різними формами невротичних розладів.

Метою цієї роботи є вивчення та аналіз особливостей сприйняття ЖШ та його перспективи у хворих на різні форми невротичних розладів.

Нами було проведене комплексне психодіагностичне дослідження, на різних етапах якого було обстежено 155 осіб. На принципах анонімності та добровільності у дослідженні взяли участь 115 хворих, зокрема 29 (25,22 %) чоловіків і 86 (74,78 %) жінок. Серед них було 40 хворих на неврастенію (F48.0), 35 пацієнтів з тривожно-фобічними розладами (ТФР) (F42.0) і 40 — з дисоціативними розладами (ДР) (F44.7). На момент обстеження середній вік пацієнтів був 39,9 років. Контрольна група складалася з 40 осіб без ознак невротичної патології. Загалом за основними соціально-демографічними показниками основна і контрольна групи були ідентичними.

Результати аналізу ставлення хворих на невротичні розлади до свого майбутнього ЖШ, які були отримані за допомогою методики «Семантичний диференціал часу» [11], свідчать що у хворих на невротичні розлади найбільш високими, як і в контрольній групі, були показники структурованості майбутнього часу (1,7 ± 0,1 бала) й емоційного забарвлення (1,5 ± 0,1 бала), тоді як параметри активності (1,3 ± 0,1 бала), величини (1,3 ± 0,01 бала) і відчуття (1,1 ± 0,1 бала) були виражені в меншому ступені (табл. 1).

Таблиця 1. Особливості ставлення до майбутнього життєвого шляху у хворих на невротичні розлади (в балах)

Характеристики ЖШ	Основна група (n = 115)	Контрольна група (n = 40)
Оптимістичність	22,6 ± 1,9**	28,2 ± 1,8
Активність	1,3 ± 0,1*	1,8 ± 0,1
Емоційність	1,5 ± 0,1**	1,9 ± 0,1
Величина	1,2 ± 0,01*	1,3 ± 0,02
Структура	1,7 ± 0,1**	2,0 ± 0,2
Відчуття	1,1 ± 0,2*	1,6 ± 0,1

Примітка. Тут і далі: дані подано в форматі (M ± m); вірогідність різниць з контрольною групою за t-критерієм Стьюдента: \* — різниці статистично вірогідні при p < 0,005; \*\* — різниці статистично вірогідні при p < 0,05

Загалом, при порівнянні зі здоровими отримані вірогідні різниці за всіма характеристиками майбутнього часу, які виражаються і в величині комплексного показника оптимістичності, який у пацієнтів з невротичними розладами становить 22,6 ± 1,9 бала, тоді як в контро-

льній групі він дорівнює 28,2 ± 1,8 бала (p < 0,05).

Для хворих на ТФР були характерні тенденції, подібні з картиною, що спостерігається загалом у пацієнтів з невротичними розладами (табл. 2).

Таблиця 2. Особливості ставлення до майбутнього життєвого шляху у хворих на ТФР (в балах)

Характеристики ЖШ	Основна група (n = 35)	Контрольна група (n = 40)
Оптимістичність	21,5 ± 1,6**	28,2 ± 1,8
Активність	1,2 ± 0,2	1,8 ± 0,1
Емоційність	1,4 ± 0,2	1,9 ± 0,1
Величина	0,8 ± 0,3	1,3 ± 0,02
Структура	1,6 ± 0,3	2,0 ± 0,2
Відчуття	1,4 ± 0,2	1,6 ± 0,1

Зокрема, найбільш вираженими в оцінці майбутнього часу для них були структурованість (1,6 ± 0,3 бала), емоційна насиченість (1,4 ± 0,2 бала) і відчуття часу (1,4 ± 0,2 бала), менш вираженими — активність (1,2 ± 0,2 бала) і величина часу (0,8 ± 0,3 бала). Показник загального оптимістичного сприйняття майбутнього у цих пацієнтів також був вірогідно нижчим за аналогічний в контрольній групі (21,5 ± 1,6 бала, p < 0,05).

Як свідчать дані, наведені в табл. 3, у хворих на ДР показник величини займав провідне місце в комплексі оцінок майбутнього часу (1,5 ± 0,2 бала) і перевищував аналогічний в контрольній групі, хоча ці відмінності не були вірогідними. Другим за вираженістю був показник відчуття часу (1,4 ± 0,2 бала). Найменше вираженими були показники емоційного забарвлення (1,2 ± 0,3 бала), активності (1,1 ± 0,2 бала) і структурованості майбутнього часу (1,2 ± 0,2 бала). Загальна оптимістичність сприйняття майбутнього часу у хворих на ДР становить 17,9 ± 3,7 бала, що є найнижчим значенням серед усіх категорій хворих на невротичні розлади (при p < 0,005).

Таблиця 3. Особливості ставлення до майбутнього життєвого шляху у хворих на дисоціативні розлади (у балах)

Характеристики ЖШ	Основна група (n = 40)	Контрольна група (n = 40)
Оптимістичність	17,9 ± 3,7*	28,2 ± 1,8
Активність	1,1 ± 0,2**	1,8 ± 0,1
Емоційність	1,2 ± 0,3**	1,9 ± 0,1
Величина	1,5 ± 0,2	1,3 ± 0,02
Структура	1,2 ± 0,2*	2,0 ± 0,1
Відчуття	1,4 ± 0,2	1,6 ± 0,1

Для хворих на неврастенію, як наведено в табл. 4, характерні більш високі показники всіх шкал оцінки майбутнього часу, ніж для хворих на інші форми невротичної патології (при p < 0,05).

Найбільшими значеннями характеризувалася структура (2,3 ± 0,2 бала) і відчуття (2,1 ± 0,1 бала) майбутнього, середнє положення займали показники емоційного забарвлення і величини (по 1,9 ± 0,1 бала) і найменше значення отримано за фактором активності (1,5 ± 0,2 бала). При цьому показники хоча і були менше аналогічних значень у здорових випробовуваних, але не мали з ними вірогідних різниць, за винятком чинників величини і від-

чуття часу, які вірогідно перевищують такі характеристики у групі порівняння (при  $p < 0,05$  і  $p < 0,005$  відповідно).

**Таблиця 4. Особливості ставлення до майбутнього життєвого шляху у хворих на неврастенію (в балах)**

Характеристики ЖШ	Основна група (n = 40)	Контрольна група (n = 40)
Оптимістичність	27,6 ± 2,3	28,2 ± 1,8
Активність	1,5 ± 0,2	1,8 ± 0,1
Емоційність	1,9 ± 0,1	1,9 ± 0,1
Величина	1,9 ± 0,1**	1,3 ± 0,02
Структура	2,3 ± 0,2	2,0 ± 0,2
Відчуття	2,1 ± 0,1*	1,6 ± 0,1

Вивчення сприйняття майбутнього ЖШ показало, що для хворих на невротичні розлади характерні сумніви і невпевненість, які відбиваються на уявленнях про своє майбутнє. Показники активності майбутнього часу пацієнтів з невротичної патологією супроводжуються зниженням активності, підвищенням нервово-психічної виснаженості, млявості, браку життєвих сил. Важливо наголосити, що структура майбутнього бачиться хворим на неврастенію чіткіше, що, ймовірно, відображає наявність певних планів і усвідомлення своїх потреб, реалізація яких в цей час неможлива через наявність хвороби. У хворих на ДР та ТФР цей показник є вірогідно меншим, що вказує на велику невизначеність в оцінках пацієнтами майбутнього, відсутність чітких планів і надій. Аналогічні відмінності виявляються і за параметром відчуття майбутнього часу: майбутнє сприймається хворими на ТФР та ДР переважно далеким.

Під час оцінювання ставлення хворих на невротичні розлади до свого ЖШ були виявлені певні особливості (табл. 5).

**Таблиця 5. Особливості сприйняття життєвого шляху у хворих на невротичні розлади (в балах)**

Параметри сприйняття ЖШ	Основна група (n = 115)	Контрольна група (n = 40)
Оптимістичність	23,0 ± 2,1**	27,8 ± 3,1
Активність	1,5 ± 0,1**	2,1 ± 0,1
Емоційність	1,1 ± 0,1**	1,8 ± 0,1
Величина	1,3 ± 0,1**	1,9 ± 0,1
Структура	1,6 ± 0,2*	2,4 ± 0,3
Відчуття	0,5 ± 0,1	0,7 ± 0,1

Як свідчать отримані дані, у хворих на невротичні розлади найбільш високими, як і в контрольній групі (2,4 ± 0,3 бала), є показники структурованості ЖШ (1,6 ± 0,2 бала) і активності (1,5 ± 0,1 бала). При цьому показники емоційної насиченості (1,1 ± 0,1 бала), величини (1,3 ± 0,1 бала) і відчуття (0,5 ± 0,1 бала) виражені в меншому ступені. Загалом, при порівнянні з контрольною групою виявлені відмінності за всіма показниками сприйняття часу життя, що виражається і в зниженні комплексного показника оптимістичність у хворих на невротичні розлади, який становить 23,0 ± 2,1 бала, тоді як в групі порівняння він досягає 27,8 ± 3,1 бала ( $p < 0,05$ ).

Для хворих на ТФР характерні тенденції, які спостерігаються загалом при невротичній патології (табл. 6).

**Таблиця 6. Особливості сприйняття життєвого шляху у хворих на ТФР (в балах)**

Параметри сприйняття ЖШ	Основна група (n = 35)	Контрольна група (n = 40)
Оптимістичність	19,1 ± 3,9**	27,8 ± 3,1
Активність	1,4 ± 0,2	1,6 ± 0,1
Емоційність	1,0 ± 0,2	1,4 ± 0,2
Величина	0,9 ± 0,3	1,3 ± 0,2
Структура	1,5 ± 0,2*	2,4 ± 0,3
Відчуття	0,3 ± 0,2**	0,7 ± 0,2

Зокрема, найбільш вираженими в оцінці суб'єктивної картини ЖШ для них є чинники структурованості майбутнього часу (1,5 ± 0,2 бала) й активності (1,4 ± 0,2 бала), меншою мірою виражені фактори відчуття (0,3 ± 0,2 бала), емоційності (1,0 ± 0,2 бала) і величини часу життя (0,9 ± 0,3 бала). Загальна оптимістичність сприйняття життя у пацієнтів цієї групи становить 19,1 ± 3,9 бала, що є найнижчим показником з усіх категорій хворих на невротичні розлади ( $p < 0,005$ ).

Для хворих на неврастенію (табл. 7) характерні більш високі показники всіх шкал оцінки ЖШ, ніж у пацієнтів з іншими формами невротичної патології ( $p < 0,05$ ). Найбільшими значеннями характеризуються активність (2,1 ± 0,1 бала) і структура життя (2,1 ± 0,3 бала), середнє положення займають емоційне забарвлення і величина (1,8 ± 0,1 та 1,9 ± 0,1 бала відповідно) і найменше значення має фактор відчуття (1,5 ± 0,2 бала). При цьому показники активності і емоційності вірогідно перевищують аналогічні значення в групі контролю ( $p < 0,005$  і  $p < 0,05$  відповідно).

**Таблиця 7. Особливості сприйняття життєвого шляху у хворих на неврастенію (в балах)**

Параметри сприйняття ЖШ	Основна група (n = 40)	Контрольна група (n = 40)
Оптимістичність	35,1 ± 1,8*	27,8 ± 3,1
Активність	2,1 ± 0,1*	1,6 ± 0,1
Емоційність	1,8 ± 0,1**	1,4 ± 0,2
Величина	1,9 ± 0,1**	1,3 ± 0,2
Структура	2,1 ± 0,3	2,4 ± 0,3
Відчуття	0,7 ± 0,1	0,7 ± 0,2

Як свідчать дані, наведені в таблиці 8, у хворих на ДР показник величини займає провідне місце в комплексному сприйнятті свого життя (1,5 ± 0,2 бала) і перевищує аналогічний показник в групі контролю, хоча ці різниці не є вірогідними.

**Таблиця 8. Особливості сприйняття життєвого шляху у хворих на ДР (в балах)**

Параметри сприйняття ЖШ	Основна група (n = 40)	Контрольна група (n = 40)
Оптимістичність	21,6 ± 3,8**	27,8 ± 3,1
Активність	1,4 ± 0,2*	1,6 ± 0,1
Емоційність	1,0 ± 0,2*	1,4 ± 0,2
Величина	1,5 ± 0,2	1,3 ± 0,2
Структура	1,1 ± 0,2	2,4 ± 0,3
Відчуття	0,4 ± 0,2	0,7 ± 0,2

Другим за вираженістю є параметр активності ( $1,4 \pm 0,2$  бала). Найменші значення мають показники емоційного забарвлення ( $1,0 \pm 0,2$  бала), відчуття ( $0,4 \pm 0,2$  бала) і структурованості майбутнього часу ( $1,1 \pm 0,2$  бала). Показник загального оптимістичного сприйняття ( $21,6 \pm 3,8$  бала,  $p < 0,05$ ) також є істотно нижчим за аналогічний показник в групі контролю.

Аналізуючи вищевикладені дані, можна констатувати, що для хворих на невротичні розлади комплексний показник оптимістичності сприйняття життя значно знижений, за винятком пацієнтів з неврастенією. Це відображає незадоволеність обстежуваних життєвою ситуацією, песимістичне бачення навколишнього, переважання в структурі переживань негативних емоцій і почуттів, актуалізації в свідомості негативних аспектів дійсності.

Найбільш вираженими в структурі суб'єктивної картини ЖШ у пацієнтів з невротичними розладами були параметри активності і структурованості життя, що свідчить про певне психічне напруження, роздратування, відчуття браку часу для досягнення поточних цілей, високу динамічність навколишньої дійсності порівняно з внутрішньою статичністю психотравмуючої ситуації. Ці показники, незважаючи на свою вираженість в основній групі, були вірогідно меншими, ніж у контрольній групі.

Найнижчими значеннями при оцінюванні пацієнтами з невротичними розладами свого життя характеризувався показник відчуття. Його зниження свідчить про порушення психологічного зв'язку обстежуваних з дійсністю, яке пов'язане з браком емоційної та інтелектуальної залученості в події, втратою відчуття особистісної значимості.

Знання цих питань відкриває нові перспективи і можливості в контексті як діагностики різних клінічних форм невротичної патології, так і створення ефективних лікувально-реабілітаційних програм для цих груп пацієнтів.

#### Список літератури

1. Максименко, С. Д. Психология жизненной силы (нужды) личности // Проблемы современной психологии. 2013. Вип. 21. С. 7—23.
2. Сучасні механізми невротогенезу та їх психотерапевтична корекція / Н. О. Марута, Т. В. Панько, І. О. Явдак [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3 (72). С. 200—201.
3. Савенкова, І. І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу невротичних розладів // Вісник Харківського національного

педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2013. Вип. 46 (1). С. 151—158.

4. Грінцова, О. М. Теоретичні засади дослідження життєвого шляху особистості // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки. 2014. Вип. 121. С. 86—89.

5. Александров, А. А. Психодиагностика и психокоррекция. СПб. : Питер, 2008. 384 с.

6. Адлер, А. Индивидуальная психология и психоанализ // Зарубежный психоанализ / сост. и общ. ред. В. М. Лейбина. СПб. : Питер, 2001. С. 163—180.

7. Сапогова, Е. Е. Автобиографический нарратив в контексте культурно-исторической психологии // Культурно-историческая психология. 2005. № 2. С. 63—75.

8. Носкова, Н. В. Проблема выбора и психология возрастного развития человека // Вестник ПСТГУ. Серия 4: Педагогика. Психология. 2008. № 10. С. 59—70.

9. Лебедева, Е. В., Сурнина О. Е. Особенности событийной структуры жизненного пути студентов в условиях современности // Педагогическое образование в России. 2014. № 2. С. 109—113.

10. Глазунов, Ю. Т. Роль и значение воли в процессах целеполагания // Вестник МГТУ. 2013. № 2. С. 279—287.

11. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах : пособие для психологов и врачей / Вассерман Л. И., Кузнецов О. Н., Ташлыков В. А. [и др.]. СПб. : СПбНИПНИ им. Бехтерева, 2005. С. 12—23.

*Надійшла до редакції 20.07.2017 р.*

**ШЕСТОПАЛОВА Людмила Федорівна**, доктор психологічних наук, професор, завідувачка відділу медичної психології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: 6834101@ukr.net

**МАРУТА Оксана Сергіївна**, кандидат психологічних наук, молодший науковий співробітник відділу медичної психології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

**SHESTOPALOVA Liudmyla**, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Medical Psychology of the State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: 6834101@ukr.net

**MARUTA Oksana**, PhD in Psychological Sciences, Junior Researcher of the Department of Medical Psychology of the "INPN NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine